

О.А. Сагалакова,
Д.В. Труевцев

СОЦИАЛЬНЫЕ
СТРАХИ
И СОЦИОФОБИИ



Сагалакова Ольга Анатольевна, кандидат психологических наук, доцент кафедры социальной и клинической психологии факультета психологии и философии Алтайского государственного университета.

Область научных интересов – клиническая психология (патопсихология, личностные расстройства, психология страхов и фобий), экспериментальная психология, когнитивно-бихевиоральная психотерапия.



Труевцев Дмитрий Владимирович, кандидат психологических наук, доцент кафедры социальной и клинической психологии факультета психологии и философии Алтайского государственного университета.

Область научных интересов – клиническая психология, математическое моделирование в психологии, психосемантическое моделирование, психология мотивации в норме и патологии, когнитивно-бихевиоральная психотерапия.

Тревога, паника, даже ужас охватывают нас, когда мы сталкиваемся с ситуациями оценки внешности или способностей (при выступлении перед аудиторией, сдаче экзамена, знакомстве, выражении чувств, мнения).

Страх возникает, усиливается... В итоге мы не можем разумно оценить происходящее и становимся рабами тяжелых переживаний. Голос начинает дрожать, рту пересыхает, ноги становятся ватными, а ладони – влажными, в голове – звон, в глазах туман... К горлу подступает тошнота.

Другие обязательно заметят все это и начнут смеяться, они уже смотрят осуждающе. Все это кажется полным крахом, публичным фиаско... Слезы наворачиваются на глаза, ком стоит в горле и хочется спрятаться от всего этого. Мы уверены в том, что лучше никогда больше не выступать перед аудиторией, не знакомиться, не признаваться в чувствах... ведь это неизбежно ведет к катастрофе.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО ОБРАЗОВАНИЮ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«АЛТАЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

О.А. Сагалакова, Д.В. Труевцев

СОЦИАЛЬНЫЕ СТРАХИ И СОЦИОФОБИИ



ИЗДАТЕЛЬСТВО ТОМСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

2007

УДК 616.89
ББК 88.4
С 13

Рецензенты:

И.Я. Стоянова, д-р психол. наук
Л.Д. Демина, д-р социол. наук

Редактор

Г.В. Залевский, д-р психол. наук

*Монография издается при поддержке гранта Президента
(МК-3597. 2007. 6)*

Сагалакова О.А., Труевцев Д.В.

С 13 Социальные страхи и социофобии. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2007. – 210 с.

ISBN 978-5-7511-1838-9

В монографии исследованы клинические группы страдающих социальными фобиями, показана специфика эмоционально-мотивационного конфликта при данном расстройстве. Представлена диагностическая программа, в частности авторская модификация теста социофобии М. Либовица и авторский опросник социофобии, разработанный с целью дифференциальной диагностики, а также модель психосемантического исследования страхов в социальных ситуациях. Даны психотерапевтические рекомендации для психологов-специалистов.

Для клинических психологов-исследователей и практических медицинских психологов, а также для всех интересующихся проблемой страха оценивания в социальных ситуациях.

УДК 616.89
ББК 88.4

ISBN 978-5-7511-1838-9

© О.А. Сагалакова, Д.В. Труевцев, 2007

ПРЕДИСЛОВИЕ

Монография посвящена психологическому исследованию «болезни современного общества» – страхам оценки в социальных ситуациях (социальным страхам). В своих исследованиях авторы сумели показать, что в современном обществе происходит своеобразное инвертирование иерархии потребностей – страх негативной оценки окружающих в сформированном культурой мотиве самопрезентации пересиливает страх физической боли и смерти.

В объяснении феномена социальных страхов, связанного с перфекционистскими иррациональными мыслями, авторы выходят за границы клинического аспекта и дают определение им как особой форме культурной патологии, в основе которой лежит мотивационный конфликт между одновременно актуальными потребностями в достижении и избегании неудачи. Тот факт, что социофобии становятся все более распространенным психическим расстройством, не мог не натолкнуть авторов на мысль о культурно специфическом факторе в структуре формирования и поддержания расстройства.

Актуальность выбранной авторами для исследований проблематики подчеркивается также тем, что диагностика расстройства возможна только на ранних этапах, поскольку впоследствии к социофобиям присоединяются коморбидные психические нарушения (алкоголизм, зависимости, депрессии). Социофобии начинаются в детском или подростковом возрасте, в связи с чем отсутствие адекватного диагностического инструментария, своевременной психотерапии может иметь серьезные последствия в виде дезадаптации, патологических форм компенсации.

Авторами предложен разработанный и апробированный диагностический инструментарий (Опросник социофобии, модифицированный тест социофобии М. Либовица, психосемантическая методика исследования социальных страхов), который будет полезен практическим психологам и исследователям.

В рамках психосемантического подхода, с помощью математических методов многомерного анализа данных, авторы строят семантическое пространство алгоритмов эмоционально-когнитивного реагирования на социальные ситуации, телесную топологию социальных страхов как ригидных паттернов по модели «страх и избегание», на основе которых формулируют психологические и психотерапевтические рекомендации, которые можно использовать в практической работе психолога.

Г.В. Залевский, доктор психологических наук, член-корреспондент РАО, заведующий кафедрой генетической и клинической психологии.

ВВЕДЕНИЕ

Как можно жить в таком страхе? – говорит один.
 Изо дня в день, – говорит другой.
 Я все же хочу знать, – говорит один, –
 куда моя дорога меня приведет.
 Я хочу жить, – говорит другой, – но где жить,
 если исчезнет мир?

Д. Леверттов. Разговор в темноте

Социальные страхи представляют собой болезнь современного общества, особую форму «культурной патологии», продукт противоречивых требований современного социокультурного дискурса.

Формируемый социально-экспансивный идеал современного человека (активно проявляющий инициативу, смелый и решительный) постулирует необходимость преодолевать негативное оценивание, отказы, социально-негативные импульсы, но в то же время общество предъявляет в качестве социального ориентира образ послушного, «среднего» гражданина, лишённого «особого» мнения. Кроме того, социокультурный дискурс формирует все условия для того, чтобы коммуникативная активность была обесценена, заменена совершенным техническим оснащением и сервисными службами.

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

Наиболее типичные страхи современного общества – страх негативной оценки, насмешек и публичного фиаско в ситуации социальных интеракций. На второй план отходят страх смерти, болез-

ней, боли, они по субъективным психологически мучительным переживаниям становятся второстепенными по сравнению со страхом «покраснеть у всех на глазах» или «негативной оценки авторитетной фигуры».

Страх быть отверженным заставляет человека вообще не предпринимать попытки к знакомству или выражению чувств, мнения. Страх перед аудиторией и оцениванием угнетает потенциал человека, соглашающегося скорее «остаться в тени», чем подвергнуться критике. При этом в воображении человека, как правило, рисуются фантастически-чудовищные образы того, как аудитория смеется над его манерой одеваться и говорить.

Даже уравновешенных людей могут выбить из колеи столкновение с сильными стрессовыми факторами (боевые действия) или разрушительными стихиями. Однако некоторых людей могут разрушить обыденные проблемы. Они испытывают страх и тревогу, встречаясь с друзьями или стоя на автобусной остановке. В тяжелых случаях люди с тревожно-фобическими нарушениями оказываются даже не в состоянии выйти из дома и тратят много времени на дезадаптивное поведение (например, разные формы ритуального поведения: мытье рук и пр.).

Социальный страх, социофобия – страх участия в социальных ситуациях. В основе лежит страх негативной оценки со стороны окружающих.

Социальная фобия – это психиатрический диагноз, отдельная форма фобий, но идентифицирована она лишь в конце 1960-х гг., хотя явления с таким содержанием отмечались с самого зарождения психиатрической практики. Имеет соответствующий код в МКБ-10 – F40.1. Более мягкие варианты (субклинические формы) социальных страхов – застенчивость, неуверенность в себе, скованность, стеснительность в обществе.

Мы исследовали клинические группы страдающих социальными фобиями, выявив специфику эмоционально-мотивационного конфликта при данном типе расстройства. В работе представлена авторская диагностическая программа исследования социальных страхов – модификация теста социофобии М. Либовица и Опросник социофобии (О.А. Сагалаковой – Д.В. Труевцева), разработанный с целью дифференциальной диагностики, а также модель психосемантического исследования страхов в социальных ситуациях.

На основе анализа теоретико-методологических источников по проблеме, а также результатов эмпирических исследований разработаны психологические и психотерапевтические рекомендации для психологов-специалистов и всех интересующихся данной темой. В частности, разработаны психологические рекомендации по снижению уровня социального страха в ситуации «выступления перед аудиторией» в системе «преподаватель – студент».

В работе представлено исследование социальных страхов, проведенное на студенческих группах (страхи в учебных ситуациях), а также на группах младших подростков с разным уровнем интеллекта.

Мы надеемся, что книга будет полезна широкому кругу читателей и как научно-исследовательская, и как психотерапевтическая работа.

Глава 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ
К ПРОБЛЕМЕ СОЦИАЛЬНЫХ СТРАХОВ1.1. Социальная фобия как клинико-психологический
феномен: симптомы, распространенность,
коморбидные расстройства

... Человек обладает истиной лишь в загадке безумца.

М. Фуко. История безумия в классическую эпоху

Место, где формируется знание, – это уже не патологический сад, где Бог распределяет типы, это обобщенное медицинское сознание, распространенное во времени и пространстве, открытое и подвижное, связанное с каждым индивидуальным существованием и коллективной жизнью народа, всегда настороженное в областях неопределенных... скрывающих в самых разнообразных аспектах свою целостную форму.

М. Фуко. Рождение клиники

Слово «фобия» происходит от имени греческого бога страха Фобоса (Phobos). Древние греки изображали Фобоса на своих масках и щитах для устрашения врага. Фобия в первую очередь иррациональный страх. Это реакция страха, которая несоизмерима с реальной опасностью.

Фобия – это стойкий и необоснованный страх перед отдельными предметами, действиями или ситуациями. Люди, страдающие фобиями, испытывают страх даже при мысли о предмете или ситуации, пугающей их. Они могут чувствовать себя вполне комфортно, пока в состоянии избегать пугающих их ситуаций. Большинство из них понимают, что их страхи необоснованны и чрезмерны.

В буквальном переводе слово «социофобия» (*далее СФ*) означает «страх перед обществом». Как отмечает Т.Е. Дауд, «в прошлые века тревога обычно возникала при восприятии физической опасности... сегодня опасность имеет главным образом социальный и межличностный характер» [39, с. 68].

Для того чтобы ощутить, что испытывает человек с социальными страхами, понять те переживания, во власти которых он находится, представим себе следующее.

Страх, тревога, паника и даже ужас охватывают нас, когда мы сталкиваемся с ситуациями оценки внешности или способностей, а также с неизбежностью негативного исхода событий (например, при «выступлении перед аудиторией», «сдаче экзамена», «знакомстве»).

Страх возникает, усиливается, несмотря на осознание преувеличения опасности. В итоге разумно оценивать происходящее становится невозможно, негативный аффект доминирует, вы становитесь рабом тяжелых переживаний. Голос начинает дрожать, а во рту пересыхает, внезапно подкашиваются ноги, становятся ватными, а ладони – влажными, пальцы дрожат... в голове – звон или туман... К горлу подступает тошнота.

Кажется, что другие замечают все это и начинают смеяться, они смотрят осуждающе, обсуждают за спиной вашу несостоятельность. Все это кажется полным крахом, фиаско у всех на глазах... Вы уверены в том, что лучше никогда больше не выступать перед аудиторией или знакомиться с кем-то... потому что это неизбежно ведет к катастрофе. На глаза наворачиваются слезы, хочется спрятаться от всего этого. Не в силах контролировать свои ощущения и страх, вы стараетесь полностью избегать ситуаций общения, оценки, закрываетесь дома, постепенно теряя связи даже с друзьями.

Страдающий СФ «убежден», что все остальные люди значительно интеллектуальнее, смелее, решительнее и красивее его. Особенно тяжело больным общаться с лицами противоположного пола. Известный американский психолог Д. Линдхольм дает такую иллюстрацию человека, страдающего СФ: «На первый взгляд перед нами совершенно нормальный, здоровый человек. Однако если приглядеться внимательней, мы заметим некоторые странности. К примеру, этому человеку очень трудно позвонить в ресторан, чтобы заказать столик, или зайти к соседу, чтобы попросить насос для машины. Он вообще старается избегать всяких контактов с посторонними людьми. В незнакомой обстановке он теряется, робеет, становится еще более нерешительным и нервным...» [8, с. 24].

В настоящее время СФ имеет статус самостоятельного психического расстройства в рамках МКБ-10, разработаны критерии психиатрической диагностики, медикаментозного и психотерапевтического лечения.

Обновление и трансформация психиатрических диагнозов, пересмотр классификационных и интерпретативных моделей отража-

ет современную историческую эпоху с особенностями ее целей и способов контроля за девиациями [255]. Именно в этом контексте следует интерпретировать выделение автономной нозологической ячейки и нарастающие эпидемиологические показатели по СФ [72, 73, 86, 192].

Десятый пересмотр МКБ, появившийся в 1991 г. и введенный в широкий оборот в нашей стране с начала XXI в., связан, в частности, с попыткой отказа от указания конкретных факторов причинности заболеваний, по поводу которых ведутся оживленные дискуссии [10, 11, 77, 78, 79, 86, 227]. Надо отметить, в этой погоне за «причиной» ее удастся обнаружить, но «причина», как правило, оказывается скорее характеристикой научного направления, которому ученый отдает предпочтение, нежели самого исследуемого заболевания.

В качестве отдельной формы фобий СФ была идентифицирована в 1960-х гг. Сам термин «СФ», как отмечает А. Литвинов, «появился в психиатрическом лексиконе еще в начале 60-х гг., но заниматься СФ всерьез начали только в последнее десятилетие» (здесь имеются в виду 90-е гг. XX в.) [116, 117]. О значимости проблемы, связанной с этим вошедшим во все последние медицинские классификации заболеванием, свидетельствует хотя бы тот факт, что при Всемирной ассоциации психиатров (ВАП) уже не один год существует специальная проблемная группа. В ее состав входят весьма именитые ученые, и масштабы проводимых ими исследований постоянно увеличиваются [9, 117, 221].

Что такое СФ с точки зрения современной психиатрии? В клиническом обзоре ВАП (1996 г.) страдающие СФ описываются так: «Лица, страдающие СФ, испытывают неадекватный страх негативной оценки со стороны окружающих в целом ряде ситуаций социального взаимодействия. В ситуации, вызывающей страх, у них часто возникает тревога, и отмечаются ее соматические проявления. Некоторые люди, страдающие социофобией, не предъявляют соматических жалоб, однако испытывают сильную неловкость, страх и опасения» [221].

Как отмечает ряд авторов, практически каждый второй человек с комплексом неполноценности становится больным социофобией. Страх перед обществом рождается не на голом месте [221, 229, 298]. Некоторые исследователи считают, что заболеванию предшествует определенная травматическая ситуация: публичное оскорб-

ление, осмеяние [76, 86]. Другие же, напротив, утверждают, что поиск причины страха бессмыслен и только усугубляет переживания, необходимо сосредоточиться на формировании социальных навыков взаимодействия с другими людьми и десенсибилизации [25, 264]. Как правило, «видимая» причина оказывается скорее поводом, а не основной детерминантой.

Психические феномены с явлениями СФ упоминаются с самого зарождения психиатрической практики. В психиатрической литературе начиная с середины XIX в. можно найти ссылки на состояния, сходные по описанию с теми, которые сейчас обозначаются как социофобия (Н. Duboux, 1874; G.O. Casper, 1846; P. Janet, 1903; P. Hartenberg, 1904; E. Kraepelin, 1915; В.М. Бехтерев, 1899, 1900, 1905; Ф.Е. Рыбаков, 1917; В.Ф. Чиж, 1911; В.И. Яковенко, 1887), которые операционализируются как страх перед публичным выступлением, провоцирующий тревогу по поводу морального положения в кругу людей (P. Janet, 1913, Д.В. Ястребов, 2000) [299, 315, 320]. Однако как в отечественной, так и в зарубежной клинической психологии и психиатрии данное заболевание долгое время рассматривалось либо как симптом других, более тяжелых психических расстройств, либо как отдельное синдромальное проявление. В нашей стране лишь с конца 80-х гг. XX в. СФ начинает выступать в качестве отдельной нозологической единицы.

В психиатрии принято относить социофобию к разряду неврозов, навязчивых состояний. В МКБ-10 расстройство относится к рубрике F4 «невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства», в которой выделяется подрубрика F40 – «фобические и тревожные расстройства».

Страдающему СФ «кажется», что окружающие настроены к нему либо враждебно, либо высокомерно [8, 9, 204, 206]. Исследование страхов, в том числе имеющих отношение к социальным ситуациям и коммуникации, осуществляется в нескольких относительно независимых направлениях (разные виды психотерапевтических направлений, медицинский подход, социально-конструктивистский и пр.) [86, 229].

В рамках американской классификации психических расстройств (DSM-IV) обозначены два подтипа СФ: специфическая и генерализованная. Симптомами специфической СФ является деструктивный страх перед одной или несколькими социальными си-

туациями, в которых возможно действовать на всеобщее обозрение. Люди с таким страхом либо избегают этих ситуаций, либо «терпят их, испытывая сильнейший дистресс... интенсивный страх перед публичными выступлениями – самая распространенная СФ» [80, с. 295].

Индивиды с генерализованной СФ переживают состояние сильнейшего страха в большинстве социальных ситуаций («включая как ситуации публичных выступлений, так и ситуации, требующие социального взаимодействия» [80, с. 295]). В качестве гетерогенного СФ диагноза выступает «избегающее личностное расстройство» [80, с. 295]. Для лиц, страдающих данным расстройством, «характерен паттерн крайней социальной заторможенности и интроверсии, ведущий к пожизненным паттернам ограниченности социальных отношений и нежелания вступать в социальные интеракции» [80, с. 572].

В отличие от шизоидных личностей, не испытывающих мучений от одиночества (в обычном понимании), а, наоборот, стремящихся к нему, такие индивиды страдают без общения с другими и хотят любви, поддержки и понимания, не решаясь, однако, на попытки удовлетворения этих потребностей посредством активного участия в социальной жизни.

СФ характеризуется также всевозможными побочно возникающими психопатологическими состояниями. В психиатрии они обозначаются как коморбидные, т.е. связанные с болезнью. В большинстве случаев симптомы СФ предшествуют симптомам коморбидных состояний. По данным ВАП (Всемирная ассоциация психиатров), социальная фобия является «первичной патологией у 70,9 % людей с коморбидной депрессией, у 76,7 % – с коморбидной наркоманией и у 85 % – с коморбидным алкоголизмом» [221]. Эти показатели еще один довод в пользу необходимости как можно более раннего выявления и лечения СФ с целью предупреждения развития наиболее часто встречающихся при этом видов патологии: «Среди них преобладают простые фобии – 59 %, агорафобия (боязнь открытых пространств) – 44,9 %, алкоголизм – 17 %, злоупотребление лекарствами – 17 %. Замечено также, что существует тесная связь между СФ и последующим развитием расстройства питания, например ожирения» [221]. Деструктивные попытки самокомпенсации, например попытки снижения тревожности посредством

избегания или употребления психоактивных веществ, лишь усугубляют течение болезни.

Страдающие СФ и коморбидными состояниями, разумеется, находятся в более сложном положении, чем те, у кого неосложненная форма расстройства. Так, вероятность попытки самоубийства в течение жизни у больных с коморбидной социальной фобией в 5,73 раза выше, чем у больных с такой патологией в целом.

Наиболее частая проблема, связанная с коморбидными состояниями, заключается в том, что «хотя начало развития социофобии предшествует возникновению любого из них, больные чаще получают лечение именно по поводу вторичного заболевания: тревожного расстройства (34,6 % случаев), депрессии (42,3 %) или панического расстройства (19,2 %)» [221]. Все это снижает качество оказываемой помощи, и пациенты с коморбидной социофобией в большей степени инвалидизируются, чем пациенты с неосложненным заболеванием [86, 117, 221].

Работы, выполненные с позиций поиска взаимосвязи между характером социофобии и коморбидным психическим расстройством, подтвердили наличие единства между СФ и личностными расстройствами тревожного кластера [297, 298, 314, 315, 319]. По мнению ряда исследователей, СФ и избегающее (или уклоняющееся) расстройство личности представляют собой единый континуум. Именно в этих случаях формирование СФ можно трактовать в рамках личностного развития. Кроме того, существуют данные о социофобических состояниях и при других вариантах психопатологии.

Исследователи подчеркивают, что в случаях перекрытия истерическим (J. Reich) или нарциссическим (B. Gabbart) личностными расстройствами отмечается высокая коморбидность СФ с другими тревожно-фобическими нарушениями (паническое расстройство, агорафобия) [8, 9, 221, 297, 298, 314, 315, 319].

Д.В. Ястребов выделил три типа СФ по смысловому основанию – различия в сенситивных идеях отношения: 1) СФ с комплексом собственной малоценности и изолированными сенситивными идеями отношения; 2) СФ с идеями психического или физического недостатка, неприятного для окружающих, генерализованного сен-

сигнификативными идеями отношения; 3) СФ с сенситивными идеями распространения неприятных запахов.

На высоте любого из этих типов «социальной тревоги» (данный термин автор использует как синоним СФ) во всех случаях наблюдаются двигательные нарушения и патологические телесные сенсации, а также соответствующее содержание страха [101, 221, 297, 298, 314].

Однако, как уже отмечалось выше, зарубежные авторы рекомендуют дифференцировать генерализованную социофобию и избегающее личностное расстройство: «Для индивидов с избегающим личностным расстройством характерен паттерн крайней социальной заторможенности и интроверсии, ведущий к пожизненным паттернам ограниченности социальных отношений и нежелания вступать в социальные интеракции» [80, с. 572].

Кроме того, такие личности гиперсенситивны к критике, испытывают чувства вины, боязни, в то же время им хочется любви, они страдают от одиночества и тоски. В ходе многочисленных исследований было выявлено значительное сходство между этими диагнозами. В результате сделан вывод: избегающее личностное расстройство является более тяжелой формой генерализованной социофобии [80, с. 574].

Это согласуется с данными о существовании социофобии без избегающего личностного расстройства и наличии очень немногих случаев избегающего личностного расстройства без генерализованной социофобии. Оба расстройства поддаются лечению одними и теми же психофармакологическими препаратами и сенситивны к одинаковым видам психотерапии, наиболее успешным из которых является когнитивно-бихевиоральный.

Как отмечают зарубежные аналитики, «эти факты привели Уидигера (1992) к предположению, что эти два расстройства “могут быть промежуточным состоянием между тревожными и личностными расстройствами... подразумевающими одну и ту же психопатологию”» [80, с. 574]. Аналогичное мнение отражено в DSM-IV, где отмечается, что эти расстройства настолько близки, что «могут являть собой альтернативные представления об одних и тех же сходных состояниях» [80, с. 574].

В психиатрии установлен ряд четких диагностических критериев для постановки диагноза «социальная фобия» (F40.1). Среди них

можно отметить следующее: выраженный или устойчивый страх перед одной или несколькими социальными ситуациями, в которых индивид сталкивается с незнакомыми людьми или подвергается оценке со стороны окружающих; страх может иметь вид панической атаки, при этом человек осознает, что его страх преувеличен. Кроме того, характерно избегающее поведение ситуаций оценивания успешности, что значительно нарушает нормальный образ жизни человека, мешает его профессиональному успеху (и/или учебе), а также социальным взаимодействиям с другими людьми, при этом социофобия вызывает сильные страдания. Выраженная тенденция избегания пугающих ситуаций может приводить к полной социальной изоляции и остановке в действии [8, 9, 46, 221, 227].

Более детально эти критерии и диагностические указания выглядят следующим образом (F40.1).

1. Ярко выраженный или устойчивый страх перед одной или несколькими социальными ситуациями, в которых индивид сталкивается с незнакомыми людьми или подвергается оценке со стороны окружающих. В таком случае индивид боится показать симптомы страха, поскольку будет чувствовать себя неловко. При оценке детей должно быть установлено, обладает ли ребенок соответствующими его возрасту навыками общения со знакомыми людьми, страх при этом должен проявляться не только при общении со взрослыми, но и со сверстниками.

2. Столкновение с пугающей социальной ситуацией вызывает почти всегда непосредственную реакцию тревоги, которая может принять вид панической атаки, связанной с ситуацией или вызванной ей. У детей страх может проявляться в виде слез, припадков гнева, остолбенения или желаний убежать или спрятаться.

3. Индивид осознает, что его страх преувеличен или необоснован. У детей этот критерий может отсутствовать.

4. Пугающие социальные ситуации или ситуации, в которых оценивается успешность, избегаются или переживаются с усиленной тревогой.

5. Избегающее поведение, состояние тревожного ожидания или сильное недомогание в пугающих социальных или производственных ситуациях значительно нарушает нормальный образ жизни человека, мешает его профессиональному успеху (или учебе), а также

социальным взаимодействиям с другими людьми (или же фобия вызывает сильные страдания).

6. У лиц младше 18 лет социофобия наблюдается, по крайней мере, в течение 6 месяцев.

7. Тревога или избегание не обусловлены прямым физическим воздействием психоактивных веществ (например, наркотиков, лекарственных препаратов) или соматической болезнью и не могут быть лучше объяснены другим психическим расстройством (например, паническим расстройством с агорафобией или без нее, тревожным расстройством, вызванным разлукой, дисморфофобическим расстройством, значительным нарушением развития или шизоидным расстройством личности).

8. Если налицо соматическая болезнь или другое психическое расстройство, то они не находятся, например, во взаимосвязи со страхом перед заиканием, дрожанием при болезни Паркинсона или перед патологическим пищевым поведением при нервной анорексии или нервной булимии [7, 8, 9, 86, 227, 229].

В настоящее время диагноз СФ можно поставить не только в случае, когда социальные ситуации избегаются, но и когда их выдерживают со значительным дистрессом. Есть данные, свидетельствующие о росте распространенности СФ у молодых людей [16, 35, 80, 83].

Следует отметить, что в МКБ-10 дана скорее клинико-психологическая картина исследуемого расстройства. В силу недостаточной изученности данного заболевания отсутствует, например, указание на нейробиологические, генетические факторы. Однако медицинская литература, в том числе зарубежная, содержит многочисленные указания на возможное генетическое происхождение данного расстройства [298, 299, 320, 321].

Председатель проблемной группы по социальной фобии при Всемирной ассоциации психиатрии Ж.А. Коста да Сильва отмечает, что «трудности, которые испытывают страдающие ею (СФ) лица в адаптации к социальным ситуациям, оказывают сильнейшее влияние на их личную и профессиональную жизнь... СФ приводит к ряду вторичных коморбидных состояний, самыми серьезными из которых являются алкоголизм и злоупотребление медикаментами» [7, 8, 9, 116, 117, 184, 187].

Среди тяжелых коморбидных состояний отмечаются также тяжелая депрессия, агорафобия и паническое расстройство. Как отмечалось выше, статистика показывает, что страдающие СФ вдвое больше склонны к суициду, а при наличии коморбидных расстройств эта цифра увеличивается еще больше.

Для социофобии характерно начало в середине подросткового возраста – «время, когда особенно велика вероятность нарушения психологического развития, образования социальных и межличностных связей и формирования жизненных целей» [9, 221]. Оставленная без внимания, социальная фобия продолжает нарушать социальную жизнь больного в течение всей жизни, облекаясь впоследствии в более тяжелые формы психических нарушений.

Однако важным условием классификации тревожных расстройств, с одной стороны, является как можно более тонкая дифференциация тревоги как первичной эмоции с ее аффективными, физическими и когнитивными компонентами, тревожности как свойства личности и дифференциальная диагностика различных форм патологической тревоги, а с другой – разграничение патологической тревоги и других видов психических расстройств. При этом необходимо иметь в виду проблему коморбидности СФ с другими психическими расстройствами, вызванными изначально попыткой скомпенсировать гнетущий страх, избежать неприятных эмоций и последствий участия в социальной жизни [298, 299].

СФ как отдельное расстройство может встречаться только на ранних этапах заболевания. По мере развития болезни к заболеванию «присоединяются» такие расстройства, как депрессия, алкоголизм, злоупотребление другими психоактивными веществами, нередки случаи суицидального поведения. По данным проблемной группы по социофобии, созданной Всемирной ассоциацией психиатров, вероятность возникновения суицидальных мыслей и поведения повышается с тяжестью и развитием коморбидных расстройств почти в 5 раз [116, 117, 187, 221, 227].

Патологическая тревога – ведущий симптом любых тревожно-фобических расстройств, в частности СФ. Однако она может возникнуть и при других психических расстройствах (например, депрессии), а также соматических заболеваниях (например, эндокринных расстройствах). Особенно часто тревожные состояния проявляются при острых аффективных расстройствах, протекающих в

тяжелой форме (депрессиях и биполярных расстройствах), психических заболеваниях (например, шизофрении) и прогрессивных стадиях зависимостей от психоактивных веществ (например, при абстинентном синдроме). Поэтому тщательно проведенная дифференциальная диагностика имеет большое значение при постановке диагноза «тревожное расстройство» или какой-либо разновидности фобии [8, 9, 86].

Для СФ характерно состояние паники в ситуациях, вызывающих фобию. Панической атакой называются ограниченные во времени внезапно появляющиеся сильная и всепоглощающая тревога, опасение или испуг, зачастую сопровождаемые чувством приближения несчастья. Во время этих атак возникают такие вегетативные симптомы, как одышка, учащенное сердцебиение, боли в груди или физический дискомфорт, чувство удушья, страх сойти с ума или потерять над собой контроль и др. [86, 87, 299, 315, 318].

Существует ряд критериев для диагностики панической атаки. Паническая атака не имеет своего собственного кода; кодирован специфический диагноз, в рамках которого возникают панические атаки (например, F40.01 Паническое расстройство с агорафобией). Наличие ясно различимого эпизода сильной тревоги и дискомфорта, при котором внезапно возникает не менее четырех нижеприведенных симптомов, в течение 10 минут достигающих апогея [86]: 1) учащенное сердцебиение или учащение пульса; 2) повышенное потоотделение; 3) легкая или интенсивная дрожь; 4) чувство нехватки дыхания или одышка; 5) чувство удушья; 6) боль и чувство стеснения в груди; 7) тошнота или боли в желудочно-кишечном тракте; 8) головокружение, чувство неуверенности, оглушенности или чувство, близкое к обмороку; 9) дереализация (изменение восприятия окружающего мира, чувство нереальности и призрачности окружающего) или деперсонализация (чувство изменения, утраты, отчуждения или раздвоения собственного Я); 10) страх потерять контроль или сойти с ума; 11) страх смерти; 12) парестезии (онемение или покалывание); 13) приливы жара или озноб.

Панические атаки могут сопровождать ряд психических расстройств, т.е. данный симптом не является дифференциально диагностическим критерием для СФ. Разграничительным для диагностики моментом служат те объекты (или ситуации), в соприкосновении с которыми возникает данная реакция. В случае социофобии

панические атаки возникают исключительно при столкновении с угрожающими социальными ситуациями. Также панические атаки могут сопровождать специфические фобии, но только при столкновении со специфической ситуацией.

Для навязчивых расстройств также характерны периодические состояния панической атаки, возникающие исключительно при столкновении с возможностью загрязнения при наличии навязчивого страха перед соприкосновением. При посттравматическом стрессовом расстройстве панические атаки возникают только как реакция на раздражитель, ассоциирующийся с тяжелой стрессовой ситуацией. Кроме того, паническая атака может возникнуть в рамках тревожного расстройства, вызванного разлукой, как реакция на отсутствие кого-либо из близких людей или нахождение вне дома [86, 229, 315].

Ведущей дифференциально диагностической и в целом психодиагностической проблемой в рамках исследуемого заболевания является необходимость разграничения так называемой высокой социальной тревожности, наличия отдельных социальных страхов и непосредственно социальной фобии.

Известным феноменом является тот факт, что социальный страх, тревожность в социальных ситуациях (и даже ее высокие показатели) свойственны в той или иной мере всем людям, поэтому следует говорить о психическом расстройстве или заболевании в том случае, если интенсивность данных переживаний неадекватна имеющимся обстоятельствам, т.е. приводит к систематическому избеганию ряда социальных ситуаций и нарастающей социальной дезадаптации [7, 9, 15, 16, 87, 86].

Каждый человек в ситуациях общения или оценки способностей, внешности иногда ощущает эмоциональное напряжение и страх, а вследствие критики, отказа в просьбе, выступления перед большой аудиторией – сильный стресс. Таким образом, проводится четкое разграничение между социальной тревожностью как естественной реакцией на ситуации оценивания, отказа и др. и социофобией как заболеванием, имеющим крайнюю степень выраженности страха социальных ситуаций. Социальная тревожность имеет гораздо меньшие дезадаптивные последствия для человека, но тем не менее может значительно препятствовать раскрытию своего потенциала и эффективному функционированию в обществе [101, 112, 115, 314].

Многие люди волнуются, когда им предстоит выступать перед аудиторией, но могут справиться со страхом. Оперная певица М. Калласс, например, часто дрожала перед выходом на сцену, это доставляло ей неудобства, но она могла с этим совладать, следовательно, это пример социальной тревожности, наличия социальных страхов, с которыми человек может справиться.

Е. Елинек, получившая недавно Нобелевскую премию по литературе, не смогла присутствовать на церемонии ее вручения, сославшись на диагноз «социофобия». Этот диагноз не позволил ей выступить с благодарственной речью, которая является обязательной при вручении премии, таким образом, налицо пример дезадаптивной избегающей стратегии поведения. Комиссия по вручению премий пошла на встречу писательнице, поскольку причина – наличие устойчивых и чрезмерно сильных страхов перед аудиторией.

Близко к понятию социальных страхов понятие «застенчивость». Ф. Зимбардо определял застенчивого человека как осторожного и не расположенного к встрече. Ссылаясь на словарь Вебстера, Ф. Зимбардо пишет о застенчивости как «чувстве неудобства в присутствии других» [59].

Избегание ситуаций, вызывающих тревогу, является одним из наиболее ярких клинических признаков социальных страхов. Фобия настолько сильный страх, что конструктивно справиться с ним становится невозможно.

Основной психодиагностической характеристикой СФ является продолжительный страх перед социальными ситуациями или ситуациями, в которых оценивается эффективность, успешность субъекта (в области способностей, внешности и пр.). Причем социальные ситуации могут быть различными – от интимных межличностных, локальных формальных контактов до групповых и субординационных социальных ситуаций.

Тревога – это общее предощущение возможной опасности. Страх и тревога важны для адаптации, однако в своих крайних или иррациональных проявлениях приводят к дезадаптивному поведению. На физиологическом уровне тревога отличается хроническим перевозбуждением, отражается в готовности иметь дело с угрозой, если таковая возникнет, однако при этом нет настоящей потребности в бегстве, которая есть при страхе.

Самым главным критерием различия страха и тревоги является следующее: при страхе источник опасности очевиден. Когда речь идет о тревоге, мы часто не в силах установить, в чем состоит опасность (недифференцированы источник и опасность). Тревога переживается как неприятное внутреннее состояние, при котором мы предчувствуем некое ужасающее событие, не вполне прогнозируемое, исходя из реальных обстоятельств.

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 испытываемая тревога и волнение не приводят к избеганию ситуаций, связанных с этим переживанием, то данное состояние целесообразно назвать социальной тревожностью [86, 229]. Подчеркнем, что социофобию и социальную тревожность не просто отличить друг от друга. Важным дифференциально-диагностическим критерием служат нарастающее желание избегать ряда социальных ситуаций и соответствующее поведение.

Понимание СФ как одной из фобий указывает на преимущественно доминирующий негативный интенсивный эмоциональный фон в отношении фобического «объекта», а также характерное избегающее поведение. Здесь возникает сложная проблема дифференциации нормальной и патологической тревоги. Р. Либ и Г.-У. Виттхен попытались провести эту диагностическую границу [86, 229]. В той или иной степени тревога и, даже достаточно сильная, – явление нормальное и адаптивное в ситуациях, адекватных ей, к тому же могущее являться устойчивой характеристикой личности.

В этой связи необходимо проанализировать существующие взгляды на причинность СФ. Анализируя факторы, лежащие в основе тревожных расстройств (этиология), исследователи отмечают принципиальную невозможность постановки точных причин возникшей фобии [76, 86, 116, 117, 297, 314, 135]. В целом причины возникновения социального страха до сих пор менее изучены, чем процесс развития тревожного расстройства в клинически значимое и нуждающееся в лечении состояние (патогенез).

Такая картина наблюдается в силу того, что преимущественно медицинское исследование и лечение данного психического расстройства во главу угла ставит идеографический метод, феноменологический анализ, запечатленный в анамнезе и катамнезе. Отсутству-

ют общие систематизированные модели, исследующие причинность данного расстройства [86, 116, 117, 297].

Подходы к объяснению тревожных расстройств представляют собой, как правило, патогенетические модели. Они являются многофакторными и исходят не только из комплексного взаимодействия различных интернальных и экстернальных факторов, но и подчеркивают следующие принципиальные положения: а) не только патогенетические переменные воздействуют на индивида, но и индивид воздействует на эти переменные; б) патогенетические переменные следует рассматривать не как константы, а как изменяющиеся в динамическом процессе переменные [86, 229].

Современные исследования в области клинической психологии показали, что такие комплексные, с методической точки зрения, сложно эмпирически проверяемые модели взаимодействия, «с помощью которых пытаются объяснить возникновение и поддержание расстройства, называются динамическими диатез-стресс-моделями» [76, 86, 115, 184]. Данные модели являются не вполне научно обоснованными. В связи с этим встает проблема отсутствия адекватных измерительных исследовательских клинико-психологических методик и технологий, позволяющих научно достоверно и точно определять специфику данного заболевания, источник формирования и процедуру психотерапевтической интервенции [86, 183, 193, 194, 211].

Модели базируются на положении о том, что тревожные расстройства наступают вследствие актуальных и хронических перегрузок (стресс) разной природы (социальной, психологической, биологической) на основе предрасположенности человека (диатез). Под диатезом (также диспозиция, подверженность, уязвимость) чаще всего понимаются биологические, генетические, семейно-генетические, когнитивные (например, ранее усвоенные стили мышления, нарушения переработки информации) и средовые факторы.

Таким образом, расстройство пытаются объяснить динамическим взаимодействием диспозиционных, пусковых и поддерживающих факторов. Предполагается, что при развитии и поддержании расстройства решающую роль играют факторы оперантного и классического обусловливания, а также научение по моделям [86, 272, 277, 284].

Представители когнитивно-бихевиорального направления утверждают наличие иррациональных мыслей и переживаний, «неправильных» установок и суждений в отношении социальных ситуаций [22, 25, 271, 284]. Как отмечают авторы, мужчины, страдающие социофобией, не только не способны познакомиться с понравившейся девушкой, но и вообще их сторонятся, избегая сотрудниц в офисе или сокурсниц в институте [25, 39, 210, 221]. Приведем иллюстрацию для выражения подобных переживаний. Страдающий данным заболеванием считает себя неким социальным уродом, которого выбросили из жизни, и думает: «Какое же я ничтожество! Вероятно, я заслуживаю враждебного отношения к себе».

Ответственные события: экзамен, публичное выступление, общественное мероприятие – приносят страдающему СФ эмоциональные мучения. Задолго до самого события (только при возникновении мысленного образа участия в нем) появляются вегетативные и психофизиологические признаки тревоги или даже паники: нарушение сна, суетливость и рассеянность, тремор рук, сухость во рту и пр.

Ряд авторов полагают, что подобные нервные расстройства наблюдаются в основном у людей мыслительного типа с тревожно-мнительными чертами характера и выраженным комплексом неполноценности [8, 9, 39, 94, 315], однако другие исследователи утверждают, что индивидуально-типологический профиль лишь в незначительной степени может считаться причиной или базой для возникновения социального страха, истинные причины которого выявить невозможно.

Лишь некоторые компоненты обеих моделей прошли экспериментальную проверку. Они хорошо могут объяснить социальную неуверенность, но в меньшей степени – почему развивается полная картина социофобии. Поэтому предлагается интегрированная диатез-стресс-модель, разработанная исследовательской группой Р.Г. Хаймберга (1996).

Компоненты когнитивно-поведенческой модели.

1. Генетические и средовые факторы (генетические влияния; тревожность родителей; родительские установки относительно воспитания детей; негативный опыт контакта с референтной группой и/или представителями противоположного пола).

2. Убеждения относительно социальных ситуаций (социальные ситуации потенциально опасны; чтобы избежать опасности в социальных ситуациях, поведение должно быть совершенным; у меня отсутствуют способности, необходимые для того, чтобы вести себя должным образом).

3. Прогнозы относительно социальных ситуаций (социальные ситуации неминуемо ведут к неприятностям, отказам, унижению, потере статуса).

4. Симптомы тревоги (тревожное ожидание социальных ситуаций; концентрация внимания и фокусировка на социально угрожающих раздражителях; негативные мысли о самом себе, о своем поведении и оценке себя другими; повышенное физиологическое возбуждение; сильное беспокойство относительно очевидности тревожных симптомов).

5. Последствия тревоги (реальные или воображаемые нарушения поведения; восприятие собственного поведения и его оценка по критериям перфекционизма; оценка собственного поведения как неадекватного; фокусировка на воображаемых отрицательных последствиях неадекватного поведения) [75, 86].

В качестве основной предпосылки социофобии некоторые авторы признают генетическую предрасположенность [86, 311]. Следующим важным фактором для возникновения этого расстройства является сенсбилизация посредством влияний окружающей среды (процессы научения). Так, например, поведение тревожных родителей может способствовать развитию социальной тревоги у детей, если родители будут сообщать детям о своих страхах и отстранять их от участия в определенных социальных ситуациях.

По мнению современных исследователей, термин «социофобия» все-таки не совсем удачен. Дословно он переводится как «страх перед обществом», но в данном случае это не совсем так. Больной СФ боится не просто толпы или конкретных людей, он боится определенных социально значимых для него ситуаций. Такой человек страшится, что его неправильно поймут, осудят, начнут критиковать или обсуждать за спиной его личные качества [7, 86, 315].

Это обуславливает еще две серьезные проблемы, связанные с психосоциальной адаптацией. Во-первых, человек, страдающий СФ, имеет гораздо меньше шансов получить хорошее образование и работу, что, в свою очередь, ведет к усилению у него чувства ви-

ны, внутренней тревоги и страхов. Во-вторых, такой человек начинает использовать всевозможные «избегающие стратегии», среди которых одной из главных является, как видно в приведенном выше примере, прием алкоголя и других психоактивных веществ. Давая лишь кратковременную иллюзию свободы от болезни, это, разумеется, никак не способствует налаживанию общественных связей, которые у таких больных и без того оставляют желать лучшего [221, 299-315].

Считается, что СФ не делает различия между полами и социальными слоями. Однако опыт показывает: чаще всего данная патология встречается у одиноких и малообеспеченных людей. Страдающие СФ мужчины и женщины отличаются друг от друга не столько проявлением болезни, сколько предпочтением разных избегающих стратегий [86, 221, 300, 301].

Статистические данные свидетельствуют о печальной ситуации асимметричного процента заболевших по отношению к тем, кто получает какую-либо профессиональную помощь. Исследователи отмечают, что в разные периоды жизни СФ поражает каждого десятого человека. В мире ее суммарная распространенность колеблется от 9,6 до 16 %. Лечение же получают менее 25 % больных, да и то большей частью, «увы, терапия назначается неправильно» [116, 117, 221].

Авторы также отмечают очень ранний возраст начала как еще одну характерную особенность социофобии: «Около 40 % случаев СФ начинается до 10-летнего возраста, а 95 % – до 20 лет. Особенно тяжело первые проявления СФ переживают школьники, ведь школа подчас первое реальное столкновение с моделью «общества чужих», адаптироваться к требованиям которого ресурсов хватает далеко не у каждого ребенка» [221].

Очевидно, что трудностей в процессе обучения у ребенка с СФ будет гораздо больше, чем у обычного школьника: «Примерно 40 % страдающих СФ детей вообще отказываются от посещения школы из-за возникающего у них чувства тревоги. Обследование детей, отказывающихся посещать школу, показало, что не менее 30 % из них страдают СФ. Естественно, что последствия во взрослой жизни еще более значительны, поскольку не сформированы механизмы социальных взаимодействий» [221].

Социофобия рассматривается в современной клинической психологии как расстройство, во многом сконструированное (порожденное) современной социально-психологической ситуацией в обществе, имеющее особенности возникновения и проявления, а также специфические коморбидные расстройства (например, алкоголизм, депрессия, некоторые виды расстройств личности, суицидальное поведение и пр.), возникающие на основе заболевания как попытка (психологическая защита) справиться с гнетущим страхом, паническими атаками и невозможностью эффективно функционировать в обществе.

Психосоциальные последствия социофобии влекут за собой социальную изоляцию, снижение или сведение на «нет» профессиональной, социальной успешности, активности. В данном случае стоит подчеркнуть современные условия, в рамках которых человек удовлетворяет потребности. Социальные ситуации, умение адаптироваться в них и решать коммуникативные, социальные трудности выступают средствами (условиями) удовлетворения значимых потребностей человека в обществе.

Противоречие высокой значимости потребности и напряженного мотива, с одной стороны, и субъективной непреодолимости социальных условий как средств удовлетворения потребностей – с другой, приводят к напряженному перманентному эмоционально-когнитивному конфликту и социальной изоляции. Формируемый социально экспансивный идеал современного человека постулирует необходимость преодолевать негативное оценивание, отказы и другие социально-негативные импульсы.

Наиболее частыми провоцирующими страх ситуациями бывают те, в которых больным 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 [10, 12, 231, 327, 328].

Информация о СФ и методах лечения появилась в России только 7–8 лет назад, и первые же попытки популяризировать ее при помощи прессы вызвали неожиданно большой приток пациентов. А. Литвинов отмечает, что «пациенты, обращавшиеся в Московский городской психонейроэндокринологический центр, рассказывали о своих многолетних страхах и страданиях, в особенности связанных

с тем, что им, даже живущим в крупных городах, решительно негде было получить помощь» [117].

Существует несколько причин, почему данное заболевание может остаться вообще нераспознанным, в том числе наличие коморбидных состояний и мнение среди больных и медицинских работников, что имеющиеся симптомы являются скорее чертами личности, чем признаками заболевания, которое можно лечить [117, 221].

Раннее начало терапии может предотвратить тяжелую дезадаптацию, развитие устойчивых неадекватных защитных механизмов (смысловых дефектов) возникновение коморбидных состояний вроде тяжелой депрессии и алкоголизма.

Однако какими бы тяжелыми ни были нарушения, связанные с СФ, их можно предотвратить или ослабить [2, 15, 20, 23]. Раннее начало лечения – залог успеха. Бесспорными показаниями к лечению являются выраженные психосоциальные расстройства: невозможность из-за страхов продолжать учебу, работу, формировать устойчивые социальные связи и т.п. При этом больной должен знать как можно больше о природе своего заболевания, способах его лечения, видеть лечебную перспективу и понимать необходимость активного сотрудничества с психотерапевтом или клиническим психологом.

Самым парадоксальным фактом на фоне все возрастающего интереса к СФ и высокой социальной тревожности, расширяющегося арсенала лечебных и психотерапевтических стратегий является то, что, по имеющимся данным, менее четверти больных социофобиями вообще когда-либо получают какое-либо лечение. Этот факт, скорее всего, проистекает из сути самого заболевания. Те, кто пользуются только медицинской помощью, получают неадекватную терапию.

Таким образом, наиболее важными признаками социальной фобии 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 СФ, существует ригидная «категориальная установка» [279, 280], 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).

Возрастающее количество заболеваний СФ обнаруживает нехватку содержательных и формальных способов психопрофилактики, психотерапии и реабилитации страдающих данным недугом. Очерченный круг симптомов, диагностических признаков, статистические эпидемиологические мониторинги, несмотря на пристальный научный интерес к СФ, не включают необходимого компонента единого методологического взгляда на расстройство, клинико-психологической типологии социальных страхов с выделенным и эмпирически подтвержденным основанием.

1.2. Психоаналитическое, бихевиоральное и когнитивное направление в исследовании природы социальных страхов

Если опять подумать
Об этих краях и людях,
Отнюдь не всегда достойных,
Не слишком родных и добрых,
Но странно приметных духом
И движимых общим духом,
И объединенных борьбою,
Которая их разделила...

Элиот. Томас Стернс

Данный раздел освещает теоретико-методологические основы исследования социофобии, концептуальные воззрения относительно причин возникновения и особенностей проявления социального страха, историю способов и сами способы конструирования социофобии в психологии.

Кризис в психологии на рубеже XIX–XX вв. обнаружил несостоятельность доминировавшей ранее интроспективной «психологии сознания», особенно в решении проблем мотивации, эмоционально-потребностной сферы, когнитивных механизмов, а также отчасти аналитической «психологии бессознательного» и попытки обнаружить причину страха в детских сексуальных травмах. Это вызвало фундаментальный пересмотр методологических научных позиций в психологии, что отразилось в смене предмета психологии и основных взглядов на причины возникновения страхов и их содержательную основу, а также способы психотерапии [29, 31].

Психоанализ доказал существование психической области вне сознания – бессознательного и невозможность посредством интроспекции воспроизведения некоторых желаний, мыслей, детерминант активности.

3. Фрейд определял тревогу как предупреждение о том, что это в опасности, и выделял три вида тревоги: объективная тревога, возникающая вследствие реальных опасностей; невротическая тревога, возникающая из осознания потенциальных опасностей, которые проистекают из потворствования инстинктам *ид*, страх наказаний за следование позымам *ид*, боязнь понести наказание за проявление импульсивных желаний; моральная тревога, возникающая из опасения заслужить чье-либо осуждение, связанная с чувством вины и стыда за поступки или «дурные» мысли [271, с. 421].

Широкое распространение и популярность вплоть до настоящего времени приобрела теория защитных механизмов З. Фрейда, которая напрямую связана с чувством тревоги, создающей напряженность и заставляющей предпринимать какие-то действия для снижения этой напряженности. З. Фрейд выдвинул интересное, но с позиции эмпирических исследований сложно операционализируемое предположение, что это возводит своеобразную преграду против тревоги – защитные механизмы (идентификация, сублимация, проекция, рационализация, замещение, регрессия, подавление и др.), которые представляют собой подсознательное отрицание или искажение реальности. В данном ключе страхи, фобии различного типа трактовались как проявления защитных механизмов.

Согласно психодинамическим взглядам на происхождение фобий, последние олицетворяют собой защиту от тревоги, порожденной вытесненными импульсами, которые исходят из *ид*. Поскольку «знакомство» с вытесненным импульсом «*ид*» опасно, тревога канализируется, сосредоточиваясь на каком-то внешнем объекте или ситуации, имеющей символическую связь с реальным объектом тревоги. Во многом данная объяснительная модель критиковалась за чрезмерно спекулятивный формат интерпретации, однако психоанализ весьма «соблазнителен» в качестве интерпретационной модели для многих терапевтов [68, 80].

Часто в психоанализе первопричиной всех психических расстройств считают нарушение первичных объектных отношений (М. Кляйн), расщепление как нарциссическую травму в раннем детстве (О. Кернберг). З. Фрейд в работе «Печаль и меланхолия»

(1917 г.) «связывает меланхолию с выбором объекта на нарциссической основе... им же предлагается понятие нарциссической раны как длительного нарушения самочувствия при утрате любви и неудачах...» [там же, с. 45]. Связь эмоциональных расстройств вследствие «сверхзабоченности» успешностью при участии в ситуациях оценивания эффективности (внешности, способностей и пр.) характерна не только для нарциссического расстройства личности, но и для СФ. Д. Ястребов подчеркивает распространенность коморбидности СФ и ряда личностных расстройств, в частности нарциссического личностного расстройства. Надо сказать, что данный тип расстройства не включен в МКБ-10, но есть в DSM-IV [297, 298].

Патология объектных отношений на ранних стадиях развития формирует нарциссическую личность («грандиозное Я»), испытывающую страх перед оценкой успешности в обществе (который проявляется либо в обесценивании критики, либо в ее избегании) (О. Кернберг, Х. Кохут, Ж. Лакан, Е.Т. Соколова, Е.П. Чечельницкая и др.) [84, 100, 105, 162, 215, 216]. При этом возникающая тревога, страх, истинные причины которых не осознаются, являются основой невротического расстройства. Защитой нарциссических личностей от критики «грандиозного Я» является обесценивание или избегание социальных ситуаций, в которых они не уверены полностью в своем успехе. Нарцисс постоянно жаждет положительной оценки, признания, восхищения. Обратное вызывает у него отчаяние вплоть до самодеструкции [84, 216].

О. Кернберг говорил о «двухуровневой» личностной организации нарциссических личностей: «...на глубинном уровне обнаруживается искаженное Реальное Я, а на поверхностном – патологическое Грандиозное Я» [216, с. 51]. Поскольку поражением, «провалом» для нарциссов является быть «не первым», очевидна склонность к депрессиям поражения.

П. Моллон и Г. Пери «обратили внимание на то, что «депрессивная тюрьма» является единственной формой защиты хрупкого, уязвимого реального нарциссического Я» [216, с. 46]. С другой стороны, нарциссическим личностям свойственна зависть к успеху, который переживается «как безнадежность и беспомощность» [там же, с. 46]. Суициды в случае с нарциссизмом совершаются, однако, не под воздействием чувства вины, а вследствие «непереносимой пустоты... интенсивности стыда (в случае провала...)» [там же, с. 45].

Что касается более ранних производных от классического психоанализа направлений в психотерапии, то они предлагают разнообразные варианты работы с эмоциональными расстройствами. В зависимости от концепции варьируется и интерпретационная модель страхов, она также зависит от причин их появления и способов психокоррекции.

Если З. Фрейд отдавал основополагающее место сексуальным инстинктам, давлению «ид», либидо, то К.Г. Юнг, порвав дружеские отношения с З. Фрейдом, выдвинул собственную концепцию, назвав ее аналитической психологией. К.Г. Юнг понимает либидо как жизненную энергию вообще, он отвергает понятие эдипова комплекса. В целом К. Юнг стремился представить область бессознательного значительно глубже и шире, чем З. Фрейд [152, 271, 288, 289]. Он выделил два уровня бессознательного.

Коллективное бессознательное «содержит в себе аккумулярованный опыт прошлых поколений, включая и животных предков» [271, с. 441], эволюционный опыт и проявляется в виде врожденных тенденций внутри коллективного бессознательного – архетипов (через символы). Для исследования этой части бессознательного К. Юнг использовал анализ сновидений, арттерапевтические техники. Индивидуальное (или личностное) бессознательное состоит из импульсов, воспоминаний, желаний и нечетких восприятий личного опыта, вытесненного или забытого. Содержание этого бессознательного «сгруппировано в определенные тематические комплексы: эмоции, воспоминания, желания... данные идеи проявляются в сознании в виде... идеи силы или идеи неполноценности – и таким образом оказывают влияние на поведение» [271, с. 441]. По его мнению, именно эта часть бессознательного ответственна за возникновение страхов, фобий и тревог, с которыми человек самостоятельно не может справиться, так как не осознает причины этого [271, с. 441].

Социальные страхи в рамках аналитической психологии не выделяются в особую группу, рассматривается общий фундамент возникновения фобических реакций, причина которых кроется в индивидуальном бессознательном. Психотерапия в данном случае направлена на выявление скрытых (забытых или вытесненных) элементов негативного опыта.

Концепция К. Хорни относительно терапии неврозов оказалась более оптимистичной, в отличие от фрейдистской позиции («...по

его мнению, человек обречен на страдание и разрушение...» [271, с. 453]. Идеи К. Хорни полезны в исследовании СФ, поскольку значительное место в ее работах занимает именно проблема страха, тревожности и опасности, идущей из мира, а также возможностей их преодоления [36, 269, 270].

Центральным понятием в теории К. Хорни, идеи которой в значительной степени также расходились с теорией З. Фрейда, явилось понятие базальной тревожности, «понимаемой как чувство ребенка, одинокого и беззащитного в потенциально враждебном ему мире» [271, с. 453]. Базальная тревога – прямое следствие недостатка внимания и заботы родителей по отношению к ребенку. Место фрейдистских инстинктов «в качестве факторов мотивации у К. Хорни занимает стремление ребенка обрести безопасность в угрожающем мире. По ее мнению, базовая мотивация человека строится на потребности в безопасности и освобождении от страха» [271, с. 453]. Она выделила три типа личности как способы преодоления базальной тревожности и соответствующие им невротичные потребности: услужливая, отрешенная и агрессивная. Именно отрешенный тип личности, связанный с потребностью в одиночестве, бегущий от людей, замкнутый, – это попытка справиться с тревогой посредством избегания жизненных ситуаций общения с другими людьми. К. Хорни пишет, что избегающее поведение человека, страдающего базальной тревогой, неэффективно и дезадаптивно [269].

Таким образом, рассмотрение социальных фобий с позиций психоанализа, центрированного на прошлом опыте индивида и детских психосексуальных травмах, позволяет заключить, что первые месяцы жизни ребенка могут стать решающими для их формирования, особенно при неблагоприятном стечении обстоятельств. В процессе проведения психотерапии психоаналитики убеждались в отсутствии достаточного тепла и заботы у таких больных в раннем детстве. Причем речь идет не столько о количестве, сколько о качестве этого тепла [179].

Если ребенок недополучает внимания, он начинает проявлять беспокойство, тревогу, мир вокруг он начинает видеть более угрожающим и враждебным. Пугающий момент расставания сопровождается реальным страхом в будущем перед обществом, которое в любой момент может отнять близкого человека навсегда. В дальнейшем этот страх становится бессознательным. Он может вновь

проявиться, когда уже взрослый человек сталкивается с угрозой разрыва с любимой, возможностью лишиться работы или др. [246, 247, 248, 249, 269, 270, 271]. Можно предположить, что именно в этом сосредоточено ядро будущей СФ.

В отличие от психоанализа, в рамках бихевиорального направления внимание было сфокусировано не на причинах и «застарелых» конфликтах, корнящихся в прошлом пациента, а на обусловливании и трансформации поведения в актуальном настоящем, на детерминации реакций стимульной средой. Основная идея этого направления в отношении страхов состоит в том, что страхи формируются путем систематического научения.

Фундаментальным преимуществом данного подхода, в отличие от психоаналитического, является возможность генерирования исследовательских проектов по данной проблеме, экспериментальная традиция верификации терапевтических стратегий.

Кроме того, бихевиоральное направление формируется как психотерапевтическое, базирующееся на методологических основаниях своей теории и исследовательских работах, широко зарекомендовавших свою эффективность.

Бихевиористская теория в отношении формирования фобий базируется на том, что «люди с фобиями формируют свой страх перед определенными объектами, ситуациями или событиями путем классического обусловливания. Однажды испытав страх, люди избегают пугающих объектов или ситуаций, теряя возможность обрести контроль над своим страхом» [7, с. 145].

В 1913 г. первая программа бихевиоризма была сформулирована американским психологом Дж. Уотсоном, внесшим большой вклад в изучение механизмов возникновения страхов. Бихевиоральное направление, первоначально замкнутое на жесткой схеме стимул-реактивного поведения, постулировало условно-рефлекторную, или оперантную, схему возникновения страхов.

Бихевиоральное направление, в свою очередь, представлено рядом подходов, фиксирующих внимание на поведении, наблюдаемых и внешне проявленных характеристиках активности. На основе классического психологического эксперимента бихевиористы утверждали, что многообразие психических проявлений способно уместиться в рамках объяснительной модели классической формулы «стимул – реакция» или модифицированной необихевиористами: «стимул – промежуточная переменная – реакция». Естествен-

ным следствием таких идей является принципиально допускаемая возможность контролировать, предсказывать и, что самое главное, трансформировать поведение индивида. Классическое обусловливание как процедура выработки условного рефлекса или реакции на что-либо (стимул) является одним из основных методов трансформации и выработки определенного поведения у индивида [264, 271, 284].

Необходимость видеть в поведении человека определенное реактивное, возможно, устойчивое состояние заставила бихевиористов доказывать посредством теоретических и исследовательских моделей идею конструирования реальности, а также научения определенным типам реагирования на основе разных видов подкрепления. Естественно, что, если возникает «научение» вести себя определенным образом в определенных ситуациях, то возможно и «разучение» [7, 271].

Так, выработка реакций страха и избегания, по мнению бихевиористов, происходит посредством классического обусловливания. Иными словами, в качестве пути приобретения реакции страха на объекты или ситуации, которые в действительности не представляют угрозы и опасности, представители бихевиоризма предположили классическое обусловливание, при котором два одновременно происходящих события становятся прочно связанными друг с другом в уме человека, и затем человек одинаково реагирует на каждое из них.

Таким образом, в рамках бихевиоризма идеи шли из утверждения, что «если одно событие вызывает реакцию страха, то ее может вызывать и другое событие» [7, с. 146].

Экспериментальные исследования показали, что посредством формирования условного рефлекса у людей и животных можно выработать устойчивую реакцию страха. Основатель бихевиоризма Дж. Уотсон и его аспирантка Р. Райнер знамениты экспериментом, демонстрирующим обучение ребенка (маленького Альберта) фиксированной боязни белых крыс. Генерализация страха в данном случае иллюстрируется тем фактом, что ребенок «научился» бояться не только белых крыс, но и всего белого и пушистого, даже волос экспериментатора [31, 32, 76, 284].

Эксперимент состоял в следующем. «Несколько недель Альберту разрешали играть с белой крысой, что доставляло ему радость. Однажды, когда Альберт потянулся к крысе, экспериментатор уда-

рил молотком по стальной пластине, издав очень громкий звук, испугавший и расстроивший ребенка. Постепенно при появлении крысы ребенок начинал испытывать те негативные эмоции, которые первоначально вызывали громкие звуки» [284, с. 185].

Естественно предположить, опуская этическую сторону подобного эксперимента, как рассуждали представители данного направления: если реакция страха выработана по модели классического обусловливания, то можно и «разобусловить» эту реакцию.

Как отмечают исследователи Д. Шульц и С. Шульц, «несмотря на то, что Альберта успешно приучили бояться белых крыс, кроликов и Санта Клауса, Дж. Уотсону не удавалось отучить его от этих страхов, потому что Альберта уже нельзя было использовать в качестве подопытного материала...» [284, с. 296].

Впоследствии сообщение об этом эксперименте Дж. Уотсона вызвало интерес у М.К. Джонс, и она решила предпринять исследование, «которое стало еще одним классическим примером в психологии» [284]. В данном случае у испытуемого уже был страх перед кроликами, который не был выработан в лаборатории, а сформировался индивидуально. М.К. Джонс построила эксперимент так: «когда Питер принимал пищу, в помещение вносили кролика, но держали его на расстоянии, достаточном для того, чтобы не вызвать реакцию страха.

После нескольких попыток кролика начали подносить все ближе и ближе – причем всякий раз это делалось тогда, когда ребенок ел» [284, с. 296–297]. В результате ребенок привык к кролику и перестал его бояться. Подобная процедура была применена и для преодоления других страхов. Это исследование считается психотерапевтическим началом в рамках бихевиорального подхода (принципы «научения для корректировки неадекватного поведения» [284, с. 297]). Авторы отмечают, что М.К. Джонс провела эти эксперименты «почти за пятьдесят лет до того, как эта методика приобрела широкую популярность» » [284, с. 297].

Ряд экспериментальных данных ставит под сомнение данные утверждения о возможности выработки страха по отношению к любому объекту посредством манипуляции с установлением ассоциативной связи объекта с другим объектом (звуком в эксперименте Дж. Уотсона). Так, например, повторяя эксперименты по формированию страха, ученым не всегда удавалось выработать эту реакцию. Более того, клинические случаи людей, страдающих фобиями,

далеко не всегда демонстрируют в анамнезе примеры выработки условного рефлекса или моделирования.

В теории оперантного научения Б.Ф. Скиннера психология человека определяется через набор форм поведения, которые могут быть редуцированы до отдельных реакций – всех, которые приобретены посредством научения; поведение формируется исключительно внешними подкреплениями. Б.Ф. Скиннер ориентировался на максимально автоматизированный эксперимент со строгим контролем условий. Такой тип радикального бихевиоризма постулирует, что точный функциональный анализ устанавливает точные и «обусловленные взаимоотношения между открытым поведением человека (реакцией) и условиями окружающей среды (стимулами)» [271, с. 338].

Б.Ф. Скиннер утверждал, что любое поведение человека детерминировано и предсказуемо, его можно контролировать. Он признавал два типа поведения: респондентное (ответ на знакомый стимул) и оперантное (определяемое и контролируемое результатом, следующим за ним) [76, 271].

Пытаясь доказать принципиальную механистичность поведения человека, автор, оставаясь в душе гуманистом, изобретал различные механизмы, способные облегчить и улучшить жизнь социума («воздушная колыбель», «обучающие машины», «Уолден Два» – общество бихевиористов – роман Скиннера). «Уолден Два» – это бихевиоральная программа, выраженная в литературном произведении автора. Программа касается контроля за поведением. В романе описана сельская община – около тысячи человек, где каждый элемент поведения контролируется положительным подкреплением.

Программа Б.Ф. Скиннера существовала только виртуально, «зато контроль или модификация поведения людей или малых групп являлись широко распространенными практически» [284, с. 334]. Как отмечал Б.Ф. Скиннер, «модификация поведения посредством положительного подкрепления является одной из самых популярных методик в психиатрических клиниках, на фабриках, в школах, исправительных заведениях, где оно используется для того, чтобы изменить ненормальное или нежелательное поведение, сделать его более приемлемым и желательным» [284, с. 334]. Так, бихевиоральные техники становились все более популярными в

клинике коррекции психопатологического поведения и формирования адекватных навыков взаимодействия с социальной средой.

В результате становятся очевидными и некоторые интерпретационные ограничения данного подхода, связанные с недостатком экспериментального метода (искусственность условий, изоляция фактора от других переменных и пр.) [34, 92, 93, 133, 217, 264]. Так, бихевиоризм критикуется, в частности, за искусственность условий формирования того или иного поведения (что является следствием обращения в исследованиях к классической форме эксперимента), которые представители бихевиорального направления, как правило, смело переносят на реальный жизненный опыт людей.

Возникает ряд психотерапевтических техник, направленных на трансформацию поведения, в том числе фобического, приводящего человека к дезадаптации в разных сферах жизни. Именно данные техники интервенции оказались продуктивными в отношении страхов, фобий, навязчивых состояний. Выработка навыков коммуникации и различных типов реагирования на стимулы помогает страдающим фобиями разрешать свои психологические проблемы и эффективно адаптироваться.

Дж. Вольпе предложил использовать поведенческую психотерапевтическую технику для лечения страхов, названную «систематической десенсибилизацией». Основная идея поведенческой когнитивной терапии заключается в том, что научившийся неподходящему поведению (фобия) человек должен разучиться вести себя так, должно измениться представление об объекте страха. Он заметил, что страх у животных может быть снижен простой процедурой обусловливания, и предположил, что состояние глубокой физической релаксации и страх – несовместимые состояния [25, 284]. Видя в качестве причины фобии научение в опыте (посредством классического обусловливания), при котором некий объект (или ситуация) связывается с сильным страхом, автор решил, что для излечения фобии следует испытывать реакцию, которая тормозит страх или тревогу (релаксация) в условиях пугающей ситуации [264].

Недостатком бихевиоризма становится игнорирование, признание принципиальной непознаваемости собственно психологических детерминант активности, опосредующих реагирование на стимулы окружающей среды.

Основоположник необихевиоризма Э.Ч. Толмен (и предшественник когнитивной психологии) ввел для объяснения поведения набор ненаблюдаемых факторов (промежуточные переменные) – это внутренние ментальные процессы, которые детерминировали поведение наряду со стимулами, опосредуя их действие [271]. По мнению Э.Ч. Толмена, действующий организм имеет некую цель, т.е. некое психическое (ментальное) образование [271]. Поскольку поведение целенаправленно, схема «стимул – реакция» не объясняет его возникновения. Воссоздание «когнитивной карты» раскрывает ориентиры человека, средства адаптации, в том числе эмоционально насыщенные жизненные ситуации, которые человек избегает либо к которым стремится.

Таким образом, как утверждают авторы данной теории: «Фобии могут быть вызваны путем классического обусловливания или моделирования, но исследователями не было установлено, что это расстройство обычно возникает по этим причинам» [7, с. 146], а также путем формирования устойчивых и неадекватных когнитивных карт (Э.Т. Толмен). Однако согласно когнитивному подходу причина возникновения любого устойчивого эмоционального отношения (в частности, страха) к объектам (ситуациям и др.) действительности кроется в т.н. «перцептивной и мотивационной селективности», в специфическом конструировании мира на основе опыта и сформированных на его основе «когнитивных схем», «ментальных карт», «когнитивных гипотез». Изначально когнитивисты были сосредоточены в первую очередь на познавательных процессах. Лишь к 1970–80-м гг. их интерес сместился к исследованию детерминант поведенческой активности индивида и особенностям конструирования реальности с помощью перцептивной и мотивационной селективности. Авторы данного подхода утверждали, что, с одной стороны, процессы познания формируют этот опыт, в дальнейшем – определяют систему кодирования реальности. Так, У. Найссер призывал исследовать познание человека в реальных условиях его жизнедеятельности [188]. Он рассматривает человека как активную систему, познание определяется им как непрерывный процесс проверки когнитивных гипотез. Автор вводит понятие когнитивной схемы, являющейся обобщенной и амодальной когнитивной структурой.

Когнитивный цикл, по У. Найссеру, «включает процессы антиципации поступающей извне информации, ее вычленения из пото-

ка, организации с помощью когнитивной (направляющей) схемы и двигательной поисковой активности, которая способствует получению новой информации» [188, с. 15–16]. Страхи в этом ключе трактуются как результат неверных и ригидных «когнитивных гипотез» и «схем», детерминирующих возникновение однообразного негативного антиципированного образа последствий ситуации взаимодействия с пугающим объектом.

Так, Дж. Биик и его коллеги уделяют значительное внимание в поддержании и формировании СФ именно когнитивным переменным. Люди с СФ склонны ждать от других людей отвержения или негативной оценки, «что ведет к ощущению собственной уязвимости в обществе, несущему в себе потенциальную угрозу» [80, с. 298]. По мнению автора, таким индивидам свойственны когнитивные «схемы опасности», в рамках которых значительные усилия и время затрачиваются на оценку возможных негативных последствий, исходящих от других.

Ряд авторов отмечают, что в «схемы опасности» включены и ожидания от себя «нелепого и неприемлемого поведения, которое будет иметь катастрофические последствия в плане отвержения, утраты статуса и потери достоинства» [80, с. 298]. Соответственно, такие экспектации страдающих СФ приводят к гиперсенситивности и повышенному вниманию в отношении своих телесных проявлений, возникающих в социальных ситуациях, и преувеличению способности окружающих различать эти неловкие жесты.

Поглощенность своими реакциями и поведением может приводить в действительности к неловкому поведению, которое будет замечено. Это формирует порочный круг: ожидания больных СФ подтверждаются за счет навязчивой гиперцентрации на своем поведении [80, 256]. Во многих клинико-психологических исследованиях данная концепция получила эмпирическое подтверждение [76, 80, 221].

Отмеченная выше теория классического обусловливания объясняет в рамках когнитивно-бихевиорального направления специфику цементирования реакции страха на ряд социальных ситуаций и соответствующее избегающее поведение.

Кроме обозначенных исследовательских акцентов в рамках когнитивного направления, необходимо отметить влиятельную концепцию «каузальной атрибуции», проливающую свет на причину неудачи радикального диспозиционистского направления объяс-

нить смысл поведения человека, заключающуюся в ошибочном стремлении раскрыть смысл активности исходя исключительно из устойчивых черт личности.

Теория «каузальной атрибуции» позволила экспериментально окончательно преодолеть принцип отражения в эмпирической психологии, акцентируя внимание на приписываемом субъектом смысле ситуации. Данная концепция, подчеркивающая большую роль ситуационных детерминант поведения, породила массу экспериментальных исследований и значительно повлияла на современную психологию (Г. Келли [81], Р. Нисбетт [188], Л. Росс [188], Ф. Хайдер [271]).

Б. Вайнер, предложивший теорию «каузальной атрибуции», подчеркивал, что человек с необходимостью приписывает ситуациям (или любому объекту) определенный смысл, исходя из своих мотивационно-потребностных детерминант и индивидуального опыта. Каузальные атрибуции оказывают влияние на ожидание будущих успехов / неуспехов, настойчивость и уровень усилий, эмоциональный тип реагирования.

Характер эмоциональных переживаний и соответствующее поведение определяются вызвавшими их атрибуциями. В данном случае эти теории представляются весьма продуктивными, поскольку наглядно демонстрируют специфическую готовность индивида к определенному восприятию ситуаций и соответствующим поступкам. Последнее позволяет воссоздавать индивидуальный образ этих ситуаций, вызывающих страх и тревогу, а также проводить психотерапевтическую работу с образом жизненного обстоятельства [7, 8, 9, 284].

То, как люди объясняют свои прошлые успехи и неудачи, оказывает существенное влияние на их будущее мотивационное состояние. Так образуется система, обладающая в норме значительной гибкостью в отношении к получению нового опыта и формированию новых поведенческих и эмоциональных схем (алгоритмов) реагирования. Б. Вайнер тщательно анализирует механизмы влияния «атрибуционных процессов на мотивацию и эмоции» [76, с. 468].

В начале своей работы автор развил и переформулировал положения теории Дж. Аткинсона об «ожидании – значимости». В качестве побудительных сил он рассматривал не эмоционально значимые мотивы, а субъективные суждения о причинах тех или иных

действий. Результаты побуждают к поиску причин. Суждения о причинах событий обуславливают эмоциональные и мотивационные реакции.

Достижения человека можно объяснять разными способами. Б. Вайнер систематизировал эти факторы, создав схему, позволяющую классифицировать различные суждения о причинах: «Воспринимаемые причины событий характеризуются с помощью ряда параметров, включая локус контроля, подконтрольность (способен ли совершивший действие изменить причину?), а также глобальность и стабильность (сохраняется ли причина от ситуации к ситуации, от одного момента к другому?)» [76, с. 468]. Изменения по указанным параметрам атрибуции позволяют предсказывать социальное поведение.

Атрибуционные тенденции могут закрепиться и стать устойчивыми личностными переменными, как мы и наблюдаем при СФ: «...формируются типичные «атрибуционные стили», многие из которых повышают риск психического дистресса... согласно модели депрессии как переживания безнадежности, атрибуционный стиль, подразумевающий стабильные, глобальные атрибуции негативных жизненных событий, предрасполагают к определенному подтипу депрессии» [76, с. 468]. Часто в терапии в рамках этого направления происходит осознание и трансформация атрибуционного стиля (например, приписывание ситуациям оценки определенных последствий).

Введенное Дж. Роттером понятие локуса контроля характеризует стабильные, генерализованные ожидания в отношении причин происходящих событий. Однако достаточно удобные в качестве объяснительных конструкторов характеристики «атрибуционного стиля», «локуса контроля» имеют те же недостатки, что и другие глобальные, деконтекстуализированные личностные переменные: «...наделять человека определенным атрибуционным стилем целесообразно лишь в той мере, в какой атрибуционные тенденции имеют кросситуативную стабильность» [76, с. 468–469].

Атрибуционные тенденции целесообразнее анализировать, исследуя когнитивные структуры, лежащие в основе суждений о причинности, и специфические способы установления человеком каузальных соотношений с людьми, событиями, социальными ситуациями и другими жизненными обстоятельствами, а не с позиции глобальных стилей.

Теория атрибуции, таким образом, проливает свет на переживания человека в отношении достижений или неудач, а также на его переживания в межличностных ситуациях. Б. Вайнер сам признает, что данная теория «...не в состоянии служить исчерпывающей моделью мотивации и саморегуляции... один из недостатков теории атрибуции заключается в акценте на ретроспективных суждениях в противовес целям человека и его мыслям о будущем» [76, с. 469].

Ряд представителей когнитивно-бихевиорального направления убедились, что фактор контроля и субъективного ощущения власти или беспомощности перед жизненной проблемой – ключевой механизм порождения страха и неуверенности в себе, негативной оценки перспективы, а также широкого класса психических расстройств [7, 8, 264, 284].

Дж. Роттер был первым, кто, разрабатывая когнитивное направление в бихевиоризме и включая в схему анализа индивида в социальном взаимодействии субъективные переживания, ввел термин социального научения. Исследования показали, что «некоторые люди верят, что подкрепление зависит от их поведения... у них внутренний локус контроля... другие верят, что подкрепление определяется только внешними факторами; у этих людей внешний локус контроля» [271, с. 339]. Его подход назван теорией социального научения, поскольку «он занимается изучением поведения на уровне его формирования и модифицирования в социальных ситуациях» [там же].

Эти два источника контроля порождают различное поведение и отношение к жизненным проблемам. Дж. Роттер показал, что более физически и психически здоровыми оказываются люди с внутренним локусом контроля, они обладают хорошими социальными навыками, имеют более высокий уровень самооценки. Люди с внешним локусом контроля ощущают свою беспомощность и невозможность повлиять на ситуацию, они подвержены всевозможным социальным страхам и для них характерно избегающее поведение.

В целом теория социального научения Дж. Роттера – это «попытка объяснить, как научаются поведению путем взаимодействия с другими людьми и элементами окружения» [271, с. 410]. Дж. Роттер писал: «*Эта теория социального научения, потому что она подчеркивает тот факт, что главным... типам поведения можно научиться в социальных ситуациях, и эти типы поведения сложным образом соединены с нуждами, требующими удовлетво-*

рения в посредничестве с другими людьми» [271, с. 410]. В этой теории подчеркивается «значение мотивационных и когнитивных факторов для объяснения поведения в контексте социальных ситуаций» [271, с. 410].

Автор выделяет основные переменные: потенциал поведения (вероятность данного поведения в связи с какой-то ситуацией и каким-то подкреплением), ожидание – соотносится с познавательными процессами («...субъективная вероятность того, что данное подкрепление будет иметь место в результате определенного типа поведения»), ценность подкрепления – соотносится с мотивацией («...степень, с которой мы при равной вероятности получения предпочитаем одно подкрепление другому» [271, с. 412]) и психологическая ситуация (социальные ситуации таковы, как они представлены наблюдателю) [74, 76, 77, 78, 271].

Эти переменные объединяются в формулу предсказания поведения: «...потенциал данного поведения в специфической ситуации является функцией ожидания того, что подкрепление последует за этим поведением, плюс ценность ожидаемого подкрепления» [271, с. 423]. Для прогнозирования поведения в каждодневных ситуациях – следующая, более обобщенная формула: «потенциал потребности есть функция от свободы деятельности и ценности потребности» [271, с. 423].

Социально-когнитивное направление, представленное работами Дж. Роттера [76, 271], А. Бандуры [271], У. Мишела [133, 162, 188] и др., показывает, что необоснованно и умозрительно утверждать в качестве детерминант поведения влечения, побуждения, потребности. Так, А. Бандура отдает приоритет сознательному мышлению над бессознательными детерминантами поведения, выделяя в качестве базовых именно когнитивные переменные. Люди «приходят к рациональным решениям, основываясь на предположениях о том, как их действия будут влиять на обстоятельства» [271, с. 394]. «Через процессы саморегулирования и познания воздействие окружения значительно опосредуется, так как существует постоянное взаимодействие между факторами поведенческими, когнитивными и окружения» [271, с. 394]. Согласно А. Бандуре, «люди не управляются интрапсихическими силами и не реагируют на окружение. Причины функционирования человека нужно понимать в терминах непрерывного взаимодействия поведения, познавательной сферы и окружения» [271, с. 377]. Подход к анализу поведения с позиций

социально-когнитивного направления обозначается как взаимный детерминизм (факторы предрасположенности и факторы ситуации являются взаимосвязанными причинами поведенческой активности человека), т.е. «внутренние» детерминанты (вера, ожидание) и «внешние» (поощрение, наказание) [76, 271].

Социально-когнитивная теория А. Бандуры и У. Мишела имеет определенный «взгляд на человека». А. Бандура отмечает, что общие взгляды на человеческую природу влияют на то, какие аспекты психологического функционирования изучаются наиболее глубоко и тщательно, а какие остаются неисследованными. Подобным же образом теоретические концепции определяют исследовательские схемы, с помощью которых собираются факты, а те, в свою очередь, влияют на формирование теории. Иначе говоря, между взглядами на природу человека, программой исследования и теорией личности существуют взаимообратные, или реципрокные, связи [76, 271].

Кроме того, теория А. Бандуры характеризуется возобновлением интереса к когнитивным переменным в поведении. Он подвергал критике эксперименты Б.Ф. Скиннера, который использовал «только отдельные виды подопытных животных, в основном крыс и голубей, а не людей, взаимодействующих друг с другом» [271, с. 339]. Автор справедливо утверждал, что никаких новых результатов в психологии не может быть получено, «если будет игнорироваться изучение социального взаимодействия, столь характерно для современного мира» [271, с. 339].

Для исследования страхов, неуверенности в себе в социальных ситуациях А. Бандура сделал достаточно много. Он провел кропотливые исследования феномена, который он назвал «эффективность личности» – «чувство самоуважения, самооценки и компетентности личности при решении жизненных проблем» [271, с. 339], а также собственного достоинства при решении социальных проблем. Как отметил исследователь, люди с низкой эффективностью личности, сталкиваясь с жизненными препятствиями и сложными ситуациями, чувствуют свою беспомощность и отсутствие возможности повлиять на ситуацию.

В рамках социально-когнитивного направления были поставлены эксперименты, подтверждающие факт возможности формирования (моделирования) страхов. Приобретение реакции страха может происходить посредством процедуры когнитивного моделирования, другими словами, – путем наблюдения и подражания. Как

отмечает А. Бандура, человек посредством наблюдения за тем, как другие люди чего-то боятся (каких-то предметов или событий) может сам приобрести подобный страх. Часто страхи родителей передаются их детям [7, 8].

Приобретенные специфические страхи могут перерасти в генерализованное тревожное расстройство, при котором широкий класс объектов, схожих по неочевидным признакам, одновременно вызывают реакцию страха и избегания.

Исследования, касавшиеся выработки страхов посредством моделирования, также показали состоятельность данного предположения. А. Бандура и Т. Розенталь провели исследование, в котором людям показывали, как человека подвергали ударам электрического тока каждый раз, когда звучала сирена. Однако особенность эксперимента в том, что жертвой был помощник экспериментатора, он просто изображал боль по сигналу sireны. На самом деле электрический ток не подавался. После такого наблюдения зрители начали автоматически испытывать страх при звуке sireны [76, 284].

А. Бандура отмечал, что люди с низкой личностной эффективностью, сталкиваясь с неуспешной попыткой преодолеть препятствие, отказываются от дальнейших попыток, будучи уверенными, что от них ничего не зависит. Автор заинтересовался очень важным для данного исследования вопросом: «каким образом можно модифицировать те виды поведения, которое общество рассматривает как нежелательные и ненормальные» [264, с. 340].

А. Бандура провел исследования, подтвердившие его гипотезу о том, что научение возможно через наблюдение и моделирование поведения. Он сосредоточился на внешних проявлениях ненормальности – симптомах, считая, что симптоматическое лечение – лечение самого расстройства. При модификации фобического или тревожного поведения А. Бандура использовал моделирование: «испытуемые должны наблюдать за моделью в таких ситуациях, которые кажутся им пугающими или провоцируют у них чувство тревоги» [271, с. 340]. Так, дети, которые боялись собак (или змей – в другом эксперименте), наблюдали, постепенно приближаясь, как ребенок такого же возраста подходит к собаке и начинает с ней играть. Вследствие такого наблюдения страх, вызываемый собакой, будет значительно ослаблен.

Когнитивно-бихевиоральное направление оказалось достаточно продуктивным для построения эмпирически верифицируемых исследований СФ, а также эффективного психотерапевтического лечения.

Известная концепция «выученной беспомощности», «выученного фобического поведения» М. Селигмана показывает, что люди ценят сильное чувство внутреннего контроля и пытаются избежать ситуаций, которые они не могут контролировать. При этом диапазон возможных реакций достаточно широк: от сильной злости до отказа от действий, апатии и безнадежности. Основным способом реагирования является попытка восстановления контроля. Если же установка на «беспомощность» и безвыходность сформирована, то возможен только тип поведения – избегание и нарастающий негативный эмоциональный фон [264, 284, 301].

Автор провел серию экспериментов на собаках, подтвердивших его предположение. В эксперименте собаки, у которых была возможность контролировать подачу тока, быстро научались избегать неприятных стимулов и впоследствии воспроизводили это умение. Собаки, которые в первой серии опытов не имели возможности контролировать болезненные стимулы (ток подавался и отключался вне зависимости от их действий), в последующих сериях не использовали возможности предотвращения этих стимулов, хотя такая возможность была им предоставлена, т.е. они научались вести себя беспомощно. Даже в изменившихся условиях собака «не верила» в то, что усилия могут привести к позитивному результату.

Д. Хирото, американский психолог, в 1971 г. попытался проверить, работает ли механизм, обнаруженный М. Селигманом, на людях (Hiroto, 1974). Он придумал схему эксперимента: предложил трем группам испытуемых обнаружить комбинацию кнопок, нажатие которых будет отключать громкий раздражающий звук.

В первой группе такая возможность была – искомая комбинация существовала. Во второй – кнопки были просто отключены. Какие бы комбинации они не нажимали, неприятный звук не прекращался. Третья группа не участвовала в первой части эксперимента.

Затем испытуемых направляли в другую комнату, где стоял специально оборудованный ящик. Испытуемые должны были положить в него руку, и когда рука прикасалась ко дну ящика, раздавался противный звук. Если испытуемые касались противоположной стенки, звук прекращался.

Эксперименты Д. Хирото доказали две важные вещи. Было установлено, что люди, имевшие возможность отключать неприятный звук, выключали его и во второй серии экспериментов. Они не соглашались с ним мириться и быстро обнаруживали способ прекратить неприятные ощущения. Так же поступали люди из группы, не участвовавшие в первой серии. Те же, кто в первой серии испытал беспомощность, переносили эту приобретенную беспомощность в новую ситуацию. Они даже не пытались выключить звук – просто сидели и ждали, когда все кончится.

Эксперимент по влиянию субъективного ощущения контроля на здоровье, состояние человека был проведен в начале 1970-х гг. Э. Ланджер и Д. Роден в престижном американском доме престарелых. Ими были созданы два типа экспериментальных условий, в одном из которых пожилые люди имели возможность контролировать расписание и особенности своей жизни (режим просмотра телевизора, какие цветы и куда поставить в комнате и др.), а во втором – не имели такой возможности, за них все решал персонал.

Через три недели полученные результаты были проанализированы в отношении эмоционального состояния пожилых людей; они показали, что группа, имевшая возможность нести ответственность, контролировать свою жизнь, оказалась значительно более бодрой, активной и счастливой как по сравнению со своим предыдущим состоянием, так и по сравнению с группой, которая не имела возможностей контроля. Более того, что жизнь пожилых людей оказывается продолжительнее, если они контролируют события своей жизни (соответственно, у них сохраняются интерес и воля к продолжению жизни) [204].

Таким образом, беспомощность вызывают не сами по себе неприятные события, а опыт неконтролируемости этих событий. Живое существо становится беспомощным, если оно привыкает к тому, что от его активных действий ничего не зависит, а неприятности происходят сами по себе и на их возникновение влиять никак нельзя. Самые первые эксперименты М. Селигмана получили широкую известность, были опубликованы солидными психологическими журналами.

Два важных факта состояли в том, что у людей существует уже установленный на животных механизм возникновения беспомощности и что беспомощность легко переносится на другие ситуации.

В рамках данной теории СФ представляет собой реакцию в виде состояния дискомфорта или даже патологической тревоги в отношении к тем ситуациям, в которых контроль над процессом и последствиями либо невозможен, либо частичен. На этапе анализа данных обозначенный феномен будет детально описан и эмпирически подтвержден.

Важную роль, таким образом, в процессе формирования СФ может играть участие индивида в неконтролируемом стрессовом событии: «перцепции неконтролируемости часто ведут к подчиненному и неуверенному поведению, характерному для социально тревожных или фобических лиц» [80, с. 298]. Людям с социальными фобиями свойственна гипотония ощущения контроля над событиями, они считают, что контроль над событиями «осуществляется прежде всего "могущественными другими"» [там же].

Кроме того, концепция социальных страхов как выученного поведения показывает, что социофобии «берут начало в простых случаях прямого или заместительного классического обусловливания, например при переживании или лицемерии воспринятого социального фиаско или унижения при виде кого-либо, ставшего мишенью для гнева и критики» [80, с. 296].

Исследования показывают, что 58 % людей с СФ вспоминают переживания прямого травматического обусловливания, легшего в основу их СФ. Другое исследование показало, что эти данные справедливы для 56 % страдающих специфической фобией (страх отдельных специфических социальных ситуаций и их избегание или переживание дистресса при участии в них) и для 44 % – с генерализованной СФ (страх большинства социальных ситуаций и их избегание). Авторы отмечают, что лица с генерализованной СФ чаще всего росли с родителями, которые были социально изолированы и обесценивали общительность, формируя почву для заместительного научения социальным страхам [80, 87, 315].

Для бихевиоральной, когнитивно-бихевиоральной психотерапии характерно постулирование «неправильного», дезадаптивного поведения у индивида, выработанного в результате классического обусловливания и приводящего к дезадаптации. Э.Ч. Толмен писал о «когнитивных картах», У. Найссер – о «когнитивных схемах» как замещающих реальность сконструированных образах реальности, т.е. постепенно оформлялась идея о принципиальном конструиро-

вании реальности (основанном на потребностно-мотивационной сфере индивида).

В рамках указанного направления разработана измерительная шкала М. Либовица оценки интенсивности СФ (М. Либовиц). Тестирование предполагает оценку степени выраженности, с одной стороны, страха по отношению к заданному ряду социальных ситуаций, с другой – степени избегания или желания избежать данные ситуации (например, «знакомиться с девушкой с целью романтических отношений», «пить в незнакомом месте», «посещать общественный туалет», «делать что-либо под наблюдением» и т.д.).

Тот, кто страдает СФ, нервничает и испытывает сильные приступы тревоги в присутствии других людей. Он боится того, что о нем могут подумать другие люди, старается произвести хорошее впечатление, но сомневается в успешности своего желания. В связи с этим такой человек старается быть неприметным, избегает ситуаций, в которых, как ему кажется, другие могут его отвергнуть. Иногда страх перед обществом проявляется в виде таких феноменов, как дрожание рук, покраснение, тошнота или чрезмерная скованность.

Как отмечает Дж. Биик, «в ряде случаев страх проявляется в таких ситуациях, как общение с незнакомыми людьми, публичное выступление, телефонный разговор... наиболее часто встречается страх быть отвергнутым другими людьми в различных социальных ситуациях... человек тогда боится всех видов критики о своем внешнем виде, поведении или характере» [8].

Не каждый человек с СФ боится того же, чего боятся другие, страдающие этой проблемой. Один может волноваться из-за того, что, как ему кажется, окружающие находят его уродливым, тогда как другой считает себя в глазах окружающих «нервным, неуклюжим, недалеким и застенчивым» [8]. Но в любом случае (универсальный симптом) это предполагаемое негативное мнение о себе со стороны окружающих, ожидание того, что другие заметят нечто нехорошее в поведении или внешнем виде больного СФ.

Дж. Биик отмечает, что «некоторые люди с социальной фобией боятся преимущественно последствий, которые им могут принести социальные контакты... другие меньше волнуются из-за последствий этих контактов: для них важнее соответствие собственным значимости с мнением окружающих о них» [8].

Психологически поведение таких людей выражено избеганием обстоятельств, вызывающих тревогу. Например, больной СФ вынужден остаться дома и отказаться от посещения вечеринки, несмотря на то, что всей душой желает туда пойти. Налицо мотивационный конфликт. Также проявлением СФ может оказаться невозможность общения с обслуживающим персоналом в магазинах. На работе такие люди держатся в стороне от окружающих, на собраниях стараются не выступать, не обращать на себя внимание и никогда не задают вопросов, стараясь свести к минимуму риск общения.

Таким образом, как утверждается в данной работе, избегание ситуации вызвано, во-первых, реальной значимостью ситуации для удовлетворения актуальной потребности, во-вторых, убежденностью в невозможности ее удовлетворения в этих условиях вследствие субъективной убежденности в своей недостаточной привлекательности. Именно фрустрация потребности вследствие семантического дефекта в отношении образа себя и ситуации высвечивает значимые потребности человека. Потому как потребности у людей, принадлежащих к разным ментальностям (по возрасту, полу, этносу и т.д.), являются разными, страх социальных ситуаций не имеет универсальной содержательной картины переживаний больного [223–226].

Выделяя повседневные индикаторы социального страха, Дж. Биик замечает следующие детали: «...вы можете неприметно одеваться, не заводить разговоров, избегать взглядов других людей, а на их вопросы отвечать очень кратко и лаконично... безупречной критикой вы стараетесь предупредить критику коллег и вашего начальника... некоторые люди с СФ ведут себя в компаниях чересчур оживленно или заискивающе... они пытаются скрыть свою тревогу и предупредить возможную неприязнь со стороны окружающих, которые часто не догадываются об их переживаниях» [8]. Он утверждает, что причины, лежащие в основе развития СФ, остаются до сих пор загадкой. При этом значение психотравмирующей ситуации считается маловероятным.

Итак, существует множество когнитивно-поведенческих объяснительных моделей возникновения и развития социофобии и социальной тревожности. С позиции целей и вариантов лечения можно сказать, что существенную роль играют две широко применяемые в зарубежной психотерапевтической практике модели: модель само-

представления (J. Schlenker & A. Leary, 1982) и модель когнитивной уязвимости (Дж. Бек, А. Эмери, 1985) [86, 229, 298].

Согласно первой модели причиной СФ является то, что индивид желает (имеет целью) произвести на других особое впечатление, но он совершенно неуверен в своих способностях достичь этого. Концепция Дж. Бека и А. Эмери базируется на модели «когнитивных схем», под которыми понимаются фундаментальные когнитивные структуры, управляющие переработкой информации, полученной в процессе восприятия объектов и ситуаций. Похожие схемы объединяются в модусы переработки. Согласно этой теории лица с тревожными расстройствами действуют в модусе уязвимости; они предполагают, что подвергаются неконтролируемой внешней и внутренней опасности. Это приводит к состоянию перманентного сомнения в своих возможностях. Внимание индивида центрируется на собственных слабостях и переживании прежних неудач.

Социально-тревожные индивиды все время производят ревизию обстоятельств жизни на предмет потенциальной угрозы и ищут возможности преодоления таких ситуаций. Неадекватные смысловые склейки, сформированные в сознании индивида, когнитивные искажения в виде нелогичных и негативных мыслей о социальных ситуациях не позволяют правильно оценить угрозу и собственную успешность [2, 5].

Особый признак СФ и социальной тревожности заключается в том, что страх перед определенными событиями, например перед тем, что он может покраснеть во время беседы или не знать, что сказать, может вызывать страх в смысле самосбывающегося предсказания: «...страх или предвосхищаемый негативный опыт удерживают тревожных людей от социального взаимодействия и тем самым подкрепляют искаженные убеждения модуса уязвимости» [86, 229].

Данные модели, разработанные для тревожных расстройств, выступают способом анализа условий развития расстройства и его психотерапии, поскольку указывают на важные аспекты, которые необходимо учитывать при каждом конкретном расстройстве. При анализе условий возникновения пытаются идентифицировать те переменные, которые поведенчески и/или когнитивно обуславливают и поддерживают расстройство. Анализ условий возникновения представляет собой важное связующее звено между знаниями о

расстройстве, с одной стороны, и планированием и проведением интервенции – с другой.

Эволюционная психология в рамках концепции развития фобий (Д. Люмсен и М. Уилсон) во многом согласуется с выдвинутой М. Селигманом концепцией выученной беспомощности. Авторы отмечают, что высокая готовность человека к научению наиболее отчетливо проявляется не в техногенных, а в природных ситуациях (замкнутые пространства, высота, гроза, текущая вода, змеи и пауки), присутствовавших в древней среде обитания человека. Эти фобии быстро разворачиваются и угасают с большим трудом. Куда более страшные опасности технологически развитых обществ оказывают меньшее воздействие. Разумно сделать заключение, что фобии являются крайними случаями иррациональных реакций страха, толкающими людей на экстренные меры для обеспечения выживания... Лучше отползти от утеса с головокружением от страха, чем пройти по его краю» [256, с. 403].

Предметом обсуждения эволюционных психологов является ксенофобия – боязнь незнакомых людей, которая берет свое начало в примитивных установках разделять всех людей на членов своей группы и на не принадлежащих к ней. Члены группы придерживаются одних убеждений и правил, воспринимаясь как «свои», остальные воспринимаются как потенциальные враги – «чужие». Социальные страхи и фобии по определению подразумевают боязнь представителей собственного вида, в отличие от страха животных, хищников [18, 19].

Д. Эман с коллегами высказали предположение, что социальные страхи и фобии «развились по контрасту в качестве побочного продукта иерархий господства, которые являются обычными социальными структурами у животных наподобие приматов» [80, с. 297].

Побежденный член группы, в которой в ходе агрессивных стычек устанавливаются отношения господства – подчинения, демонстрирует страх и подчиненность, в редких случаях пытаясь полностью избежать таких ситуаций. Поэтому, как предполагают представители данной теории, рассматривающие СФ в эволюционном контексте, лица с СФ предпочитают терпеть социальную ситуацию чаще, чем пытаются ее полностью избежать. Кроме того, не случайно СФ чаще всего дебютируют в подростковом и детском возрасте, который также отмечен наиболее яркими конфликтами по поводу господства.

Надо отметить, что согласно концепции, подчеркивающей фундаментальную роль генетических и связанных с темпераментом факторов в формировании и поддержании социальных страхов, полномасштабная СФ развивается не у всех людей, испытывающих или наблюдающих социальное унижение. Близнецовое исследование Кендлер [80, с. 298] определило долю генетических факторов в формировании социальных страхов (около 30 %): «...подобные результаты совпадают с данными двух семейных исследований, в которых было показано, что для ближайших прямых родственников лиц, страдающих СФ, вероятность приобретения такого диагноза (но не диагноза специфической фобии) была в 2–3 раза выше, чем для родственников нормальных индивидов из контрольной группы» [80, с. 298]. Каган отмечает, что лица, для темперамента которых свойственна поведенческая заторможенность и легко развивающийся дистресс, входят в группу риска по развитию боязливости в детстве и социальной фобии в подростковом возрасте [80, 256].

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.

1.3. Алгоритмы эмоционально-когнитивного реагирования на социальные ситуации: установка в действии как фактор образа ситуации

...Невысказанное спит в речи...

Двойная избыточность, открывая возможности комментария, обрезает нас на бесконечную, ничем не ограниченную задачу: всегда есть дремлющие означаемые, которым нужно дать слово...

М. Фуко. Рождение клиники

Методологическая разрозненность во взглядах на социальные страхи связана с тем, что одновременно несколько дискурсивных практик пытаются конструировать и «онтологизировать» этот фе-

номен, приписывать ему статус «психического расстройства», «психологической проблемы», которую необходимо теми или иными способами в рамках этих дискурсов решать. Появление нового нозологического конструкта вдохновило ряд авторов на приписывание ему «диспозиционных» причин и особенностей. Состояние с явлениями социальных страхов связывают и с личностными особенностями, и с генетическим наследованием.

Однако в самом термине «социальные» коренится еще одна, зачастую ускользающая от внимания исследователей, семантика, а именно – ситуационная, культурная, интериоризированная реальность. Впрочем, в эпоху постмодернизма противопоставление антиномий «внешнее» – «внутреннее» не вполне корректно. Принято говорить о целостном системном феномене, сочетании указанных факторов.

Как мы уже говорили, само явление – неловкости в присутствии других, страха общения – описано еще на заре психиатрии, однако в широкий оборот оно вошло совсем недавно. В связи с этим появляется необходимость осмыслять (означивать) данный феномен в рамках уже известных теоретико-концептуальных воззрений.

Эмпирические исследования в рамках ситуационистского подхода (Л. Росс, Р. Нисбет и др.) наглядно показали низкую предсказательную силу и интерпретационную ограниченность радикальных диспозиционных моделей. Иными словами, устойчивые характеристики человека, которые, как предполагали сторонники диспозиционного направления, детерминируют поведение человека в широком классе ситуаций, оказались не столь уж устойчивыми относительно разных обстоятельств жизни. Недооценку роли ситуации Л. Росс в 1977 г. назвал «фундаментальной ошибкой атрибуции», которая представляет собой тенденцию наблюдателей недооценивать роль ситуации и переоценивать диспозиционные влияния на поведение других. Варибельность реагирования человека действительно имела сильную зависимость от особенностей ситуации [188].

Роль ситуации в исследованиях детерминации поведения оказалась весомой, верным было признание вслед за К. Левиным необходимости исследовать именно индивидуальный *образ ситуации*, то, как она представлена самому человеку [104]. Сформированное отношение к тем или иным объектам (или ситуациям жизни) можно назвать *алгоритмом эмоционально-когнитивного реагирова-*

ния (или установкой как готовностью действовать и воспринимать ситуацию определенным образом).

Однако данная установка не распространяется на все объекты (или ситуации, пусть даже данного класса). Какими бы ригидными не были установки в отношении ситуаций жизни, они будут варьироваться в различных условиях. Так, страдающие СФ боятся далеко не всех социальных ситуаций, причем разные больные боятся разных ситуаций, это связано с индивидуальным опытом человека, его актуальными и значимыми мотивационно-потребностными стремлениями.

Так, в любом исследовании необходимо учитывать переменные ситуации и диспозиции, в пространстве которых и формируется установка, разворачивается определенный тип поведенческой активности. В случае исследуемого расстройства (СФ) данная теория представляет особый интерес, так как именно в отношении разного рода ситуаций проявляется и разного рода эмоционально-когнитивное реагирование, общим же является то, что определенный класс социальных коммуникаций вызывает сильную тревогу и страх.

Одним из методологических решений поставленной задачи может быть теория личных конструктов Дж. Келли, во главу угла которой положено понимание индивида как ученого, стремящегося понять, интерпретировать, предвидеть и контролировать мир своих личностных переживаний с целью эффективно взаимодействовать с ним.

По мнению Дж. Келли, представителя когнитивного направления в теориях личности, человек, подобно ученому, строит гипотезы относительно событий своей жизни, которые систематически проверяет. В результате неподтвержденные гипотезы исчезают, а подтвержденные порождают устойчивые конструкты или систему конструктов как описательных биполярных категорий индивидуального опыта. Так, на основе опыта создаются смысловые связи конструктов – устойчивые системы категоризации объектов мира, так называемые установки или смысловые склейки (например, может образоваться устойчивая связь «интеллигентный» – значит «неагрессивный», «умный» – значит «необщительный» и т.д.).

Дж. Келли, отрицая необходимость категории «мотивации» в психологии, утверждал, что причинами поведения являются процессы трансформации в системе конструктов, а также сама жизнь

как она есть [245, 271]. Не требуется никаких специальных теорий для объяснения мотивации человека, «люди мотивированы просто очевидностью того факта, что они живы, и желанием прогнозировать события, которые они переживают» [271, с. 473].

Человек, по мнению автора, судит о своем мире с помощью «понятийных систем, или моделей, которые он создает и затем пытается приспособить к объективной действительности... без таких систем мир будет представлять собой нечто настолько недифференцированное и гомогенное, что человек не сможет осмыслить его» [245, с. 438]. Личностный конструкт – это идея или мысль, которую человек использует, чтобы осознать, или объяснить, или предсказать свой опыт (умный – глупый, интересный – неинтересный, прагматичный – непрагматичный). Дж. Келли пишет о существовании определенного угла зрения, сформированного системой категорий, о недоступности непосредственной реальности: «Человек смотрит на мир через прозрачные трафареты или шаблоны, которые он сам создает...» [81, с. 18].

Поведение (в рамках теории личностных конструктов) определяется тем, как люди прогнозируют будущие события. Люди управляют своими конструктами, ориентированными на будущее и реализующимися в настоящем (в отличие от З. Фрейда, который в качестве основных детерминант активности выделял инстинкты и комплексы, сформированные в прошлом).

В последующей деятельности Дж. Келли создает «Репертуарный тест ролевого конструкта». Значимые ролевые позиции, индивидуально персонологически представленные в опыте человека описываются с помощью его же биполярных конструктов, на основе чего воссоздается решетка интерпретации значимых людей. Решетка позволяет оценить конструктивную матрицу индивида.

Техника репертуарно-матричного тестирования представляет собой реконструкцию индивидуальной системы смысловых единиц [81, 245, 271], что позволяет ответить на вопросы о причине специфичной селективности объектов, предсказывать поведение индивида, исходя из его собственных прогнозов относительно будущего. Безусловно, что такие прогнозы могут быть как позитивными, так и негативными. Что касается больных СФ, их прогнозирование и категоризация социальных ситуаций крайне негативны, а сформированная установка достаточно стабильна.

Для страдающих СФ сформированной формой поведения является избегание ряда социальных ситуаций. Воссоздание «понятийной системы» такого индивида, его «прозрачного трафарета» (Дж. Келли) поможет понять источник реакции фобии на ряд стимулов жизненного мира.

Объясняя, каким образом может формироваться ригидное психопатологическое отношение к ситуации, себе и другим, А.Г. Шмелев и З.С. Болдырева характеризует понятие «семантических сцеплений». По его мнению, имплицитные теории личности (ИТЛ) отражают логику того, что лежит за пределами эмпирического знания, доступного отдельному индивиду [6, 279, 283]. Здесь сказывается элемент коллективных убеждений, верований, архаических представлений о мире (например, активный – значит оптимист, умный – значит неагрессивный и др.).

Авторы пишут: «Возможно, за феноменом сцепления черт в ИТЛ лежат... бессознательные умозаключения и высказывания о человеке в мире, которые эксплицитно удастся обнаружить только в виде статистических корреляций – в приписывании (атрибутировании) одному человеку целого букета (кластера) черт на основании единичных наблюдений за его поступками» [281, с. 45].

В рамках имплицитных теорий цели, которые ставит перед собой человек, отражают глубоко укоренившиеся представления о себе самом и о других людях. Хотя многие из этих представлений очевидны, некоторые подразумевают абстрактные, имплицитные представления о собственном «я» и других людях. В межличностных и социальных ситуациях люди, считающие те или иные атрибуты фиксированными качествами, склонны ставить перед собой задачу классифицировать окружающих людей [76, 162, 214]. Это проявляется в их склонности делать выводы о поведении человека, основываясь на предположениях о его личностных особенностях, придерживаться стереотипных представлений о людях.

В рамках теории личных конструктов Дж. Келли дается исчерпывающее обоснование феномена «склеивания» ряда когнитивно-эмоциональных семантик, например: «Мягкость характера и непривлекательность могут не дифференцироваться в системе истолкования, присущей говорящему, равно как привлекательность и жесткость. Возможно, они вообще никогда не разграничивались, а может быть, недавний опыт связал их, благодаря истолкованию,

так что теперь они функционируют как единый личностный конструкт» [81, с. 154].

Существование феномена смысловой «склеенности» определенных характеристик объекта (ситуации и др.) в индивидуальном сознании (иными словами, мотивационная пристрастность, специфическая категоризация объектов) эмпирически доказано и проиллюстрировано посредством психосемантического подхода и соответствующего метода исследования.

Основатель и классик психосемантики В.Ф. Петренко отмечает приоритетные характеристики психосемантического подхода как метода экспликации устойчивых эмоционально-когнитивных способов реагирования на ситуации, базирующихся на мотивации и индивидуальном опыте: «Психосемантический подход открывает возможность исследования личности через анализ «пристрастности» индивидуального сознания человека, проявляющейся, в частности, во влиянии мотивационной направленности на характер и организацию категориальных структур восприятия и осознания субъектом предметной и социальной действительности, т.е. в широком смысле во влиянии мотивационной системы субъекта на его образ мира» [280, с. 13].

В отечественной клинической психологии особый интерес представляет концепция А.Ш. Тхостова. Исследуя патологию эмоциональной сферы, автор выделил два типа нарушения эмоционально-смысловой «разметки» мира, маркирования объектов действительности.

(1) Либо ослабление и потеря глубины семантизации, при которой характерна «флоттирующая» тоска и тревога, связанные то с одним, то с другим объектом (голотимный аффект – «патологически беспредметный аффект»). Это состояние плохо поддается осознанию и пониманию самим субъектом переживания, обычно воспринимается как нерасчлененное, генерализованное, беспричинное чувство тревоги или отчаяния.

(2) Либо, напротив, сверхсильное внеконтекстуальное эмоциональное маркирование объекта, патологически гипертрофированное значение объекта, обусловленного спецификой потребности (кататимный аффект), плохо поддающееся изменению, несмотря на объективно существующую противоположную имеющимся эмоциям информацию [233–236]. Может хорошо осознаваться субъектом

переживания, что, однако, не в состоянии изменить ни степени эмоционального отношения, ни его качества.

Эти нарушения суть крайние полюса предметности эмоции. При социофобическом типе эмоционального реагирования имеет место закрепощение видения какой-то социальной ситуации в рамках негативных установок и сверхсильное маркирование условий индивидуальным, возможно, травматичным опытом (кататимный аффект).

Флоттирующая тревога характерна в большей степени для начальных этапов психотических психических расстройств. Таким образом, эмоциональное состояние является более адекватным, если его возникновение все-таки предметно, т.е. связано с каким-то потребностно-мотивационным источником. Данный подход, основанный на таком свойстве эмоций, как «предметность», рассматривает патологию эмоциональной сферы при различных заболеваниях в рамках отклонений от адекватного предметного эмоционального переживания.

В случае, когда «объект» эмоционального реагирования отсутствует, целесообразно говорить о глубокой патологии (эндогенные расстройства). Для СФ характерно сверхсильное кодирование объекта (социальной ситуации) эмоционально-негативным реагированием, что подчеркивает существование в качестве ядра переживания фрустрации значимого потребностно-мотивационного стремления [237, 238, 239].

По мнению Г.В. Залевского, автора теории психической ригидности, личностная тревожность (измеряемая посредством опросника Спилбергера – Ханина), неврозоподобные эмоциональные расстройства и ригидность значительно связаны между собой (что подтверждают многократные корреляционные исследования). Это свидетельствует о том, что характер эмоционально-когнитивных оценок социальных ситуаций лицами с высокой социальной тревожностью и СФ отличается высокой степенью психической ригидности [49, 51, 53].

Считать исследуемое заболевание – СФ или социальную тревожность – исключительно «эмоциональным расстройством» было бы неверно. Скорее, это более сложный комплексный феномен, который можно обозначить как «конфликт мотивационно-потребностной задачи и эмоционально-когнитивной оценки ситуации».

Эмоционально-мотивационный конфликт, лежащий в основе расстройства, находится в фокусе многих психопатологических синдромов. При этом в норме они не изолированы от других компонентов, а пребывают с ними во взаимообусловленном отношении: оказывают влияние на другие симптомы и сами испытывают влияние с их стороны. Иными словами, то, что интересует в данной области психиатрию, – это дифференциальная диагностика и связанные с ней проблемы, а также коморбидность психических расстройств.

С клинико-психологической позиции нас интересуют психологические аспекты возникновения и развития СФ. Существуют различные мнения относительно эмоционально-мотивационного комплекса, выраженные в ряде концепций, исходя из которых можно понять патологию последней.

А.Ш. Тхостов, опираясь на культурно-историческую концепцию Л.С. Выготского и семиотический подход Р. Барта, предлагает следующую идею: в процессе социализации, мир для человека становится «расцвеченным» определенными «эмоциональными ярлыками» [238, 239]. Иными словами, человеку «понятно» (хотя это может и не осознаваться), какой объект среды несет ему удовлетворение, а какой – неудовлетворение (в широком спектре эмоциональных нюансов шкалы удовлетворение / неудовлетворение).

Сами по себе объекты не являются универсальными носителями того или иного эмоционального смысла. Этот смысл рождается только в контексте реальных жизненных условий. Автор приводит пример: собака не вообще страшная, а вызывает у человека страх (в конкретной ситуации) [237, 238]. И так, с позиции семиотического подхода в процессе опроизволивания психических функций (повышение степени контроля и осознанности своих эмоциональных реакций) происходит инвертирование означающего и означаемого. Не эмоция начинает означать предмет, а наоборот [11, 95, 107, 114, 237, 238].

Постепенно не эмоциональная окраска становится означающим для предметов – означаемых, но аффективное чувство начинает выступать как означаемое предмета (выступающего отныне как означающее). А.Ш. Тхостов пишет: «...в ходе освоения (овладения) эмоций предмет как новое выступает в качестве означающего для переживания (игрушка радует, собака пугает)... Эти отношения (между предметом и эмоциональным переживанием) допускают

смену ролей (означаемого и означающего) и будут сохранять подвижность в зависимости от освоенности, овладения и произвольности взаимодействия эмоций и их предметов. Таким образом, мир становится эмоционально расцвечен и «размечен», а эмоции – управляемыми» [238, с. 477].

Содержательным средоточием этого механизма является феномен импринтинга, когда субъект наделяется определенной функцией, изменение эмоционального отношения к которому впоследствии невозможно (данный механизм живописно иллюстрируют этологические эксперименты).

Таким образом, СФ или социальная тревожность предполагают наличие устойчивого страха (как алгоритма эмоционально-когнитивного реагирования) перед определенными объектами и соответствующее избегающее поведение, сформированное в результате жизненного опыта и закрепленное в устойчивых «категориальных установках», индикаторами которых в эмпирическом исследовании могут выступать вербальные конструкты, характеризующие образ фобического объекта или ситуации [203, 204, 241, 315].

Необходимо отметить, что страх является причиной избегающего поведения; страх по отношению к какому-либо объекту (например, публике) или к каким-либо ситуациям (например, экзаменам или совершению покупок) ведет к мотивации избегания этих объектов или возникающих ситуаций. Однако избегающее поведение, в свою очередь, оказывает обратное подкрепляющее воздействие на соответствующее чувство страха; так как конфронтация с опасной ситуацией избегается, то вряд ли есть шанс устранить продуцирующие страх ожидания и значимость. Этот порочный круг (патологическая система) можно разорвать с помощью терапии, направленной на приобретение реалистичного опыта взаимоотношений с объектом, вызывающим страх, и на устранение негативных ожиданий и значимости [221, 314].

Здесь возникает фундаментальная проблема критериев «реалистичного опыта», а также научно обоснованных доказательств локализации «негативного ядра» в опыте индивида. Необходимо, чтобы соответствующая психотерапевтическая интервенция осуществлялась не «на ощупь», а опираясь на научные факты.

С помощью проведенного исследования пытаемся ответить на один из самых интересных и сложных вопросов: «Почему этот

страх возникает в отношении данной ситуации, являясь устойчивым и непреодолимым, блокирующим продуктивную деятельность и функционирование индивида? Почему образуется данный порочный круг?» Для ответа на этот вопрос необходимо воссоздать семантическое пространство этих ситуаций, увидеть, какие потребности и мотивы скрыты за избегающим поведением; как сконструирована реальность социальных ситуаций, которые вызывают реакции страха.

Как и эмоциональные расстройства, расстройства мотивации и действий (обычно эти расстройства функционируют сложным комплексом) являются центральными для большинства клинических синдромов, вступая в сложное системное единство, отражая дифференциально-диагностические особенности патологии. Обобщая известные клинические случаи, можно сделать вывод, что при фобиях типичен следующий эмоциональный и мотивационный процесс.

1. Испытывается чувство страха перед определенным объектом (или определенными ситуациями или событиями), поэтому данный объект имеет эмоциональную негативную значимость. Это непосредственно приводит к мотивации избегания объекта или ситуации (это вторичная мотивация по отношению к первичной – стремление к реализации мотивационно-потребностной задачи – участия в ситуации).

2. Если объект точно локализован в пространстве (площади, некоторые виды животных, социальные ситуации и т.п.), то зачастую возникают (реалистичные) ожидания, что вызывающий тревогу объект можно избежать целиком и полностью, только если остаться дома или идти заранее определенной дорогой [27, 28, 59, 60, 61]. Таким образом, мотивация избегания вступает в конфликт с позитивной мотивацией других различных видов, которая может быть реализована только, например, вне дома. В результате появляются мотивационные конфликты (точнее: конфликты желаний совершить действие) между приближением и избеганием. Подобные конфликты типичны также и для фобий, которые направлены на определенные категории событий (например, экзамены при экзаменационной фобии; встречи с другими людьми при социофобии или социальной тревожности). Зачастую таких событий в равной степени боятся и стремятся к ним из-за их желаемых результатов.

3. При сильно выраженной фобии избегание таких конфликтов преобладает. Как следствие появляется приносящее вред самому индивиду поведение избегания, которое ставит под угрозу выполнение повседневных и профессиональных обязанностей, нарушает социальные отношения. Одновременным следствием является недостаток «реалистичного» опыта взаимодействия с соответствующими объектами, вызывающими страх. Это ведет к сохранению тревоги, увеличению ригидности негативных эмоций и лежащих ее основе негативных убеждений [25, 80, 221].

Кроме того, такие личности гиперсенситивны к критике, испытывают чувства вины, боязни, в то же время им хочется любви, они страдают от одиночества и тоски. В ходе многочисленных исследований было выявлено значительное сходство между этими диагнозами. В результате сделан вывод: избегающее личностное расстройство является более тяжелой формой генерализованной социофобии [80, с. 574].

Это согласуется с данными о существовании социофобии без избегающего личностного расстройства и наличии очень немногих случаев избегающего личностного расстройства без генерализованной социофобии. Оба расстройства поддаются лечению одними и теми же психофармакологическими препаратами и сенситивны к одинаковым видам психотерапии, наиболее успешным из которых является когнитивно-бихевиоральный.

Как отмечают зарубежные аналитики, эти факты привели Уидгера (1992) к предположению, что эти два расстройства «могут быть промежуточным состоянием между тревожными и личностными расстройствами... подразумевающими одну и ту же психопатологию» [80, с. 574]. Аналогичное мнение отражено в DSM-IV, где отмечается, что эти расстройства настолько близки, что «могут являть собой альтернативные представления об одних и тех же сходных состояниях» [80, с. 574].

Определенные устойчивые эмоционально-когнитивные алгоритмы реагирования на социальные ситуации можно охарактеризовать в терминах теории установки. Понятие «установка» отражает те самые фрагменты, кристаллизующиеся в процессе опыта или посредством механизма мгновенного запечатления (импринтинг, имеющий место в определенные сенситивные периоды). Естественно, что данное цементирование определенной поведенческой схемы не всегда является оптимальным для адаптации индивида.

Д.Н. Узнадзе, рассматривающий закрепление опыта через понятие «установка». В «установке» цементируется предшествующий вторяющийся опыт, фокусирующийся в понятиях. Автор этой концепции доказал, что любое действие в стабильных условиях суть установка (готовность в определенной ситуации действовать определенным образом). Восприятие основано на установочных схемах, закрепленных в процессе приобретения опыта, онтогенетического развития и используемых для ориентировки в мире [241, 242]. Как утверждает Г.В. Залевский, наряду с позитивными функциями «фиксированных форм поведения», существуют и отрицательные, такие как закрепление в опыте неадекватных и жестких схем поведения и реагирования на ситуации, приводящие к их избеганию [52, 53, 54].

Исследуя установку, Д.Н. Узнадзе провел опыты, на основе которых описал иллюзии объема, силы давления, слуха, освещения, количества. Установка – основа этих иллюзий, общее состояние, и оно наблюдается вне зависимости от связи с какой-либо модальностью [241, 242]. Автор пишет: «Итак, мы находим, что в результате предварительных опытов в испытуемом создается... специфическое состояние, которое не поддается характеристике как какое-нибудь из явлений сознания. Особенностью... является то обстоятельство, что оно предвещает появление определенных фактов сознания или предшествует им... Это... установка субъекта как целого... на воздействие ситуации, в которой ему приходится ставить и разрешать задачи» [241, с. 164].

А.Г. Шмелев отмечает современную тенденцию, в рамках которой вместо термина «черта» в психологии более адекватным становится употребление термина «установка» или «отношение». «Черта личности, переинтерпретированная как ситуационно-зависимая установка (диспозиция), определяется как склонность (готовность) к определенному поведению в определенном классе ситуаций... установка есть некоторый поведенческий стереотип (регулятивный автоматизм), который обеспечивает приспособительный эффект в рамках определенной ситуации при минимуме познавательной активности (ориентировке)» [280, с. 57]. Зафиксированная и выработанная установка «актуализируется при обнаружении индивидом некоего минимального набора "ключевых" категориально-значимых стимульных признаков» [280, с. 57].

А.Г. Шмелев отмечает, что индивидуальные различия черт в этом смысле обнаруживаются в тех непривычных ситуациях, в которых индивиды проявляют «различия в способах приспособительного поведения, т.е. различия в установках» [280, с. 57]. Таким образом, понимание причин поведения суть понимание того, какая именно установка и «какого иерархического уровня будет актуализирована в данной ситуации» [280, с. 62].

Очевидно, человек «видит» мир опосредованно, установка – промежуточный этап, посредник между видением мира, действием в нем и самим миром. В связи с вышеобозначенным становится ясно, что в рамках клинического подхода (с учетом его условия эффективности) теория установки и метод семантического анализа продуктивны. Стиль деятельности, однажды сформированный в опыте и ставший установкой, может определять тревожно-фобические реакции по отношению к определенным ситуациям на протяжении значительного периода жизни [40, 41, 42, 196].

Такая трактовка причин и предсказания поведения соответствует постнеклассическому уровню научного психологического знания. Сборочная когнитивная модель включает ряд алгоритмизированных в процессе опыта реакций, способов адаптации, картин мира. Понимание отсутствия объективного мира вне субъекта показало невозможность его исследования научными методами. Объективность состоит в том, как на данный момент реальность репрезентирована в тех или иных ментальных когнитивных образах.

В.Г. Норакидзе, ссылаясь на Д.Н. Узнадзе, подчеркивает необходимость создания методического инструмента исследования установки: «Важно установить метод, могущий диагностировать такие признаки человеческого характера, которые наиболее общие в индивиде, которые выражают модус отношения индивида к среде, отражают форму поведения... содержание, данное в единстве с этой формой, т.е. показывают характер или личность в измерении индивидуальных особенностей» [145, 170, 274].

По мнению Д.Н. Узнадзе, среда действует не непосредственно на поведение, а в первую очередь на субъекта, изменяя его в соответствии с ситуацией и формируя установку на определенное поведение. Субъект обращается к тому поведению, установка на которое выработалась у него в результате воздействия ситуации. Формула поведения трехчленна: среда – установка – поведение. В советской и зарубежной психологии и физиологии для заполнения

вакуума между стимулом и поведением были выставлены понятия «обратной афферентации» (Н.А. Бернштейн), «акцептора действия» (П.К. Анохин), «системы обратных связей», «схемы» (Ф. Бартлетт), «плана» (Д. Миллер, Е. Галантер, К. Прибрам) и др. [242].

Опираясь на грузинскую школу «установки», а также положения когнитивно-бихевиорального направления, Г.В. Залевский разрабатывает теорию ригидности в норме и патологии, вводит фундаментальное для данного исследования понятие «фиксированные формы поведения».

Последнее операционализируется автором как «широкий спектр форм поведения человека или группы людей, которые биопсихосоциально, 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» [49, 51].

Поведение человека, находящегося во власти страхов, как раз и представляет собой ряд «фиксированных форм поведения», ставших дезадаптивными для данного индивида. Кроме того, Г.В. Залевский, автор известной когнитивно-бихевиоральной теории психической ригидности в норме и патологии, ссылаясь на П.С. Граве, отмечает, что в некоторых случаях смысл ригидности как «экономического эффекта», снижающего общую энтропию поведения, исчезает. Наблюдая за патологическими формами поведения, формируется «...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, уменьшении точности, надежности и адекватности реальности действия при иллюзии экономичности» [49, с. 20].

Еще раз подчеркнем, что феномен психической ригидности, а также сформированный набор установочных реакций на ситуации жизни, «принцип инерции», «доминанты» А.А. Ухтомского, «установки» Д.Н. Узнадзе могут иметь приспособительное позитивное содержание, способствовать успешной адаптации, но в своих крайних проявлениях создают основу для патологического отношения к социальным ситуациям. Г.В. Залевский говорит в данном случае о том, что любая алгоритмизированная деятельность имеет общепри-

способительное значение, основанное на принципе экономии. Однако, как справедливо отмечает автор, верно «...и другое (В.М. Бехтерев, А.А. Ухтомский)... установка на экономию, на «покой» со стереотипизацией, стандартизацией поведения в изменяющихся непротиворечивых условиях делает его не только неэкономичным, но в конечном итоге и деструктивным» [49, с. 23].

Анализируя филогенетические предпосылки психической ригидности, Г.В. Залевский обнаружил интересную закономерность, состоящую в следующем: несмотря на то, что «наблюдения за животными на всех филогенетических уровнях показывают, что почти все формы их поведения имеют приспособительное значение», «в то же время... действия животных небезошибочны...» [49, с. 24]. Иными словами, однажды сформированный тип активности в изменяющейся среде оказывается дезадаптивным. Для разных ситуаций необходимо гибкое реагирование, формирование нового приспособительного поведения. На примере формирования разного вида фобий очевидно, что однажды зафиксированный тип реакции страха на ситуацию оказывается достаточно ригидным для того, чтобы не зависеть от изменений окружающей среды.

Г.В. Залевский выделяет ряд объяснительных схем природы фиксированных форм поведения (от линейных до системных), одной из которых является бихевиорально-когнитивная схема фиксированных форм поведения. Автор отмечает: «По мнению сторонников этого подхода, фиксированные формы поведения (философия должностования и иррациональные мысли, неадекватные когнитивные схемы и ошибочные суждения, неадекватные установки, плохие и вредные привычки, страхи и депрессии, выученная беспомощность и т.п.) есть результат «неправильного научения/воспитания», в том числе и социального, хотя конкретные механизмы такого научения могут быть самыми разными (Дж. Вольпе, А. Лазарус, А. Бандура, А. Эллис, А. Бек, М. Селигман и др.)» [50, с. 34–35].

По мнению Г.В. Залевского, данная объяснительная схема является одним из видов патогенетических схем. Он отмечает, что в рамках патогенетических схем существует и психодинамическая модель фиксированных форм поведения, «чаще всего в рамках этих схем фиксированные формы поведения выступают при неврозах как защитные механизмы... ригидный стиль жизни с ложной схемой» [50, с. 34].

Согласно автору, большинство психических расстройств (неврозы, психопатии, эндогенные и экзогенные психические расстройства) обнаруживают высокую степень ригидности в тех или иных установках и проявлениях. Так, при невротическом расстройстве наблюдается «дисбаланс гибкости и ригидности в сторону гипертрофирования устойчивости, в основе чего прежде всего лежат стресс и страх...» [49, с. 32].

Как отмечает Г.В. Залевский, «ригидность... входит в структуру личности всех без исключения типов психопатий как компонент "трудности социальной адаптации"» [49, с. 33]. Автор экспериментально доказал, что роль нарастающего в психике компонента ригидности при любой психической патологии приводит к значительной дезадаптации и является существенным критерием психического здоровья человека [49]. Для исследования феномена СФ данный подход наиболее продуктивен, поскольку дает методологически четкое объяснение возникновения социальной дезадаптации, появления устойчивого страха и избегания ряда жизненных ситуаций. Найденное автором методологическое решение в объяснении возникновения и протекания психических расстройств, связанных с фобиями, является одним из фундаментальных положений, на которых базируется данное исследование.

Эмоционально-мотивационный конфликт, базирующийся на неспособности реализовать значимое потребностное стремление индивида, иллюстрирующий сердцевину социальной тревожности, состоит в противоречивом соприкосновении важных потребностей и невозможности их достижений в силу субъективно непреодолимых преград, воспринимаемых эмоционально крайне негативными и неконтролируемыми эмоциями, такими как страх, тревога, безысходность, и соответствующим мощным шлейфом соматовегетативных проявлений, характеризующих эти эмоции (ком в горле, трудно дышать, потеют ладони, холодеют руки, онемение конечностей, дрожание рук, головокружение, сильное сердцебиение, сухость во рту и др.).

В исследованиях по субъективной семантике Ч. Осгуда [322, 323], Е.Ю. Артемьевой [3], В.Ф. Петренко [163–168], А.Г. Шмелева [282, 283], Дж. Келли [81, 171, 172], Л. Голдберга [308, 309] в разных аспектах анализируется процесс семантической категоризации, начинающийся на перцептивном уровне и завершающийся формированием устойчивых когнитивных структур, являющийся основой

ориентации индивида в мире, а также и дезадаптации в случае сформированных смысловых дефектов.

В современных когнитивных исследованиях инициация и развертывание поведения связываются с актуализацией определенных категорий (установок) – именно таким образом трактуется инициация поведения. Согласно ряду исследований в семантическом дифференциале (СД) Ч. Осгуда структура факторного пространства выражает процессы взаимодействия с миром, выделение устойчивых компонент, связанных с непосредственным опытом ощущений. Категоризация различных классов ощущений выражается в различных факторах семантического дифференциала [308, 309].

Таким образом, движение от ощущений к формированию устойчивых представлений о внешнем и внутреннем мире (отношение к самому себе) и его становление в категориальной (психосемантически организованной) форме дает возможность операционально трактовать жизненный мир (жизненное пространство [231, 232]) как семантическое пространство и на этой основе проводить эмпирические исследования феномена СФ и др.

Следовательно, эмпирическое исследование возможно только как выделение определенных индикаторов, являющихся указателями объектов жизненного мира, посредством которых возможно воссоздание мотивационно-потребностных стремлений ментальности и специфики конструирования образа ситуаций. Такие индикаторы призваны обнаружить основные направления активности, их смысл в рамках исследуемой группы индивидов.

Таким образом, психологическими эмпирическими индикаторами СФ является характерное эмоциональное насыщение социальных ситуаций, дифференцированный страх по отношению к ним, мотивация избегания и соответствующее поведение, а также дезадаптивные когнитивные установки (убежденность в негативном исходе ситуации), являющиеся базисом, на котором формируется общий образ ситуаций. Определенную специфику вышеперечисленных феноменов обуславливают, с одной стороны, индивидуальный опыт и ситуативные детерминанты, с другой – диспозиционные характеристики.

В целом необходимость реконструкции жизненного мира страдающих СФ для понимания смысла, стоящего за фобической реакцией и типичным поведением индивида, формирует задачу на выделение определенных маркеров (или эмпирических индикато-

ров), отображающих специфику страха, смысл и порождающие его установки, а также сопутствующее эмоционально-мотивационное состояние. В психосемантическом исследовании такая задача решается посредством воссоздания семантического пространства социальных ситуаций с одновременным срезом в отношении наиболее характерных страхов и эмоциональных реакций.

Представления, сочетающие и когнитивно-бихевиоральное понимание эмоциональных расстройств с оценкой психофизиологического состояния, являются наиболее полно отражающими сложное заболевание нового столетия – социофобию. Детальная характеристика мотивационно-эмоционального расстройства обнаруживает единую систему мотивации, потребностей, когниций, эмоций и поведения. Именно в рамках данной системы формируется эмоционально-мотивационный конфликт. Известно, что потребности, мотивация, эмоциональная и когнитивная оценка ситуации и соответствующее поведение в ней образуют неразрывное единство и взаимообуславливают друг друга [51, 156].

Конфликт в данной системе может приводить к отсутствию в опыте индивида адекватных стратегий удовлетворения потребностей. Потребностно-мотивационные стремления индивида могут входить в противоречие с эмоционально-когнитивными алгоритмами реагирования на ситуации. В таком случае значимость ситуации и желание (осознанное или нет) участвовать в ней сочетаются с субъективной убежденностью в негативном исходе, собственной ничтожности и неспособности быть успешным (оценка ситуации), а также чувством непреодолимого (или с трудом преодолимого) страха, тревоги.

Мы считаем наиболее продуктивным такой теоретико-концептуальный взгляд на психические нарушения, согласно которому расстройство мыслится как определенная форма и степень конфликта, с одной стороны, мотивационно-потребностных стремлений, с другой – эмоционально-когнитивных алгоритмов реагирования на ситуацию (или любой другой объект). Результатом конфликта является избегающее поведение вплоть до полной изоляции и «остановки в действиях» [46, 181], что связано с приписыванием ситуациям определенных свойств («пучка свойств»). В таком подходе дифференциально-диагностическое отличие СФ от других заболеваний очевидно. Именно противоречие стремлений и эмоционально-когнитивной «схемы» ситуации порождает собственно

расстройство, социально-психологическую дезадаптацию, субъективную неудовлетворенность состоянием.

Страх как сильная, субъективно непреодолимая эмоция в отношении ситуации не мог бы возникнуть, не будь эта ситуация значима для субъекта переживания. Так, например, при шизоидном типе личности человек может так же, как и страдающий СФ, избегать социальных ситуаций, но последние для него не являются значимыми, стремление участвовать в них практически отсутствует, соответственно, отсутствуют и специфические «социальные страхи».

Смысловой психологический разрыв между желанием и доступностью порождает конфликт, отличающийся во всех своих компонентах высокой степенью ригидности. Именно на этом разрыве, образующем конфликтное основание для формирования страхов и тревог, рождается социофобия. Истинной причиной этого конфликта могут быть разные факторы. Рассмотренные выше теории предполагают значительную вариативность в своих концептуальных приоритетах: от детских травм и негативного опыта как научения страхам до генетических и эволюционных, даже медицинских взглядов на СФ [221, 315].

Коль скоро современная наука не смогла найти однозначного источника проблемы, скорее всего, имеет место сложный полипричинный феномен расстройства. И социальные, и воспитательные, и генетические факторы собираются в единую систему, повышая или понижая вероятность возникновения данного недуга.

Надо отметить, что преобладание «мотивации избегания» при социофобии подчеркивает вторичный – поведенческий план расстройства, связанный с субъективной непреодолимостью ситуации.

В исследовании под «мотивационно-потребностным стремлением индивида» мы понимаем первичное желание и стремление индивида участвовать в социальной ситуации с целью удовлетворения значимых потребностей (которые, как правило, не осознаются) [185, 196]. Под «алгоритмом эмоционально-когнитивного реагирования на социальные ситуации» понимается последовательно проявляющийся (алгоритмизированный) комплекс, выражающий единство способа оценки ситуации (выраженный в мыслительном образе ситуации) и эмоционального отношения к ней (специфическая форма страха).

Кроме того, данный алгоритм реализуется в соответствующей фиксированной форме поведения [49, 52, 55]. Г.В. Залевский отмечает, анализируя «феноменологию и природу психической ригидности», что существует множество «родственных понятий», задающих свой тип понимания ригидности: «Многочисленность дефиниций, выделение большого числа (свыше 50) «ригидностей» ставят под сомнение существование внутреннего единства понятия психической ригидности» [51, с. 48].

В исследовании мы будем пользоваться определением понятия психической ригидности, предложенным Г.В. Залевским: «Под психической ригидностью я понимаю относительную неспособность личности в случае требований к объективной ситуации изменить элемент или всю программу поведения» [53, с. 39].

Таким образом, в данном исследовании в качестве психодиагностически значимого основания социофобии выделяется существование конфликта между мотивационно-потребностной задачей и эмоционально-когнитивным ригидным алгоритмом реагирования на социальные ситуации. Эмпирически подтвержденное в экспериментальной части работы, данное дифференциально-диагностическое свойство социофобии содержательно является взаимосвязанным с индивидуально-типологическими особенностями (преобладающим типом и степенью психической ригидности, уровнем личностной тревожности, уровнем социальной тревожности, личностными особенностями). Эмпирическим индикатором данного конфликта явился разрыв между оценкой социальных ситуаций по рейтингам: «желание участвовать в ситуации» и «избегание ситуации вследствие страха» [196, 198].

Для человека сферой удовлетворения потребностей, в широком смысле, является именно социальная сфера (сфера коммуникаций на различных уровнях, предполагающих оценку эффективности, успешности субъекта в отношении способностей, внешности и др.). Иными словами, чтобы реализовать какое-либо значимое мотивационно-потребностное стремление, необходимо вступить в те или иные социальные отношения, столкнуться с рядом социальных ситуаций. Естественно, что человек, для которого такие социальные коммуникации наполнены страхом и непреодолимой психологической преградой, будет испытывать дискомфорт, постоянную неудовлетворенность, кроме того, не сможет адекватно адаптироваться в обществе [25, 221].

При СФ эмоционально-когнитивные алгоритмы реагирования на социальные ситуации становятся ригидными, устойчивыми паттернами. Эмоции – «пленники» негативных когнитивных установок. Впоследствии эмоционально-когнитивное реагирование порождается уже не как собственно ситуативная реакция на негативные условия, а автоматически «приписывается», запускается в ряде социальных ситуаций (*инвертируется «означаемое и означающее»*) (А.Ш. Тхостов), уже устойчивый (выученный) способ реагирования определяет ситуацию, а не наоборот.

Базовой методологией для нас является психосемантическое моделирование мотивационно-эмоционально-пристрастного образа социальной ситуации посредством приписывания ей эмоционально-когнитивных и поведенческих характеристик (признаков действия в ситуации). Поскольку *действенный компонент в случае семантического оценивания также лежит в мысленной плоскости* («схема действия», «план поведения»), то в данном случае его целесообразно относить к когнитивному фактору.

Атрибутивный стиль, иррациональные мысли, «схемы опасности» – все эти категории отражают когнитивный аспект восприятия и реагирования на ситуацию, в нашем подходе подчеркивается необходимость учитывать *эмоциональный компонент как ведущий индикатор мотивации* индивида, поэтому мы говорим об *алгоритмах (паттернах) эмоционально-когнитивного реагирования* на социальные ситуации.

1.4. Социальные страхи и социофобии как форма культурной патологии

Есть тайна. Сколько бы о ней ни говорили, этого недостаточно, чтобы ее нарушить. Тайна остается тайной, безмолвной, бесстрастной, как хора, чуждая любому вымыслу... чуждая любой периодизации, любой эпохализации. Она молчит не для того, чтобы сохранить какие-то слова в резерве или для отступления, но потому, что остается чуждой словам... Тайна – это то, что в речи чуждается слов... Она всегда вне досягаемости...

Ж. Деррида. Эссе об имени

В этом разделе мы попытаемся обосновать тезис о том, что рожденный социокультурным дискурсом феномен социальных страхов обретает свою референцию, обрывает онтологизирован-

ными критериями, становится самостоятельным знаком психологической реальности.

Описание страха общества на языке психиатрического, психотерапевтического дискурсов позволяет не сомневаться в необходимости этого конструкта. Раскрывает ли этот язык суть феномена, есть ли эта суть?

Исследуемое нами состояние (страх выступлений, оценки, проявления инициативы в общении) определяется через интенции субъекта (мотивацию, намерения, конфликты) и чувство авторства поступка.

Особым условием актуализации значимых мотивационных стремлений является их фрустрация. Ситуация фрустрации как лакмусовая бумажка проявляет уровень значимости намерения и действия.

В отечественной традиции одним из критериев патопсихологической симптоматики является нарушение мотивации – иерархии, смыслообразующей функции. В данном случае нарушение мотивации связано с парадоксальным мотивационным конфликтом, вызывающим хроническую неудовлетворенность жизнью разной степени глубины и желание изолироваться от мира. Патология мотивации при социофобии связана отчасти с феноменом выученной беспомощности, а также наличием эмоционально-мотивационного конфликта между мотивацией достижения и избегания неудачи.

В силу субъективной невозможности участия в социальных ситуациях, в которых удовлетворяется большинство потребностей, страдающие социальными страхами не могут их реализовать. Нами показано, что в ряде случаев чем больше страх определенной ситуации, тем больше мотивационное напряжение (желание участия) в этой ситуации с целью удовлетворения стоящей за этим потребности. Таким образом, формируется особый мотивационный конфликт между напряженным желанием и субъективно непреодолимым чрезмерным страхом (как эмоционально-когнитивным реагированием на социальные ситуации по типу «желание, страх и избегание»).

Страх рассматривается в контексте исследования мотивации как состояние фрустрации мотивационного намерения (в силу субъективно непреодолимых преград реализации потребности в определенном жизненном контексте). Антиципация последствий участия в социальных ситуациях у страдающих социальными страхами

представляет собой эмоционально-психофизиологический коллапс и когнитивную оценку выраженности страха.

Субъективно человек оценивает невозможность контроля над событиями, что приводит к низкой самооценке и «выученной беспомощности» (А. Бандура, М. Селигман).

В проведенных нами исследованиях выявлена взаимосвязь между различающимися при социофобии и в норме алгоритмами эмоционально-когнитивного реагирования на социальные ситуации и актуальными потребностями. Так, при социофобии наряду с аффилятивной оказываются значимыми потребности в признании, контроле над ситуацией, сохранении социального статуса, реализуемые в субъективно опасных ситуациях «я – объект наблюдения» и «оценка компетентности»; для группы «норма» характерно доминирование потребности в аффиляции, реализация которой в социальных ситуациях не является субъективно опасной.

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 необычайной тонким аналитическим мастерством, как постепенно оформляется опыт психической болезни, как появляется безумие, трансформируются в отголосках социокультурных изменений способы «обуздания» психических девиаций [252, 254].

Однако осмысление безумия в постнеклассическую эпоху показывает иной характер формируемого образа сумасшествия, а также и 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» [254, с. 261].

Религиозные интерпретации отклонений в поведении сменяются моральными и этическими оценками, характеризуются в юридических метафорах, а затем, как отмечает автор, и 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» [254, 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» [254, 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» [254, с. 358]. 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» [254, 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 в. «заболела» шизофренией» [193, с. 350], автор отмечает, что «философия безумия» и «культура XX в.» – синонимичные выражения: «Разве мы не согласны с тем, что шизофрения – это болезнь XX века, но не потому, что ее так назвали в XX веке, а, скорее, потому, что она чрезвычайно характерна для самой сути XX века...» [193, 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...» [193, с. 351].

Подчеркивается связь между развитием научного и культурного мировоззрения и специфическими формами «культурной патологии». Так, ранее страхи концентрировались в основном вокруг физических, физиологических схем выживания, страха боли, болезней, войны, теперь же наиболее распространенные страхи являются социальными, страхами негативной оценки, насмешек, «действия под наблюдением». Для современного социокультурного дискурса характерно формирование противоречивого фундамента идентичности.

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 других ранее известных форм психической патологии. С другой стороны, само появление 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. Сегодня 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) термины «невротический» и «конверсионная истерия» более не содержатся. Однако при этом следует отметить, что именно благодаря З. Фрейду концепция невротических расстройств, неврозов приобрела большое значение и популярность. Условия необходимости введения новой нозологической единицы на фоне трансформации социокультурной ситуации отражают сущность психического расстройства и объясняют распространенность данного заболевания.

Эта историческая иллюстрация показывает, что в эпоху постнеоклассицизма невозможно говорить о некоей «сущности» психиче-

ского расстройства, – с необходимостью дискурс вокруг исследуемого заболевания должен быть рефлексивен, иными словами, встроен 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.

А.Ш. Тхостов и К.Г. Сурнов в работе «Влияние современных технологий на развитие личности и формирование патологических форм адаптации: обратная сторона социализации» выделяют ряд факторов социокультурных трансформаций, влияющих на возникновение патологических форм адаптации (актуализацию и распространение определенных психических расстройств) [226].

Как отмечают авторы, важным в процессе нормальной социализации является элемент «насилия» – усилия, напряжения, отсрочки удовлетворения потребностей: «Отказ, торможение, запрещение как формы социализованной саморегуляции имеют не меньшее значение, чем освоение совместно со взрослым ее выполнения» [226, с. 18]. Современные условия создают «зоны специфической «культурной патологии». Определенные факторы вызывают соответствующие типы психических расстройств.

1. Одним из первых факторов культурной патологии авторы считают «неправильное» развитие восприятия времени, протяженности, в которой разворачивается процесс удовлетворения потребностей: «...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» [226, с. 19]. 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 и др.).

2(а). Авторы, ссылаясь на психоаналитическую традицию, указывают, что факторами 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» [226, 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» [226, с. 19]. В пространстве этой формы патологии актуализируется 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. «Неудивительно, что сексуальные расстройства относятся к числу наиболее распространенных» [226, 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» [226, 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 – отчаян-

ная попытка «обретения идентичности в глобализирующемся и все менее понятном и родном мире» [226, с. 22].

6. Депрессии, эмоциональные расстройства возникают на волне противоречивого несоответствия предлагаемых культурой «глянцевого» образцов жизни и реального положения вещей. Авторы интерпретируют большой спрос на яркие и глянцевые журналы: «Массовый тираж... изданий свидетельствует... основным покупателем... является отнюдь не тот, кто может купить себе рекламируемые в таких изданиях товары, человек покупает недостижимую мечту» [226, 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» [226, с. 23].

Специфика социальной фобии – в неразрывном единстве, с одной стороны, необходимости вступать в социальное общение и противостоять социальным падениям, унижениям, а с другой – 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 и 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 испытываемая тревога и волнение не приводят к избеганию ситуаций, связанных с этим переживанием, то данное состояние целесообразно назвать социальной тревожностью.

Важными критериями при социофобии являются желание избежать ситуации оценивания и соответствующее поведение, интенсивность переживания страха и осознанность иррациональности, преувеличенности опасности. Если индивид полностью не осознает иррациональности страха, то речь, скорее всего, идет не о фобии, а

о нарушении мышления и восприятия, возможно, бредовом расстройстве.

Еще раз подчеркнем, что 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 при осознании иррациональности страха.

У лиц, страдающих социофобией, существует ригидная «категориальная установка», что их оценят отрицательно в целом ряде коммуникативных ситуаций. Как мы отмечали выше, состояние страха может быть генерализованным (распространяется почти на все социальные контакты) или негенерализованным (относится к определенным видам социальной деятельности).

Наиболее частыми провоцирующими страх ситуациями бывают те, в которых приходится знакомиться (быть представленным другим людям), общаться с начальством, говорить по телефону, выступать перед незнакомой аудиторией, 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 нозологии, 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 социокультурно обусловленный клинический конструкт (несмотря на достаточно глубокие исторические корни этого феномена), 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 утонченных форм социального контроля. Диагностические единицы рассматриваются 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. Емис-подход базируется на постулатах культурного релятивизма: это направление научно-исследовательской работы определяется ориентацией на культурную уникальность [138]. 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 [138].

Становящийся все популярнее когнитивно-бихевиоральный подход расширяет горизонты понимания патологии, поскольку одним из критериев ее анализа выступает культурно-специфичный фактор. Как отмечают представители социокультурного подхода в формировании и протекании 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» [138, с. 236].

Представители данного подхода уверены, что феномен «личности» суть продукт социокультурного дискурса, формируемый с целью налаживания внутреннего контроля за собственным поведением, приписыванием ответственности за свои поступки. Атрибуция современной культурой мотивации успеха, достижения, стрем-

ления к социальной активности, накоплению продуктов в рамках «культуры коммуникативного сервиса» является одним из патогенных факторов развития расстройства социофобии в массовых масштабах. Человек зажат противоречиями; актуальные потребности в обществе могут быть реализованы с помощью ограниченного набора предлагаемых культурой средств, и все они неизбежно связаны с необходимостью вступать в коммуникацию, отстаивать свои права, выражать свое мнение.

На одну и ту же потребность (например, в пище, сексуальные и др.) нанизано огромное количество всевозможных социальных маркеров, знаков культуры потребления и самопрезентирования «внешнего успеха» (американский идеал). В результате в зазоре этих требований вызревает психосоматическая патология, невротическая и личностно-аномальная.

В культуре «фантика, обертки» человек вынужден стремиться к недостижимому идеалу «глянцевого образа», испытывая хроническое неудовлетворение собой и постоянное мотивационное напряжение, провоцирующее его к активности, заставляющее действовать (зачастую в агрессивно-навязчивой форме), что особенно заметно в рекламе разного типа и уровня, ставшей одной из сфер жизни. В итоге человек либо подчиняется этому потоку-конвейеру, стора в гонке потребностей, либо изолируется, пассивно отрицая невозможность самореализации.

Несомненно, многие психические расстройства культурно специфичны. Так, расстройства пищевого поведения (анорексия, булимия) встречаются в основном только в европейских культурах, в то время как в восточных их практически нет. Так и социальные страхи более характерны для атомизированных, постиндустриальных обществ с развитой культурой потребления и сервисной коммуникацией.

Ф. Зимбардо провел заслуживающие внимания исследования, результаты которых отражают неоднозначно распределенный уровень застенчивости, социальной боязливости в разных культурах (японская, китайская, еврейская и др.). Например, автор показывает, что в коллективистских культурах и в культурах, где приветствуется любая активность ребенка, безусловно принимаемого близкими, уровень социальных страхов ниже, чем в культурах, где ответственность лежит на отдельном субъекте, в индивидуалистических культурах [53]. Так, для Японии социальные страхи, чувство оди-

ночества, гнетущей застенчивости сопровождают практически каждого члена общества еще и потому, что «культурно позитивным качеством» считается скрытность, умение держать свои чувства при себе.

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. Согласно системе верований торайя, 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» (Д. Мацумото).

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. В современном мире происходит своеобразная инверсия приоритетных потребностей и иерархии важности стимулов окружающего мира – вместо первичных, базовых потребностей и стимулов (первосигнального типа) определяющими становятся квазипотребности, потребности социальные и стимулы – культурные знаки.

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 средства; 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 М. Фуко «знания – власти», иллюстрирующая детализирующиеся формы психологического контроля над субъектом как «постоянно длящегося суда» [197].

Итак, одними 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, вернуть некачественный товар или навестить старых знакомых, даже стоять вместе с другими на автобусной остановке. Отсутствие однозначной стратегии поведения и как следствие страх перед неизвестностью исхода приводят к «психическому ступору» в таких коммуникациях. Не случайно поведение страдающих социофобией в таких 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 психодиагностического и психокоррекционного ресурса в отношении становящегося все более распространенным феномена культурной патологии – социальных страхов, диспропорциональная картина гипертрофированного медицинского взгляда на проблему, а также дифференциально-диагностические трудности – все это позволяет подчеркнуть необходимость исследования данной проблемы.

Характерно, что при наличии общепринятой отечественной патопсихологической традиции экспериментального обследования таковая не применяется в исследовательских целях на данной группе больных. При этом отсутствует анализ личностно-

мотивационного компонента патологии, взаимосвязи с мотивационной организацией личности в ситуации социальной деятельности. Представляется, что взгляд на данное расстройство с этих позиций позволит более содержательно проанализировать его, а также вычленить механизмы развития и закономерности хронизации.

Альтернативными психологическому экспериментальному обследованию продуктивными теоретико-методологическими направлениями по изучению данной 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 исследовательской работы, основан на постулате о конструировании индивидом реальности на основе мотивационно-потребностной напряженности; он позволяет реконструировать систему значений, которая является модельным представлением мира субъекта; формирует адекватную методическую базу для исследования социофобии, позволяя производить синхронистический срез индивидуальных или групповых представлений.

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. Введенный нами термин «алгоритмы эмоционально-когнитивного реагирования» на социальные ситуации определяется как устойчивые паттерны реагирования на социальные ситуации, включающие компонент непосредственного эмоционального отношения к происходящему (например, «от обиды в глазах стоят слезы»), а также компонент когнитивной оценки ситуации (например, «боюсь покраснеть, когда это увидят другие»).

Непосредственно переживаемый и наблюдаемый уровень психического расстройства «социофобия» выражается в наличии алго-

ритмов эмоционально-когнитивного реагирования на социальные ситуации как устойчивых и последовательно разворачивающихся программах 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 характеризующего «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.). Часто социальный страх имеет вид панической атаки, основное отличие от панической атаки как таковой в том, что в данном случае она возникает в ситуации оценки знаний, внешности и пр. (или при мысли о ней).

При исследовании социофобии (еще в беседе с пациентами) нам бросилось в глаза, что больные с большей легкостью вычлениют 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 [142–155, 158, 231, 232, 238].

Глава 2

ИССЛЕДОВАНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ СТРАХОВ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ В КОНТЕКСТЕ ДРУГИХ СТРАХОВ

Формирование методики реконструкции семантического пространства алгоритмов эмоционально-когнитивного реагирования на социальные ситуации подразумевало проведение исследований широкого диапазона фобических реакций, в котором мы имели возможность рассмотреть специфику и значимость страхов социального плана, их соотнесение с другими типами страхов. В одном из них, основные результаты которого приводятся ниже, участвовало 115 человек (студенческая молодежь).

Данный круг исследований показал, что ряд социальных ситуаций связан в сознании испытуемых с ситуациями жизни более широкого класса, например ситуациями, связанными с болезнью и смертью.

Изучение восприятия социальных ситуаций испытуемыми позволило получить масштабную картину взаимосвязей потребностей, реализуемых посредством социальных коммуникаций. По результатам таких экспериментов удалось понять важную специфику лиц с высокой социальной тревожностью: восприятие успеха в ситуациях социального общения своеобразно связано с витальными потребностями, фактически маркируется ими как «вопрос жизни и смерти».

Так, например, в исследование, наряду с ситуациями социального плана, были включены ситуации «смерть близкого человека», «собственная тяжелая болезнь», которые определялись испы-

туемыми в одну семантическую категорию с ситуациями «признаваться в любви», «разговаривать с начальником», «выступать перед аудиторией» и пр. При этом испытываемый диапазон страха колебался от боязни неопределенности до страха показаться внешне непривлекательным, но самое парадоксальное – «страх собственных физических страданий» оказался гораздо менее значим.

Для испытуемых с высоким уровнем социальных страхов страх смерти и потребность в продолжении жизни в плеяде приоритетов имеют более низкий статус, чем желаемая положительная оценка в социальных ситуациях оценивания успешности, особенно в ситуациях межличностного общения и интимных коммуникациях. Потребности в аффилиции, контроле над ситуацией и признании значительно интенсивнее у таких испытуемых, чем страх смерти.

Списки категорий психосемантического исследования страхов, сопутствующих эмоций и социальных ситуаций

1. Социальные ситуации:

1. Болезнь, смерть близкого человека.
2. Разлука с любимым человеком.
3. Знакомство с девушкой/молодым человеком (по своей инициативе).
4. Проверка знаний (контроль знаний, умений).
5. Выступление перед аудиторией (доклад и др.).
6. Встреча с незнакомыми людьми (человеком) в незнакомом месте.
7. Вхождение в новый коллектив.
8. Собственная тяжелая болезнь.
9. Самостоятельная организация коллективного мероприятия.
10. Знакомство или разговор с людьми выше по статусу (начальство).
11. Доказательство (отстаивание) собственной правоты.
12. Признание в любви.
13. Смена места жительства (другой город, страна).
14. Конфликт (ссора) с близким другом.
15. Темная и пустынная дорога домой.
16. Есть в незнакомом месте (на людях, в гостях).
17. Поездка в общественном транспорте.
18. Медицинский осмотр (обследование в больнице).
19. Фотографирование с группой людей.
20. Фотографирование на документ.

21. Разговаривать по телефону с незнакомым человеком.
22. Возвратить покупку в магазин.
23. Смотреть прямо в глаза малознакомому человеку.
24. Делать что-либо (работать) под наблюдением.
25. Быть в центре внимания.

II. Эмоциональные реакции:

1. Испытываю неуверенность в себе, нерешительность.
2. Чувствую себя беспомощным и незащищенным.
3. Испытываю замкнутость, отгороженность.
4. Испытываю стыд.
5. Навязчивое чувство повторяющихся мыслей.
6. Испытываю угрызения совести.
7. Укоряю себя за сделанное.
8. Ощущаю злость на другого.
9. Испытываю чувство вины.
10. Ощущаю безвыходность ситуации.
11. Испытываю горькую обиду.
12. Ощущаю, что за собой постоянно надо следить.
13. Нахожусь в панике.
14. Испытываю сильное волнение.
15. Испытываю жалость к себе.
16. Чувствую злость на себя.

III. Страхи (предложение начинается словом «Боюсь»):

1. негативной оценки, осуждения со стороны значимых людей.
2. одиночества (пустоты).
3. неопределенности, неясности.
4. показаться навязчивой.
5. потерять уже существующее (изменения, принятия решения).
6. причинить боль другому (душевные страдания).
7. потерять близкого человека и его теплое отношение.
8. непонимания значимыми другими («что скажут другие»).
9. показаться смешной, глупой, неловкой («надо мной посмеются»).
10. собственных душевных мук.
11. измены (любимого человека).
12. своей смерти.
13. сильной физической боли.
14. старости (стать непривлекательной).
15. показаться для значимого человека непривлекательной.
16. нести груз ответственности.
17. оказаться аутсайдером.
18. оказаться хуже (глупее, некрасивее) других.
19. отвержения, неприятия.

20. предательства близкого человека.
21. потерять часть себя в страдании.
22. близкий будет испытывать физическое страдание.
23. оказаться недостаточно социально признанным.
24. оказаться посредственностью.
25. с тобой грубо (резко и холодно) обойдутся.
26. жить дальше потому, что мир несовершенен и ужасен.
27. все закончится катастрофически плохо.
28. покраснеть, когда это видят другие люди.

Описание результатов

Проанализируем полученное с помощью психосемантического метода *смысловое пространство «ситуации – эмоции»* (см. табл. 1), состоящее из пяти значимых факторов. В качестве факторов выступают эмоциональные переживания, а индивидуальными факторными весами – сопутствующие им ситуации.

Анализируя *первый фактор* (объясняющий максимум дисперсии 33 %, его собственное значение = 5,3) и его индивидуальные факторные веса, становится понятным: «разлука с любимым человеком», «ссора (конфликт) с близким другом», а также «возвращение товара в магазин» представлены эмоциональными переживаниями «навязчивого чувства повторяющихся мыслей», «угрызения совести».

«Укоряя себя за сделанное», спровоцировавшее данную конфликтную ситуацию, человек вынужден одновременно чувствовать и «злость на другого», и «злость на себя», при этом испытывая «чувство вины», «горькой обиды» и «жалости к себе».

Разлука или ссора со значимым другим как сфера интимных коммуникативных взаимодействий характеризуется внутренним эмоциональным конфликтом, сопровождающимся одновременной разнонаправленностью обвинительных реакций, недостаточной дифференцированностью эмоционального отношения к ситуации. Укоры за сделанное и вина человека состоят в том, что он мог изменить положение вещей, не допустить такого, но вместо этого вынужден испытывать крайне негативные чувства. Категория подконтрольности ситуации является фундаментальной в процессе категоризации социальных обстоятельств и формирования к ним мотивационного (и эмоционального) отношения как его подструктуры.

Таблица 1

Факторный анализ усредненной матрицы «эмоции – ситуации»

№ п/п	F1	F2	F3	F4	F5	Эмоциональные реакции
1	0,18	0,43	0,33	-0,09	0,76	Испытываю неуверенность в себе, нерешительность
2	0,32	0,08	0,76	0,19	0,49	Чувствую себя беспомощным и незащищенным
3	0,4	0,07	0,88	-0,01	0,1	Испытываю замкнутость, отгороженность
4	0,1	0,91	-0,05	-0,16	0,24	Испытываю стыд
5	0,56	-0,1	0,55	0,05	0,45	Навязчивое чувство повторяющихся мыслей
6	0,82	0,23	0,26	0,26	0,32	Испытываю угрызения совести
7	0,82	0,19	0,2	0,17	0,34	Укоряю себя за сделанное
8	0,91	-0,02	0,26	-0,11	0,09	Ощущаю злость на другого
9	0,79	0,15	0,35	0,2	0,34	Испытываю чувство вины
10	0,44	-0,2	0,61	0,18	0,52	Ощущаю безвыходность ситуации
11	0,78	-0,15	0,49	0,1	0,24	Испытываю горькую обиду
12	-0,19	0,18	-0,1	-0,94	0,1	Ощущаю, что за собой постоянно надо следить
13	0,35	0,04	0,31	-0,01	0,83	Нахожусь в панике
14	0,31	0,25	0,1	-0,08	0,89	Испытываю сильное волнение
15	0,54	-0,23	0,55	0,26	0,43	Испытываю жалость к себе
16	0,74	0,11	0,32	0,26	0,46	Чувствую злость на себя

Второй фактор (собственное значение = 1,36, четвертый по значимости в пятифакторном пространстве, объясняет около 9 % дисперсии) состоит из автономного «чувства стыда», а также, на

уровне тенденции, «неуверенности в себе, нерешительности». Такое эмоциональное реагирование возникает на ситуации, предполагающие интимно-личностные контакты, попытку углубить и наладить коммуникацию. «Знакомство с девушкой / молодым человеком (по своей инициативе)», «признание в любви» – наиболее типичные ситуации для характеризуемого эмоционального «конфуза». В данном случае преобладает условие неловкости, скованности и неуверенности в себе. Человеку неизвестен исход события, он выступает инициатором и словно осмеливается делать «вызов» судьбе, проявить инициативу, но он не знает и не может знать исхода событий.

Третий фактор (собственное значение = 3,1, является третьим по значимости, объясняет около 20 % дисперсии) представляет фактор депрессивной реакции на ситуации. В данном случае объединились обстоятельства, максимально неподконтрольные человеку ни на стадии инициации, ни на стадии процесса, ни на стадии исхода.

Человек не имеет власти над событиями: «болезнь, смерть близкого человека», «собственная тяжелая болезнь», «знакомство или разговор с человеком выше по статусу (начальством)», «темная и пустынная дорога домой». Интересно, что страх беседы с начальством идет вкуче со страхами за физическое здоровье и жизнь себя и близкого. «Начальник» воспринимается фактически как «рок», «судьба», от которой невозможно защититься и проконтролировать, «взять все в свои руки».

Остальные ситуации – это угроза для жизни, физического существования человека, она объективна, но случайна, и человек не властен над ней. В таких условиях возникают «чувства беспомощности и незащищенности», «навязчивое чувство повторяющихся мыслей», «ощущение безвыходности ситуации», «горькой обиды», «жалость к себе». Все эти эмоции безысходны, потому как безадресны, это стечение обстоятельств, от которых никто не застрахован.

Четвертый фактор (его собственное значение наименьшее = 1,2 описывает 8 % дисперсии) представлен отрицанием ощущения, «что за собой надо постоянно следить». Ситуации «знакомство или разговор с вышестоящим лицом (начальством)», «разговор по телефону с незнакомым человеком», «работа под наблюдением», а также «быть в центре внимания» – как раз предполагают состояние

необходимости постоянного контроля за своими действиями. В данном случае основание контроля ситуации достигает апогея: возникает ощущение, что надо постоянно следить за собой, контролировать каждый шаг. Фактор описывает предельное эмоциональное напряжение и подчеркивает социальный момент самопрезентации.

Пятый фактор (собственное значение = 3,6) является вторым по значимости после первого фактора, объясняет 22 % дисперсии. В данном случае, в отличие от третьего фактора, чувство «беспомощности и незащищенности» объединилось не с депрессивной апатией и жалостью, обидой (см. 3 F, что формировало совсем иной смысл), а с такими переживаниями, как «неуверенность в себе, нерешительность», «ощущение безвыходности», состояние «паники» и «сильного волнения».

Комплекс соответствующих переживаний человек «вынужден» испытывать в условиях «проверки знаний (контроля умений)», «выступления перед аудиторией». В характеризуемой независимой категории смысла, судя по противоположным ситуациям, которые вошли в этот фактор, очевидно важное для адаптации и категоризации коммуникативного опыта противопоставление: «я один» и «я в толпе», ответственность за действия и отсутствие ответственности, авторство поступка и анонимность.

Анализ факторной структуры социальной тревожности студентов показал, что категория *контроля ситуации* задает континуум и спектр разнообразия эмоциональных переживаний в различных социальных условиях. От смыслового основания «контролируемость ситуации» зависит степень и глубина негативных эмоциональных переживаний, тревоги и страха в отношении к тем или иным жизненным обстоятельствам. Кроме того, содержательный характер факторов показывает широкий диапазон тревожных ситуаций для испытуемых, вызывающих чувства то злости и горькой обиды с элементами самообвинения, то безысходности и апатии, то паники, страха и волнения, то стыда и неуверенности в себе.

Второе факторное пространство формировалось из матрицы оценок испытуемыми степени выраженности страхов в ситуациях. В качестве факторов выступали страхи (например, «боюсь показаться навязчивой»), а индивидуальными факторными весами выступали ситуации (список см. выше).

Список страхов представлял собой перечень, сформированный предварительным проективным исследованием и состоящий из 28 утверждений, каждое из которых начинается словом «боюсь». Человек видел перед собой ситуации и страхи и последовательно оценивал по шкале от 0 до 7 степень выраженности данного страха в каждой конкретной ситуации.

В результате испытуемый приписывал числовую выраженность ситуациям с позиции того, насколько сильно он боится в определенной ситуации (от «выраженности полностью отсутствует» до «очень сильная выраженность»): «негативной оценки, осуждения со стороны значимых людей», «одиночества (пустоты)», «неопределенности, неясности», «показаться навязчивым», «потерять уже существующее (изменения, решения)», «причинить боль другому (душевные страдания)», «потерять близкого человека и его теплое отношение», «непонимания значимыми другими («что скажут другие»)», «показаться смешной, глупой, неловкой («надо мной посмеются»)», «собственных душевных мук», «измены любимого человека», «своей смерти», «сильной физической боли», «старости (стать непривлекательной)», «показаться для значимого человека непривлекательной», «нести груз ответственности», «оказаться аутсайдером», «оказаться хуже (глупее, некрасивее) других», «отвержения, неприятия», «предательства близкого человека», «потерять часть себя в страдании», «что близкий будет испытывать физическое страдание» и др.

Смысловое пространство «ситуации – страхи» оказалось четырехфакторным.

Первый фактор объясняет максимум дисперсии и представляет собой эмоционально малодифференцированный сгусток страха страдания, душевных мук и отчаяния, вызванного фрустрацией в близких интимных коммуникациях, дружеской поддержке.

Фактор сформирован страхами «одиночества (пустоты)», «неопределенности, неясности», «потери уже существующего (страх изменения, принятия решения)», «причинить боль другому (душевные страдания)», «потерять близкого человека и его теплое отношение», «собственных душевных мук», «измены любимого человека», «старости (стать непривлекательной)», «нести груз ответственности», «предательства близкого человека», «потерять часть себя в страдании», «близкий будет испытывать физическое страдание», «жить дальше потому, что мир несовершенен и ужасен», «что

все закончится катастрофически плохо». Данное смысловое единство страхов связано с потерей близкого (вследствие измены, предательства, утраты или каких-то общих изменений в жизни). Структура иллюстрирует страх потерять стабильность в жизни, равновесие повседневности.

В смысловом пространстве «ситуации – страхи» данная категория объясняет максимум дисперсии (37 %, собственное значение = 10,5). Страх сильного страдания и потери каких-то значимых, близких контактов (вследствие разных причин), на которых, судя по данным, зиждутся основные потребности исследуемой ментальности. Все это характеризует общую тревогу относительно значимых потребностей.

«Неясность», «одиночество, пустота», «душевные муки» связаны в смысловое единство с «изменой», «предательством», «старостью как страхом показаться непривлекательной», «изменениями в жизни» – все это элементы общего страха потерять имеющиеся у человека контакты с близкими людьми. Данный тип страха имеет большую значимость, что свидетельствует об актуальности потребности в интимных контактах и уверенности в своей значимости для другого. Именно с фрустрацией этих потребностей связаны «одиночество», «душевные муки» – свои и близкого, а также пессимистическая оценка перспективы («катастрофичность» последствий), исхода и переживания по поводу «несовершенства мира», т.е. индивидуальные неприятности в межличностном общении экстраполируются на масштаб мира в целом. От эффективности в близких коммуникациях зависит гармоничное восприятие мира вообще, его оптимистическое конструирование. Фрустрация аффилятивной потребности является наиболее негативно эмоционально наполненной для исследуемой ментальности испытуемых.

Второй фактор объясняет 35 % дисперсии (собственное значение = 10), что свидетельствует об актуальности вошедших в анализируемую структуру ситуаций и соответствующих переживаний для данной ментальности испытуемых. Человек, погруженный в ситуации: «знакомство с девушкой / молодым человеком (по своей инициативе)», «проверка, контроль знаний», «выступление перед аудиторией», «вхождение в новый коллектив», «самостоятельная организация коллективного мероприятия», «разговор с начальством», – боится «негативной оценки, осуждения со стороны значимых людей», «показаться навязчивым», «потерять уже существующее», «непонимания значимого другого («что скажут дру-

гие)», «показаться смешной, глупой, неловкой («надо мной посмеются»)), «показаться для значимого человека непривлекательной», «нести груз ответственности», «оказаться аутсайдером», «оказаться хуже (глупее, некрасивее) других», «отвержения, неприятия», «оказаться недостаточно социально признанным», «с тобой грубо (резко и холодно) обойдутся», «покраснеть, когда это видят другие люди».

Знакомясь с молодым человеком (девушкой), разговаривая с начальником или выступая перед аудиторией, человек боится резкого и грубого обращения, оказаться хуже, глупее, непривлекательнее в его (ее) глазах, выставить себя в невыгодном свете, провалиться, оказаться социально отверженным. Сформированное представление иллюстрирует установку: от оценки окружающих и их отношения зависит социальная эффективность и привлекательность человека. В данном случае обозначена потребность в социальном признании и положительном оценивании со стороны других, выступающих представителями разных социально-коммуникативных сфер жизни.

Третий фактор, наименее значимый из четырех, объясняет 6 % дисперсии (собственное значение = 1,6), выражен страхами: «старости (стать непривлекательной)» и «показаться для значимого человека непривлекательной». Такие страхи возникают в интимно-личностных ситуациях «знакомства с девушкой / молодым человеком», «признания в любви», «разлуки с любимым человеком», а также «собственной тяжелой болезни». Страх оказаться непривлекательной связан с коммуникативными ситуациями оценивания достоинств, а также физической болезни. В данном случае здоровье человека связано не с потребностью жить дальше, а с потребностью в стабильных коммуникативных отношениях.

Четвертый фактор объясняет 9 % дисперсии (собственное значение = 2,5). Ситуации «болезнь, смерть близкого человека», «собственная тяжелая болезнь», «темная и пустынная дорога домой», «медицинский осмотр» связаны со страхами угрозы собственной жизни и жизни близкого: «боюсь своей смерти», «боюсь сильной физической боли», «боюсь, что близкий будет испытывать физическое страдание». Исход данных обстоятельств не зависит от попыток их проконтролировать. Восприятие данных ситуаций и их специфика свидетельствуют о фундаментальном мотивационно-потребностном стремлении человека к продолжению жизни, здоро-

вому существованию, защищенности своей физической комфортной жизни и жизни значимого близкого человека. Обстоятельства, содержащие в себе опасность смерти и болезни, вызывают у человека ощущения неясности и неопределенности, страха за жизнь.

Основные результаты показали (списки категорий пилотажной методики см. выше), что переживания обиды, вины, угрызений совести, злости на себя и другого вызваны страхами «одиночества», «неопределенности», «потери уже существующего», «боязни причинить боль другому», страхами «потерять близкого человека», «душевных мук», «измены», «старости», «ответственности», «предательства», «жить дальше потому, что мир несовершенен и ужасен», «что все закончится катастрофически плохо».

«Неясность», «одиночество, пустота», «душевные муки» объединены в целостный блок страхов, связанных «изменой», «предательством», «старостью», «изменениями в жизни», – все это оттиски общего страха потерять имеющиеся у человека тепло и радость общения с близкими людьми.

Учитывая типичные социальные ситуации, по поводу которых актуализируются данные эмоции и страхи («разлука с любимым», «ссора с близким другом», а также – «смена места жительства» и «болезнь, смерть близкого человека»), можно заключить, что фрустрация потребности в теплых контактах и дружеской поддержке вызывает столь сильные и мучительные переживания и страхи. Потребность в жизни не так важна, главное для лиц с высокой СФ сохранить положительное отношение в имеющихся контактах и контроль над событиями (потребность аффилиации, контроля над ситуацией). Сужение сознания, гиперценность межличностных контактов при одновременном страхе вступать в таковые вызывает сильнейший конфликт. Опасность состоит в том, что данные фрустрированные потребности важнее собственной жизни.

«Панику», «сильное волнение» и «беспомощность» испытывает человек, выступая перед аудиторией, идя на экзамен или беседа с начальником, так как он боится грубого обращения, выставить себя в невыгодном свете, провалиться, остаться аутсайдером и социально непризнанным. Фрустрация потребности в социальном признании и положительном оценивании со стороны других, выступающих представителями разных социально-коммуникативных сфер жизни, вызывает ощущение безвыходности и паники, резкое желание избегать подобные ситуации вообще.

Видимо, именно из этой специфики семантического пространства социальных страхов вытекает высокий риск суицида у лиц, страдающих СФ.

Далее осуществлялось *взаимоналожение семантических пространств матриц «ситуации – эмоции» и «ситуации – страхи»* посредством *корреляционного и многомерного регрессионного анализа*. Оказалось, что на значимом уровне существует ряд связей между факторами двух факторных структур.

По результатам процедуры взаимоналожения факторных пространств матриц «ситуации – эмоции» и «ситуации – страхи» оказалось, что на значимом уровне (коэффициент корреляции = 0,65) первый фактор смыслового пространства «ситуации – эмоции» связан с первым фактором пространства «ситуации – страхи».

Выше проанализированы структуры смысловых пространств (категории, имеющие значимый факторный вес в соответствующих ортогональных факторах). Данная математическая процедура отражает, в рамках какой категории страхов возникают те или иные эмоциональные образы ситуаций. Иными словами, проведенный анализ позволяет достоверно судить о том, что определенный тип эмоционального отношения к ситуациям коррелирует с определенным типом страхов.

Первая регрессионная связь показывает, что фактор, который охарактеризован нами выше (при анализе смыслового пространства «ситуации – эмоции»), представляющий ссору и переживания обиды, вины, угрызений совести, а также злости на себя и другого в связи с упущенной возможностью контроля за последствиями своих действий взаимосвязан с эмоциональным образом ситуации в виде страха «одиночества (пустоты)», «неопределенности, неясности», «потери уже существующего (страх изменения, принятия решения)», «причинить боль другому (душевные страдания)», «потерять близкого человека и его теплое отношение», «собственных душевных мук», «измены любимого человека», «старости (стать непривлекательной)», «нести груз ответственности», «предательства близкого человека», «потерять часть себя в страдании», «близкий будет испытывать физическое страдание», «жить дальше потому, что мир несовершенен и ужасен», «что все закончится катастрофически плохо».

Фактор характеризует общую тревогу относительно значимых потребностей в коммуникации. «Неясность», «одиночество, пусто-

та», «душевные муки» связаны с «изменой», «предательством», «старостью», «изменениями в жизни», – все это оттиски общего страха потерять имеющиеся у человека тепло и радость общения с близкими людьми.

С учетом типичных социальных ситуаций, по поводу которых актуализируются данные эмоции и страхи («разлука с любимым», «ссора с близким другом», а также «смена места жительства» и «болезнь, смерть близкого человека»), становится понятно, что фрустрация потребности в теплых контактах и дружеской поддержке вызывает столь сильные и мучительные переживания и страхи. Таким образом, через иллюстративный прием угрозы фрустрации потребности и возникающие в связи с этим переживания мы видим основную по значимости для данной ментальности потребность в аффиляции.

Вторая значимая регрессионная связь показала, что комплекс эмоций и страхов вызван неподконтрольностью человеческой инициативе и воле жизненных обстоятельств. Наиболее типичные ситуации, которые вызывают такие переживания и страхи, следующие: «болезнь, смерть близкого человека», «собственная тяжелая болезнь», «темная и пустынная дорога домой», «медицинский осмотр».

Единство переживаний, которые согласуются с реальными страхами угрозы собственной жизни и жизни близкого: «боюсь своей смерти», «боюсь сильной физической боли», «боюсь, что близкий будет испытывать физическое страдание», вызвано тем, что исход данных обстоятельств практически не зависит от попыток субъекта контролировать результат. Именно этот момент является решающим в формировании таких эмоций, как «беспомощность и нерешительность», «замкнутость, отгороженность», «чувство повторяющихся мыслей», «безвыходность ситуации», «горькая обида» и «жалость к себе». В связи с этим депрессивная симптоматика указывает на «отгороженность» как последний способ уйти от гнетущих переживаний. Лишь судьба или случайность решают, каков будет исход, поэтому человек боится «неопределенности и неясности». Данный смысловой образ ситуаций и их специфика характеризуют значимую витальную потребность человека – в физическом существовании, здоровье, защищенности своей физической комфортной жизни и жизни значимого близкого человека.

Третья регрессионная связь между факторными пространствами, значимая на уровне $r=0,66$ при $p<0,05$, демонстрирует переживания «чувства беспомощности и незащищенности», «сильного волнения», «безвыходности ситуации», страх «негативной оценки, осуждения со стороны значимых людей», «показаться навязчивым», «потерять уже существующее», «непонимания значимого другого», «показаться смешной, глупой, неловкой», «показаться непривлекательным», «нести груз ответственности», «оказаться аутсайдером» и «хуже других», «отвержения», «оказаться недостаточно социально признанным», «покраснеть, когда это видят другие люди», что «с тобой грубо (резко и холодно) обойдутся».

Такие переживания вызваны наиболее типичными для данного комплекса ситуациями: «знакомство с девушкой / молодым человеком», «проверка знаний», «выступление перед аудиторией», «вхождение в новый коллектив», «самостоятельная организация коллективного мероприятия», «разговор с начальником».

Очевидно, что «панику», «сильное волнение» и «беспомощность» испытывает человек, выступая перед аудиторией, идя на экзамен или беседа с начальником, так как он боится грубого обращения, выставить себя в невыгодном свете, провалиться, остаться аутсайдером и социально непризнанным. Фрустрация потребности в социальном признании и положительном оценивании со стороны других, выступающих представителями разных социально-коммуникативных сфер жизни, вызывает ощущение безвыходности и паники.

Четвертая регрессионная связь выражена объединением четвертого фактора в смысловом пространстве «ситуации – страхи» и пятого фактора пространства «ситуации – эмоции». Пятый фактор матрицы «ситуации – эмоции» коррелирует также и со вторым фактором матрицы «ситуации – страхи».

В данном случае объединение эмоционального реагирования, отражающего чувство «сильного волнения», «паники», «беспомощности», связано с другим комплексом страхов – фактором, который на этом типе анализа также уже описан в корреляционной связи с третьим фактором «ситуаций – эмоций».

Страх «неопределенности, неясности», «своей смерти», «сильной физической боли» своей и близкого, а также того, что «все закончится катастрофически плохо», проявляется в ситуации «болезни, смерти близкого человека», «собственной тяжелой болезни».

Возможны следующие варианты реагирования: депрессивно-апатичный тип реагирования с отгороженностью от реальности, жалостью к себе и обидой; ажитированный и хаотичный тип (состояние паники).

Анализ факторных структур страхов у студентов показал, что категория *контроля ситуации* задает континуум и спектр разнообразия эмоциональных переживаний в различных социальных условиях. От смыслового основания «контролируемость ситуации» зависит степень и глубина негативных эмоциональных переживаний, тревоги и страха в отношении к тем или иным жизненным обстоятельствам. Кроме того, содержательный характер факторов показывает широкий диапазон тревожных ситуаций для испытуемых, вызывающих чувства то злости и горькой обиды с элементами самообвинения, то безысходности и апатии, то паники и волнения, то стыда и неуверенности в себе.

Итак, для студентов с высоким уровнем социальных страхов характерно более интенсивное опасение по поводу социального пренебрежения, социальной оценки, нежели по поводу фрустрации базовых потребностей в выживании.

Глава 3

СЕМАНТИЧЕСКОЕ ПРОСТРАНСТВО АЛГОРИТМОВ ЭМОЦИОНАЛЬНО- КОГНИТИВНОГО РЕАГИРОВАНИЯ НА СОЦИАЛЬНЫЕ СИТУАЦИИ ПРИ СОЦИОФОБИИ

В проведенном нами исследовании клинического уровня социальных страхов – социофобий – участвовали экспериментальная (страдающие социофобией) и контрольная (норма) группы.

Количество испытуемых в пилотажных исследованиях – 115 человек; количество испытуемых в каждой из групп основного эксперимента – 55 человек, всего исследовано по выделенным параметрам 110 человек. В целом в исследовании (пилотажном и основном) участвовали 225 человек. 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 выраженности социальных страхов. Основной способ формирования групп – статистическое подтверждение достоверности (с помощью Т-критерия Стьюдента) социофобической симптоматики или ее отсутствия.

Для выявления психологических характеристик расстройства, а также дифференциально-психодиагностических целей был разработан Опросник социофобии [142–156].

Вопросы опросника сформулированы на основе бесед с больными, их лечащими врачами и критериев МКБ-10. Эти симптомы таковы: 1) наличие интенсивного страха и тревоги в социальных ситуациях оценки успешности; 2) стремление к избеганию социальных ситуаций; 3) осознание иррациональности и преувеличен-

ности источника опасности в социальных ситуациях; 4) невозможность сознательного избавления от страха, мешающего адаптации в обществе.

В результате было составлено 29 вопросов (см. прил. 2), представляющих разные виды социальных ситуаций, стратегии поведения в них и эмоциональные реакции. Было предложено два варианта ответов: «да» или «нет». Подсчет баллов по утвердительным ответам дает суммарный балл по опроснику. Опросник социофобии валидизирован и апробирован для данной группы испытуемых, достоверно (на уровне $p < 0,001$) делит выборку на «высоких» и «низких» по уровню социальных страхов. В зависимости от задачи можно выделить группу «среднего уровня выраженности» социальных страхов.

Примеры вопросов Опросника социофобии (ОСФ): «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. (см. прил. 2).

С целью обнаружения взаимосвязей между индивидуально-типологическими особенностями и типами социальных страхов проведен корреляционный анализ. Корреляция показателей ОСФ со шкалой личностной тревожности теста Спилбергера – Ханина позволила обнаружить прямую положительную взаимосвязь. 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 ОСФ. 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» и «аутичного» реагирования в широком спектре ситуаций. Страдающие социофобией склонны к ог-

раничительному поведению и тревожному реагированию, избегающему стилю поведения.

Корреляционный анализ Опросника социофобии со шкалами TOP3 – Томского опросника ригидности Г.В. Залевского (при $p < 0,05$) показал взаимосвязь высокого уровня социальных страхов со шкалами: ригидность как состояние, сенситивная ригидность, симптомокомплекс ригидности, актуальная ригидность, преморбидная ригидность [48, 49, 143, 144, 147, 149].

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 психической ригидностью, отражающей эмоциональную реакцию человека на новое, «на ситуации, требующие каких-либо изменений». При повышении социальной тревожности повышается вероятность актуальной ригидности, а также 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 (рис. 1). 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. Эта идея легла в основу обоснования термина «алгоритм эмоционально-когнитивного реагирования».

Посредством корреляционного анализа суммарных баллов по каждому испытуемому в отношении полюсов осей, полученных в результате многомерного шкалирования данных по тестам ММРІ и TOP3, построена типологическая модель алгоритмов эмоционально-когнитивного реагирования на социальные ситуации с учетом индивидуально-типологических особенностей.

Первая ось многомерной модели – «*страх и избегание ситуаций оценки социальной успешности*» (см. рис. 1). Правый полюс первого критерия демонстрирует эмоциональный уровень реакции, его можно обозначить как «паническая атака, интенсивная тревога, страх в ситуациях оценивания успешности».



Рис. 1. Многомерное шкалирование пунктов Опросника социофобии

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, он отражает способ реагирования – «*избегание ситуаций при осознании иррациональности страха и преувеличенности опасности*». Здесь убежденность в отрицательном мнении окружающих относи-

тельно своего поведения увеличивается: «кажется, люди отворачиваются, не желая иметь дело с таким застенчивым человеком». Выражено стремление «покинуть помещение, если человек противоположного пола оказывает знаки внимания»; «не примерять одежду перед покупкой»; «остаться дома и не пойти на вечеринку».

При данном типе избегающей когнитивно-поведенческой реакции характерны изоляция, аутодеструктивные тенденции. Профиль личности с таким поведением составляют «шизоидность», «депрессия» и «психастения», «паранойальность», «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*» (см. рис. 1). 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"*», выраженное 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 паранойальным проецированием негативного отношения окружающих.

Последний выделенный параметр «*страх проявления интереса – попытка скрыть проявления страха*» (см. рис. 1). Эмоциональный полюс – «*страх проявления интереса к моей персоне, какому-либо внимания*». 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, скомпенсировать 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». Характерны пессимизм в оценке перспективы, робость в ситуациях общения и скрытность. 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. 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, 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 ней [228–230].

Таким образом, основными характеристиками алгоритмов эмоционально-когнитивного реагирования на социальные ситуации при социофобии являются высокий уровень психической ригидности как состояния и сенситивной ригидности, фиксированные формы поведения при осознании их иррациональности («аутодеструкция» «изоляция», «выборочное избегание», «соматизация», «депрессия» и др.) и преобладание гипостенических черт характера в профиле ММРІ.

а) Стадия «испытываю – не испытываю» данный страх в этой ситуации.

Испытываете ли вы страх в данной ситуации и насколько он выражен?

Обратиться к человеку выше по статусу (например, к начальнику) с какой-либо просьбой.

Боюсь не смогу сделать необходимое в ситуации и у всех на глазах потерплю фиаско (провал)

Не испытываю

Испытываю

Рис. 2а. Интерфейс программы Organon 2.0 при тестировании на психосемантическую методику исследования СФ

Социофобия не просто диагноз или специфическое заболевание, но еще и сложный психосоциальный феномен, отражающий современные особенности актуального биполярного конструкта «психическая норма – психическая патология». Известно, что наряду с неопределимостью и неочерчиваемостью границ данных понятий, они операционализируются в зависимости от культурно-исторической эпохи. Вокруг подобных психических расстройств формируются устойчивые актуальные критерии «психической нормы».

б) Стадия «оценки выраженности» данного страха в этой ситуации.

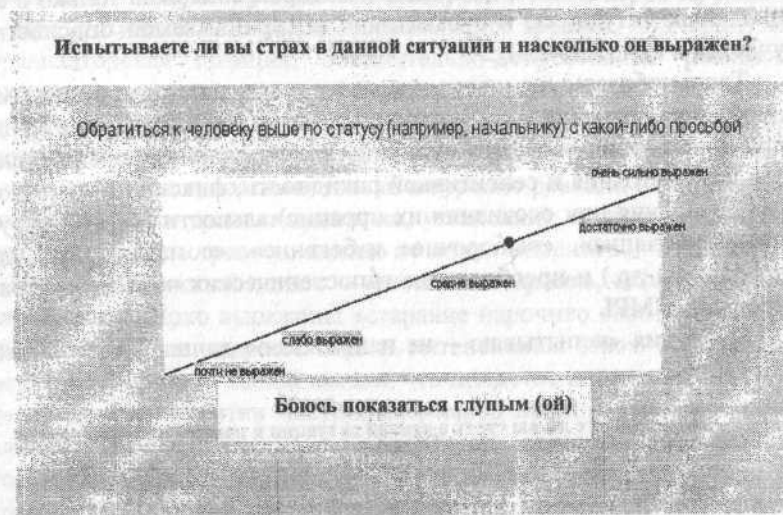


Рис. 26. Интерфейс программы Organon 2.0

при тестировании на психосемантическую методику исследования СФ

Кроме того, в исследовании разработана *психосемантическая методика исследования социальных страхов*, позволившая выявить *телесную топологию разных типов социальных страхов*, а также эмоционально-когнитивные типы реагирования на социальные ситуации. Психосемантическая методика реализована в авторской программе Organon 2.0 (см. рис. 2а, 2б).

Для создания психосемантической методики исследования социальных страхов сформированы списки категорий, реконструирующих семантическое пространство эмоционально-когнитивного реагирования на социальные ситуации: объектов (социальных ситуаций оценивания эффективности, успешности) и дескрипторов (описательных характеристик).

Дескрипторы формировались двух типов: с целью характеристики социальных ситуаций с позиции, с одной стороны, эмоционально-физиологических индикаторов, а с другой – когнитивной оценки и вычленения определенного типа социального страха.

С целью формулировки списков потребовалось сформировать и провести несколько фокус-групп: 1) контрольная группа; 2) специалисты психиатры, психотерапевты и клинические психологи, работающие в психиатрической больнице; 3) больные, страдающие социофобией.

В результате были сформированы *три списка категорий*, через взаимную оценку которых осуществлена экспликация семантического пространства алгоритмов эмоционально-когнитивного реагирования на социальные ситуации.

Посредством экспертного опроса специалистов в области клинической психологии и психотерапии, а также двух пилотажных исследований, нам удалось скорректировать перечни категорий (объекты и дескрипторы) с учетом всех особенностей социальных страхов и социофобий, совместимости категорий друг с другом.

Список социальных ситуаций был одинаков на двух этапах тестирования. Оценка ситуаций производилась в первую очередь с позиции возникающих страхов, а затем – с позиции психофизиологических ощущений (эмпирических индикаторов эмоций).

Списки категорий психосемантической методики исследования социальных страхов в норме и патологии

1. Социальные ситуации:

1. Проверка, контроль знаний (экзамен, аттестация и др.).
2. Знакомство с молодым человеком / девушкой с целью интимных отношений.
3. Выступление перед аудиторией (доклад и др.).
4. Обратиться к человеку выше по статусу (например, к начальнику) с какой-либо просьбой.
5. Высказывание и отстаивание своего мнения перед коллегами по работе.
6. Признаваться в любви.
7. Обед или ужин на людях, в гостях (прием пищи в кругу людей).
8. Позвонить по справочному номеру для выяснения какой-либо информации.
9. Возврат покупки в магазин (с целью возврата денег или обмена товара).
10. Смотреть в глаза малознакомому человеку.
11. Делать что-либо (работать) под наблюдением.
12. Отказать настойчивой просьбе вашего знакомого, которую трудно или неприятно выполнять.
13. Спросить у прохожего о чем-либо (например, как пройти на незнакомую улицу и др.).

14. Посещение праздничного мероприятия в рабочем (учебном) коллективе.
15. Посещение супермаркета с большим скоплением людей (например, с целью сделать покупки).
16. Заполнение квитанции или документов в каком-либо учреждении.
17. Примерять одежду перед покупкой.
18. Ходить по пляжу в купальнике (купальных плавках).

II. Страхи (предложение начинается словом «Боюсь»):

1. неопределенности: неизвестен исход ситуации.
2. показаться глупым(ой).
3. показаться внешне непривлекательным(ой).
4. что со мной грубо, жестоко обойдутся.
5. покраснеть, когда это видят другие люди.
6. что окружающие станут обсуждать мои недостатки за спиной.
7. что от смущения буду вести себя странно, неловко и стану объектом насмешек.
8. не смогу сделать необходимое в ситуации и у всех на глазах потерплю фиаско (провал).
9. унижительной и негативной оценки окружающих.
10. окружающие будут испытывать ко мне отвращение и неприязнь.
11. что не смогу контролировать свое поведение (скажу или сделаю что-то «не так»).
12. что ко мне станут относиться хуже или отвергнут (после участия в ситуации).
13. что другие заметят, как от напряжения дрожат мои руки и потеют ладони.
14. оказаться недостаточно активным и смелым и в последний момент избежать ситуации.
15. причинить другому (другим) какие-либо неприятности (проблемы, страдания).

III. Психофизиологические индикаторы эмоций:

1. Ощущаю, что вспотели ладони.
2. Возникает ощущение нехватки воздуха.
3. Чувствую, что пересохло во рту.
4. Ощущаю нарастающее частое сердцебиение («сердце выскакивает из груди»).
5. Замечаю, что мои пальцы дрожат.
6. Ощущаю дрожь во всем теле.
7. Чувствую, что от стыда краснеет лицо (или/и щеки, уши, шея).
8. Мое лицо побледнело, похолодели пальцы рук.
9. Пропал голос (либо дрожит голос, ком в горле).
10. Ощущение головокружения.
11. Ощущение нереальности происходящего.
12. Заболел живот (и/или внезапно испытываю позыв в туалет).

13. Ватные ноги, подкашиваются.
14. Не могу пошевелиться (от страха).
15. Напряжение мышц усиливается.
16. Подступила тошнота (и/или испытываю позывы к рвоте).
17. От обиды и беспомощности в глазах стоят слезы.
18. От смущения опускаю глаза и пытаюсь отвернуться от собеседника.

После проведения тестирования испытуемых из контрольной и экспериментальной групп матрицы оценок социальных ситуаций усреднялись. Таким образом, после процедуры усреднения дальнейшей обработке подвергались 4 матрицы: 1) «ситуации – страхи» по группе «высоких» (социофобия) и 2) по группе «низких» (норма) размерностью 18x15 каждая; 3) «ситуации – ощущения» по группе «высоких» и 4) по группе «низких» размерностью 18x18 каждая. Все эти матрицы были подвергнуты факторному анализу методом главных компонент (поворот факторов Varimax with Kaiser Normalization).

Семантическое пространство социальных страхов операционализируется нами как целостный набор патологически ригидных паттернов реагирования на социальные ситуации, включающий взаимосвязанные компоненты: эмоциональное отношение к происходящему (выраженное психофизиологическими индикаторами эмоций, например «от обиды в глазах стоят слезы»), а также когнитивная оценка ситуации (например, «боюсь покраснеть, когда это увидят другие»).

Факторные пространства и индивидуальные факторные веса (вклады) – см. табл. 2.

Таблица 2а

Факторное пространство группы «социофобия»
Матрица «ситуации – страхи»

Факторный анализ матрицы «ситуации - страхи» по группе «высоких»	1 F	2 F	3 F	4 F
1	2	3	4	5
Боюсь неопределенности: неизвестен исход ситуации	0,89	0,06	0,19	-0,10
Боюсь показаться глупым(ой)	0,87	0,37	-0,10	-0,12
Боюсь показаться внешне непривлекательным(ой)	-0,04	0,25	0,03	0,95

Продолжение табл. 2а

1	2	3	4	5
Боюсь, что со мной грубо, жестоко обойдутся	0,82	-0,18	0,47	0,10
Боюсь покраснеть, когда это видят другие люди	0,78	0,47	-0,08	0,34
Боюсь, что окружающие станут обсуждать мои недостатки за спиной	0,15	0,90	-0,03	0,35
Боюсь, что от смущения буду вести себя странно, неловко и стану объектом насмешек	0,61	0,53	-0,01	0,57
Боюсь, не смогу сделать необходимое в ситуации и у всех на глазах потерплю фиаско	0,79	0,56	0,03	-0,15
Боюсь унижительной и негативной оценки окружающих	0,59	0,73	0,14	0,13
Боюсь, окружающие будут испытывать ко мне отвращение и неприязнь	0,03	0,66	0,62	0,26
Боюсь, что не смогу контролировать свое поведение (скажу или сделаю что-то «не так»)	0,88	0,17	0,22	0,22
Боюсь, что ко мне станут относиться хуже или отвергнуть (после участия в ситуации)	0,35	0,63	0,61	0,09
Боюсь, что другие заметят, как от напряжения дрожат мои руки и потеют ладони	0,79	0,35	-0,05	0,09
Боюсь оказаться недостаточно активным и смелым и в последний момент избежать ситуации	0,82	0,09	0,48	0,06
Боюсь причинить другому (другим) какие-либо неприятности (проблемы, страдания)	0,10	-0,01	0,96	-0,08
Индивидуальные факторные веса	1	2	3	4
Проверка, контроль знаний (экзамен, аттестация и др.)	1,41	0,11	-1,07	-1,09
Знакомство с молодым человеком / девушкой с целью интимных отношений	1,37	-0,92	0,93	2,06
Выступление перед аудиторией (доклад и др.)	1,39	1,36	-0,89	0,44
Обратиться к человеку выше по статусу (например, начальнику) с просьбой	1,33	-0,34	0,19	-0,44
Высказывание и отстаивание своего мнения перед коллегами по работе	0,05	1,82	0,54	-0,63

Окончание табл. 2а

Признаваться в любви	0,49	-0,45	1,98	0,86
Обед или ужин на людях, в гостях (прием пищи в кругу людей)	-0,90	0,36	-1,00	0,49
Позвонить по справочному номеру для выяснения какой-либо информации	-0,68	-1,40	-0,47	-1,16
Возврат покупки в магазин (с целью возврата денег или обмена товара)	1,16	-0,80	0,47	-0,42
Смотреть в глаза малознакомому человеку	-0,27	-0,61	-0,08	0,77
Делать что-либо (работать) под наблюдением	0,58	1,58	-0,79	-0,53
Отказать настойчивой просьбе вашего знакомого, которую трудно выполнять	-1,15	1,03	2,61	-1,48
Спросить у прохожего о чем-либо (например, как пройти на незнакомую улицу)	-0,73	-1,03	-0,27	-0,62
Посещение праздничного мероприятия в рабочем (учебном) коллективе	-0,67	0,41	-0,28	0,95
Посещение супермаркета с большим скоплением людей	-0,71	-1,10	-0,41	-0,42
Заполнение квитанции или документов в каком-либо учреждении	-0,17	-0,72	-0,58	-0,98
Примерять одежду перед покупкой	-0,98	-0,31	-0,45	0,64
Ходить по пляжу в купальнике (купальных плавках)	-1,54	0,97	-0,43	1,55

Основанием для построения семантических пространств «высоких» и «низких» по уровню социальных страхов стало разбиение выборки на эти категории.

Таблица 2б

Факторное пространство группы «социофобия»
Матрица «ситуации – ощущения»

Факторный анализ матрицы «ситуации – ощущения» по группе «высоких»	1 F	2 F	3 F
1	2	3	4
Проверка, контроль знаний (экзамен, аттестация и др.)	0,86	0,00	0,30
Знакомство с молодым человеком / девушкой с целью интимных отношений	0,39	0,44	0,74

Продолжение табл. 26

1	2	3	4
Выступление перед аудиторией (доклад и др.)	0,74	0,37	0,36
Обратиться к человеку выше по статусу (например, начальнику)	0,71	0,51	0,42
Высказывание и отстаивание своего мнения перед коллегами по работе	0,65	0,40	0,48
Признаваться в любви	0,48	0,42	0,61
Обед или ужин на людях, в гостях (прием пищи в кругу людей)	0,15	0,69	0,52
Позвонить по справочному номеру для выяснения какой-либо информации	0,79	0,40	0,19
Возврат покупки в магазин (с целью возврата денег или обмена товара)	0,63	0,34	0,63
Смотреть в глаза малознакомому человеку	0,42	0,61	0,60
Делать что-либо (работать) под наблюдением	0,53	0,72	0,34
Отказать настойчивой просьбе вашего знакомого, которую трудно выполнять	0,39	0,43	0,67
Спросить у прохожего о чем-либо (например, как пройти на незнакомую улицу)	0,71	0,36	0,51
Посещение праздничного мероприятия в рабочем (учебном) коллективе	0,42	0,62	0,60
Посещение супермаркета с большим скоплением людей (с целью сделать покупки)	0,24	0,17	0,86
Заполнение квитанции или документов в каком-либо учреждении	0,64	0,52	0,19
Примерять одежду перед покупкой	0,58	0,67	0,31
Ходить по пляжу в купальнике (купальных плавках)	0,21	0,89	0,25
Индивидуальные факторные веса	1	2	3
Ощущаю, что вспотели ладони	1,52	0,68	0,03
Возникает ощущение нехватки воздуха	-0,16	0,56	-1,22
Чувствую, что пересохло во рту	1,15	-0,70	-0,15
Ощущаю нарастающее частое сердцебиение («сердце выскакивает из груди»)	1,71	0,00	2,47
Замечаю, что мои пальцы дрожат	0,76	0,98	0,00
Ощущаю дрожь во всем теле	0,38	1,04	-1,53
Чувствую, что от стыда краснеет лицо (или/и щеки, уши, шея)	0,55	1,62	-0,29
Мое лицо побледнело, похолодели пальцы рук	-0,37	-0,10	-0,19
Пропал голос (либо дрожит голос, ком в горле)	1,36	-1,47	-0,33

Окончание табл. 26

1	2	3	4
Ощущение головокружения	-1,43	-0,33	0,31
Ощущение нереальности происходящего	-1,37	0,43	0,72
Заболел живот (и/или внезапно испытываю позыв в туалет)	0,13	-1,31	-0,35
Ватные ноги, подкашиваются	-0,60	-0,54	-0,69
Не могу пошевелиться (от страха)	-0,54	-0,11	-1,07
Напряжение мышц усиливается	-0,73	1,56	0,16
Подступила тошнота (и/или испытываю позывы к рвоте)	-0,65	-1,33	-0,41
От обиды и беспомощности в глазах стоят слезы	-0,40	-1,47	0,54
От смущения опускаю глаза и пытаюсь отвернуться от собеседника	-1,31	0,47	1,99

Основные отличия выявились не столько в содержании факторов, сколько в характере взаимосвязи двух семантических пространств (эмоциональный и когнитивный). Факторные структуры («ситуации – страхи» и «ситуации – ощущения») имели общее смысловое основание – «социальные ситуации», что позволило нам осуществить корреляционный и многомерный регрессионный анализ этих матриц во взаимодействии («взаимоналожение семантических пространств»).

Эта математическая операция позволяет воссоздать целостную смысловую картину различных наборов социальных ситуаций (в отношении как страхов, так и сопутствующих психофизиологических ощущений).

Было выяснено, что в целом между двумя факторными пространствами в группе «высоких» обнаружено несколько значимых связей (пять связей внутри двух семантических пространств), что свидетельствует о значительной насыщенности в переживаниях участия в социальных ситуациях психофизиологических непосредственных проявлений (ощущений как индикаторов испытываемых эмоциональных реакций в ситуации) (см. табл. 2).

В группе «низких» обнаружена одна значимая регрессионная связь между пространствами «ситуации – страхи» и «ситуации –

ощущения», что означает низкую выраженность непосредственных индикаторов сильного страха. Это также подтверждает значимые различия в создании эмоционально-когнитивного образа социальных ситуаций и соответствующих этому способов реагирования.

Матрица «ситуации – страхи» как в группе «высоких», так и «низких» имеет четырехфакторную структуру, содержание которой по ряду параметров значительно различается в экспериментальной и контрольной группах.

Проанализируем полученные факторные структуры матрицы «ситуации – страхи» по группам «высоких» и «низких». В качестве факторов в пространстве «ситуации – страхи» выступают страхи, в качестве индивидуальных факторных весов (вкладов в фактор) – социальные ситуации.

Первый фактор, объясняющий 58 % общей дисперсии смысла (собственное значение фактора = 8,64), представляет страх ситуаций, связанный в целом с оценением компетентности, успешности в разных сферах жизни.

«Проверка, контроль знаний» (1,4), «знакомство с молодым человеком/девушкой» (1,37), «выступление перед аудиторией» (1,39), «обращение с просьбой к начальнику» (1,33), «возврат покупки в магазин» (1,16) вызывают опасения, что «со мной грубо, жестоко обойдутся» (0,82), страх «покраснеть, когда это увидят другие» (0,78), «у всех на глазах потерпеть фиаско» (0,79). Все это сопровождается боязнью, что «не смогу контролировать поведение, скажу или сделаю что-то “не так”» (0,88), «другие заметят, что дрожат мои руки и потеют ладони» (0,79), «оказаться недостаточно активным и избежать ситуации» (0,82), «показаться глупым» (0,87), а также в целом «неопределенности: неизвестности исхода ситуации» (0,89). Ситуации, связанные с необходимостью «показать себя», выразив социальную инициативу (при знакомстве, просьбе начальника о чем-либо, возврате покупки), вызывают общесмысловой комплекс страхов, связанных с тем, что другие (сторона интеракции) увидят (заметят) волнение, что повлечет за собой целый шлейф негативных оценок с их стороны.

Фактор неподконтрольности («неизвестен исход ситуации») вызывает фрустрацию потребности в безопасности. Неизвестно, как на проявленную социальную инициативу («знакомство», «прось-

ба», «возврат покупки», «выступление перед аудиторией») отреагирует участник этих интеракций. Страх «показаться не таким» (покраснеть, с дрожащими руками) и стать объектом насмешек, потерпев фиаско в таких ситуациях достигает максимума.

Этот фактор значимо положительно связан ($r=0,5$; $p=0,026$) с первым фактором в пространстве «ситуации – ощущения». Первый фактор матрицы «ситуации – ощущения» объясняет 74 % дисперсии смысла, имеет собственное значение = 13,3 и характеризует класс ощущений: «нарастающее сердцебиение («сердце выскакивает из груди»)» (1,71), «пересохло во рту» (1,15), «вспотели ладони» (1,52), «пропал голос (либо дрожит голос, ком в горле)» (1,36). Кроме того, такие телесные сенсации и психовегетативные проявления вызваны непосредственной реакцией на ситуации, требующие активной жизненной позиции, проявления своей воли и мнения: «отстаивать свое мнение перед коллегами» (0,65), «спросить у прохожего, как пройти на незнакомую улицу» (0,71) и др.

Кроме того, первый фактор характеризуемого пространства «ситуации – страхи» имеет отрицательную значимую связь со вторым фактором матрицы «ситуации – ощущения». Таким образом, кроме вышеперечисленных психовегетативных проявлений, в этих ситуациях с испытуемыми происходит следующее: «заболел живот (и/или внезапно испытываю позыв в туалет)» (1,31), «подступила тошнота (и/или испытываю позывы к рвоте)» (1,33), «от обиды и беспомощности в глазах стоят слезы» (1,47). В наибольшей степени эти ощущения связаны со страхом негативной оценки выступления перед аудиторией в ситуации контроля знаний.

Что касается **второго фактора** (объясняет 15,7 % дисперсии смысла, собственное значение = 2,35) в пространстве «ситуации – страхи» группы «высоких», то он не обнаружил значимых связей с факторным пространством «ситуации – ощущения». В данном случае ситуации «ходить по пляжу в купальнике/ купальных плавках» (1,0), «отказать в настойчивой просьбе знакомому» (1,03), «высказывание, отстаивание своего мнения перед коллегами» (1,82), а также «выступление перед аудиторией» (1,36) и «делать что-либо (работать) под наблюдением» (1,58) вызывают страх «оказаться со стороны не в лучшем виде», вследствие чего окружающие «отвернутся», «отвергнут», станут «обсуждать недостатки за спиной».

Основные факторные нагрузки составили следующие страхи: «другие станут обсуждать мои недостатки за спиной» (0,9), «стану объектом насмешек» (0,53), «у всех на глазах потерплю фиаско» (0,56), «окружающие станут испытывать ко мне отвращение и неприязнь» (0,66), а также «станут хуже относиться после участия в ситуации или отвергнуть» (0,63).

Третий фактор «ситуации – страхи» пространства в группе «высоких» обнаружил значимую положительную связь с третьим фактором семантического пространства «ситуации – ощущения» ($r=0,52$; $p=0,029$). Данная подструктура с собственным значением 1,84 объясняет 12,24 % общей дисперсии смысла, является третьей по значимости смысловой категорией в характеризуемом семантическом пространстве.

Третий фактор также показывает, что страх «отвержения» (0,62) и «причинения другим страдания» (0,96), «грубого, жестокого обращения» (0,47), «избежать ситуации» (0,48) характерен для участия в ситуациях интимно-личностного, близкого контакта, связанного с демонстрацией своего отношения к человеку (в положительном или отрицательном аспекте): «признание в любви» (1,98), «знакомство с девушкой/молодым человеком» (0,99), «отказ в настойчивой просьбе знакомого» (2,61). Связь с третьим фактором пространства «ситуации – ощущения» (который объясняет 5 % дисперсии пространства «ситуации – ощущения», собственное значение = 1) раскрывает и непосредственно-эмоциональный уровень реагирования в этих ситуациях: «нарастающее сердцебиение» (2,47), «от смущения опускаю глаза и пытаюсь отвернуться от собеседника» (1,99), что свидетельствует о «смущении», «стыдливости» в эмоциях и нерешительности в поведении.

Четвертый фактор пространства «ситуации – страхи» группы «высоких», объясняющий 6 % дисперсии, является наименее значимым из всех факторов, составляющих данную структуру, имеет собственное значение = 1. Фактор определяет смысл «обнажения» (в прямом и переносном смысле): «признание в любви» (0,9), «знакомство с молодым человеком/девушкой» (2,06), «посещение праздничного мероприятия в рабочем коллективе» (0,95), «ходить по пляжу в купальнике/купальных плавках» (1,55). Эти ситуации сопровождаются «боязнью показаться внешне непривлекательным»

(0,95), а также опасениями, «что от смущения стану вести себя неловко и стану объектом насмешек» (0,57). Данный фактор обнаружил две значимые регрессионные связи с семантическим пространством «ситуации – ощущения». Во-первых, это значимая отрицательная связь с первым фактором пространства «ситуации – ощущения» ($r=-0,52$; $p=0,026$), показывающая, что участие в подобных ситуациях сопровождается «ощущением нереальности происходящего» (1,37), «ощущением головокружения» (1,43), «ощущением смущения и опусканием глаз, попыткой отвернуться от собеседника» (1,31).

Защита по принципу дереализации, провоцируемая тяжестью «выразить чувства или отношение к происходящему», обозначается метафорически как «голова пошла кругом». Также данный фактор связан и со вторым фактором пространства «ситуации – ощущения» ($r=0,5$; $p=0,039$), эта связь иллюстрирует наличие ощущений «дрожь во всем теле» (1,04), «дрожание рук» (0,98), «покраснение лица от стыда» (1,62), «усиление напряжения мышц» (1,56). Налицо сильное волнение, стыдливость, интенсивная тревога и страх, проявляющиеся телесными ощущениями (дрожание тела и конечностей, напряжение мышц, невозможность расслабиться).

Что касается пространств «ситуации – страхи» и «ситуации – ощущения» в группе «низких» (см. табл. 3), то смысловые связи этих двух пространств прослежены только в одном случае: «выступление перед аудиторией», «контроль знаний» и другие социальные ситуации оценки компетентности, успешности и проявления инициативы вызывают ощущения «нехватки воздуха», «боли в области живота».

В целом общее семантическое пространство «низких» (группа «норма») свидетельствует скорее о наличии когнитивной оценки ситуаций, однако непосредственный психофизиологический уровень тревоги для группы «норма» характерен в гораздо меньшей степени, чем для группы «социофобия». Озабоченность группы «низких» статусом и престижем контрастирует с чрезмерными опасениями «высоких» относительно даже самых незначительных ситуаций («посещение супермаркета с целью сделать покупки», «спросить у прохожего верный маршрут» и т.д.).

Таблица 3

Результаты «взаимоналожения семантических пространств» матриц «ситуации – страхи» и «ситуации – ощущения» по группе (а) «высоких» и (б) «низких»

(а) для «высоких»

«Взаимоналожение семантических пространств»	F1 страх	F2 страх	F3 страх	F4 страх
F1 ощущение	0,5230	-0,0983	-0,1628	-0,5215
	p=0,026	p=0,698	p=0,519	p=0,026
F2 ощущение	-0,4585	0,3066	-0,0891	0,4897
	p=0,056	p=0,216	p=0,725	p=0,039
F3 ощущение	0,0366	-0,1882	0,5154	0,2276
	p=0,885	p=0,454	p=0,029	p=0,364

(б) для «низких»

«Взаимоналожение семантических пространств»	F1 страх	F2 страх	F3 страх	F4 страх
F1 ощущение	0,3029	-0,0361	0,0490	-0,3777
	p=0,222	p=0,887	p=0,847	p=0,122
F2 ощущение	0,3452	0,0682	0,1796	0,2647
	p=0,161	p=0,788	p=0,476	p=0,288
F3 ощущение	-0,4973	0,0782	-0,0552	0,2784
	p=0,036	p=0,758	p=0,828	p=0,263

Анализ средних значений по матрице «ситуации – страхи» у «высоких» и «низких» показал существенную разницу в иерархии и выраженности социальных страхов (см. табл. 4).

Если страдающие социофобией более всего склонны бояться «насмешек», «что сделают что-то «не так», не смогут контролировать свое поведение», «неопределенного исхода ситуации», «показаться глупым» и «получить унижительную оценку», то испытуемые из подгруппы «низких» более всего боятся «показаться непривлекательными», что характеризует их нормальное актуальное возрастное состояние опасений.

Более того, Т-критерий Стьюдента в отношении «высоких» и «низких» средних значений по страхам указывает на достоверно различный уровень интенсивности страхов в ситуациях (см. табл. 4 и 5). Самое высокое среднее значение по страхам в подгруппе «нормы» («низкие») равняется самому низкому значению в подгруппе «социофобия» («высокие»). Список средних по страхам в группе «низких» начинается самым высоким для них значением выраженности страха = 0,84, а в группе «высоких» такое число завершает список, являясь наименьшей выраженностью, а максимальная интенсивность страха здесь = 1,59.

Таблица 4

Иерархия страхов в подгруппах (а) «высоких» и (б) «низких» по средним значениям оценок социальных ситуаций

(а) «высокие»

1,59	Боюсь, что от смущения буду вести себя странно, неловко и стану объектом насмешек
1,53	Боюсь, что не смогу контролировать свое поведение (скажу или сделаю что-то «не так»)
1,44	Боюсь показаться глупым(ой)
1,40	Боюсь неопределенности: неизвестен исход ситуации
1,40	Боюсь, не смогу сделать необходимое в ситуации и у всех на глазах потерплю фиаско
1,39	Боюсь унижительной и негативной оценки окружающих
1,29	Боюсь, что окружающие станут обсуждать мои недостатки за спиной
1,21	Боюсь оказаться недостаточно активным и смелым и в последний момент избежать ситуации
1,20	Боюсь покраснеть, когда это видят другие люди
1,16	Боюсь, что со мной грубо, жестоко обойдутся
1,15	Боюсь показаться внешне непривлекательным(ой)
1,12	Боюсь, что ко мне станут относиться хуже или отвергнут (после участия в ситуации)
1,03	Боюсь причинить другому (другим) какие-либо неприятности (проблемы, страдания)
0,95	Боюсь, что другие заметят, как от напряжения дрожат мои руки и потеют ладони
0,84	Боюсь, окружающие будут испытывать ко мне отвращение и неприязнь

(б) «низкие»

0,84	Боюсь показаться внешне непривлекательным(ой)
0,74	Боюсь, не смогу сделать необходимое в ситуации и у всех на глазах потерплю фиаско
0,73	Боюсь показаться глупым(ой)
0,73	Боюсь неопределенности: неизвестен исход ситуации
0,67	Боюсь унижительной и негативной оценки окружающих
0,63	Боюсь, что от смущения буду вести себя странно, неловко и стану объектом насмешек
0,62	Боюсь, что окружающие станут обсуждать мои недостатки за спиной
0,52	Боюсь, что ко мне станут относиться хуже или отвергнуть (после участия в ситуации)
0,51	Боюсь оказаться недостаточно активным и смелым и в последний момент избежать ситуации
0,51	Боюсь, что не смогу контролировать свое поведение (скажу что-то «не так»)
0,48	Боюсь покраснеть, когда это видят другие люди
0,48	Боюсь, что со мной грубо, жестоко обойдутся
0,37	Боюсь причинить другому (другим) какие-либо неприятности (страдания)
0,22	Боюсь, что другие заметят, как от напряжения дрожат мои руки и потеют ладони
0,19	Боюсь, окружающие будут испытывать ко мне отвращение и неприязнь

Это свидетельствует о достоверной и наглядной разнице в интенсивности и содержательной специфике страхов в ситуациях.

Одновременно это демонстрирует валидность данной методики, поскольку данные полностью согласуются с вышеописанной характеристикой групп испытуемых, дополняя полученную информацию.

Диагностическая дифференциация по подгруппам в рамках данной методики превышает эффект и от ОСФ, и от теста М. Либовица. Разбиение групп на «высоких» («социофобия») и «низких» («норма») в рамках данной методики статистически наиболее достоверно ($p < 0,0001$).

Интересным информативным компонентом проведенного анализа является и тот факт, что во многом все-таки иерархическая

шкала «чего боюсь больше всего» совпадает в обеих подгруппах, однако разница в интенсивности настолько велика, что указанный выше p -level стремится к нулю и превышает даже самые оптимистичные ожидания достоверности различий средних в подгруппах (см. табл. 5–6).

Так, например, и в первой, и во второй группах «страх, что окружающие будут испытывать ко мне отвращение и неприязнь» стоит на последней иерархической позиции, однако среднее этого страха в группе «высоких» = 0,84, а в группе «низких» = 0,19. Все вышеизложенное свидетельствует в пользу специфической психологической картины пациентов с СФ в целом, тревожная реакция, свойственная всем людям в ситуациях оценки успешности, гипертрофирована в группе «патология». Компонентом основного алгоритма эмоционально-когнитивного реагирования на социальные ситуации у больных СФ является патологическое преувеличение опасности, в связи с чем возрастает и негативизируется и интенсивность эмоционально-когнитивной реакции. При схожести денотативной структуры мы обнаруживаем существенную разницу в коннотациях групп «нормы» и «патологии».

Интересная психологическая картина получилась и при построении иерархической модели средней выраженности психофизиологических индикаторов эмоций (ощущений), переживаемых в социальных ситуациях обеими подгруппами: «норма» и «патология».

T-критерий различий средних значений в подгруппах «патология» и «норма» по ощущениям, сопровождающим тревогу в социальных ситуациях, показал достоверное на уровне $p < 0,001$ дифференцирование в интенсивности телесных сенсаций, психовегетативных проявлений и других психофизиологических признаков сильного волнения (см. табл. 6).

Последнее также подтверждает предположение о наиболее существенной разнице уже не только в рамках коннотаций, но и денотативной структуры – именно на уровне «непосредственной» психофизиологической реакции на социальные ситуации, связанные с оценкой успешности.

Таблица 5

Т-критерий средних значений по страхам
в подгруппах «высоких» и «низких»

Группа	Среднее значение	Стандартное отклонение	p-уровень
«Низкие»	0,549	0,188	0,0000001
«Высокие»	1,247	0,214	

Страдающие социофобией отличны здесь от группы «норма» не только по интенсивности переживаний, но и по самой структуре ощущений. Социальный страх при СФ имеет четкие зоны локализации в теле, т.е. определенные группы социальных ситуаций, вызывающих социальный страх, словно «вырезаны» на теле пациента специфическими телесными сенсациями и психовегетативными проявлениями.

Таблица 6

Т-критерий средних значений по ощущениям
в подгруппах «высоких» и «низких»

Группа	Среднее значение	Стандартное отклонение	p-уровень
«Низкие»	0,28	0,26	0,0001
«Высокие»	1,01	0,44	

Это отражает психологическую сущность психотерапии социальных страхов. Именно жесткость, косность структуры психофизиологических индикаторов эмоций в отношении социальных ситуаций позволяет строить прогностические модели реакций таких больных. Ориентируясь на выявленные телесные зоны, отвечающие за социальный страх в определенном типе ситуаций, мы облегчаем задачи психотерапии таких больных.

Таким образом, иерархические модели по средним значениям выраженности ощущений – индикаторов тревоги показали, что в основном различие имеет источник не в содержательной структуре страхов и ощущений, но в интенсивности, значимо различающейся в подгруппах (см. табл. 7). Однако содержательных различий значительно больше по результатам «ощущений», испытываемых при участии в социальных ситуациях.

Имеющиеся содержательные различия заключаются в следующем. Наиболее интенсивными переживаниями для группы «патология» являются индикаторы стыда, вины и паники, ожидания некоего «наказания – негативной оценки» («вспотели ладони», «покраснело лицо» и др.).

Для группы «норма» наиболее выраженным ощущением является: «дрожание пальцев», «головокружение», «сухость во рту» как индикаторы, по результатам анализа семантических пространств связанные с мотивацией достижения, желанием успешно «выступить перед аудиторией», «отстаивать свое мнение» и прочие ситуации, связанные с активной жизненной позицией (см. табл. 7).

Таблица 7

Иерархия ощущений, сопровождающих тревогу
в подгруппах (а) «высоких» и (б) «низких»
по средним значениям оценок социальных ситуаций

(а) «высокие»

2,09	Ощущаю нарастающее частое сердцебиение («сердце выскакивает из груди»)
1,65	Ощущаю, что вспотели ладони
1,48	Чувствую, что от стыда краснеет лицо (или/и щеки, уши, шея)
1,45	Замечаю, что мои пальцы дрожат
1,22	От смущения опускаю глаза и пытаюсь отвернуться от собеседника
1,17	Напряжение мышц усиливается
1,15	Чувствую, что пересохло во рту
1,02	Ощущаю дрожь во всем теле
0,96	Пропал голос (либо дрожит голос, ком в горле)
0,90	Ощущение нереальности происходящего
0,85	Мое лицо побледнело, похолодели пальцы рук
0,78	Возникает ощущение нехватки воздуха
0,68	От обиды и беспомощности в глазах стоят слезы
0,67	Заболел живот (и/или внезапно испытываю позыв в туалет)
0,59	Ощущение головокружения
0,57	Не могу пошевелиться (от страха)
0,56	Ватные ноги, подкашиваются
0,41	Подступила тошнота (и/или испытываю позывы к рвоте)

(б) «низкие»

1,10	Замечаю, что мои пальцы дрожат
0,60	Ощущаю нарастающее частое сердцебиение («сердце выскакивает из груди»)
0,46	Чувствую, что пересохло во рту
0,41	Ощущение головокружения
0,40	От смущения опускаю глаза и пытаюсь отвернуться от собеседника
0,29	Подступила тошнота (и/или испытываю позывы к рвоте)
0,27	Чувствую, что от стыда краснеет лицо (или/и щеки, уши, шея)
0,25	Пропал голос (либо дрожит голос, ком в горле)
0,25	Ощущаю, что вспотели ладони
0,25	Напряжение мышц усиливается
0,18	Мое лицо побледнело, похолодели пальцы рук
0,15	Возникает ощущение нехватки воздуха
0,13	Ощущение нереальности происходящего
0,10	От обиды и беспомощности в глазах стоят слезы
0,07	Не могу пошевелиться (от страха)
0,07	Ощущаю дрожь во всем теле
0,06	Ватные ноги, подкашиваются
0,05	Заболел живот (и/или внезапно испытываю позыв в туалет)

Наиболее характерными блоками смысла оказались: «оценка компетентности и проявление социальной инициативы», «коммуникация в интимно-личностных контактах», «ситуации “под наблюдением”». Телесная топология социальных страхов – зоны телесной локализации специфического социального страха (выступление перед аудиторией, выражение чувств или мнения и др.). *В рамках каждого из блоков социальных ситуаций характерны определенных рода «зоны телесной топологии страха»:*

– для *интимно-личностных контактов* зоны напряжения и психовегетативных реакций локализованы в *мышцах, животе* (напряжение, дрожь в руках и всем теле, боль в животе и тошнота);

– для *ситуаций «обнажения» души и тела* (выражение чувств, «переодеться в купальник на пляже») телесность смещается на *«лицо, шею»* (краснеет или бледнеет), *голову* (головокружение, нереальность);

– для *ситуаций оценки компетентности* (с «массовым свидетелем участия») и необходимостью проявлять самостоятельность, инициативу, социальную смелость) характерны зоны: *горло* (голос пропадает, дрожит, пересыхает во рту), а также *сердце* (учащается пульс); боль в области *живота*, тошнота;

– для *ситуаций, в которых человек оказывается объектом наблюдения*, характерны дрожь во всем теле, покраснение *лица, шеи* и напряжение *мышц*, но в меньшей степени, чем для ситуаций «обнажения души и тела».

Более детально результаты указывают на типологию страхов как с когнитивной, так и с непосредственно эмоциональной (выраженной психофизиологическими индикаторами) стороны. Наблюдается рефлексия над предметом страха, а затем отслеживание в непосредственном реагировании разного рода ощущений.

По результатам выделения блоков зон телесных ощущений как вариантов непосредственного реагирования на участие в ситуации можно заметить, что для *проявления некоей инициативы и социальной смелости и активности своей позиции* (как в ситуациях интимных контактов, так и внешне-социальных, связанных с оценкой компетентности) характерна зона напряжения в *области мышц (напряжение) и живота* (боль, тошнота, позывы в туалет).

Для социальных *ситуаций, связанных с «обнажением души и тела», а также ситуаций «под наблюдением»* характерен «социальный стыд», опасения выглядеть «недолжным образом», эмпирическим индикатором которого выступают телесные сенсации на лице, шее, голове (покраснение, головокружение).

Таким образом, для социальных ситуаций характерны определенные страхи и потребности:

– для *социальных ситуаций интимно-личностных контактов* – выражения чувств и отношения – характерен страх «причинить боль другому», «отвержения», «самому избежать в последний момент этой ситуации» (выражена потребность в аффиляции, коррелирует со 2, 7, 8-й шкалами MMPI);

– для *ситуаций «обнажения» души и тела* характерен «страх показаться непривлекательным» и «стать объектом насмешек» (характерна потребность в «сохранении социального лица, устойчивом положении дел»);

– для *ситуаций оценки компетентности* (с «массовым свидетелем участия») и необходимостью проявлять самостоятельность,

инициативу, социальную смелость) характерны страхи «оказаться недостаточно активным», «неизвестности исхода ситуации» – неподконтрольность ситуации, «у всех на глазах потерпеть фиаско» (потребность в контроле над ситуацией, а также в признании; низкая степень доверия к миру, коррелирует со шкалами 1, 6, 8 теста ММРІ);

– для *ситуаций, в которых человек оказывается объектом наблюдения*, в наибольшей степени характерен страх, что «оказывающиеся станут испытывать ко мне отвращение и неприязнь», «станут хуже относиться» (также выражена потребность в аффилиции, коррелирует со шкалами 0, 2, 7 теста ММРІ).

Соотнесение данных по семантическим пространствам «ситуаций – страхов» и «ситуаций – ощущений» позволяет использовать данные телесной топологии социальных страхов и соответствующих этому фобических установок при разработке *психотерапевтического мероприятия со страдающими социофобией*.

Метод систематической десенсибилизации – наиболее эффективный метод коррекции страхов через посредство когнитивно-бихевиоральной техники научения расслаблению определенных мышечных зон и постепенного «десенсибилизирования» тревожащей ситуации (техника постепенного приближения пугающего или фрустрирующего объекта с пошаговым мышечно-телесным расслаблением).

Список имеющихся социальных ситуаций может быть использован в такой технике с целью пошагового расслабления именно тех зон в рамках выявленной телесной топологии, которые свойственны определенному типу личности с определенными фиксированными формами поведения. Так, для страдающих СФ с высокими показателями по «депрессии», «психастении» теста ММРІ, а также шкалой «психической ригидности как состояния» по тесту ТОРЗ характерны страхи социальных ситуаций, связанных с «проявлением инициативы в интимно-личностных контактах», выражающиеся ощущениями «боли в области живота», «дрожь в руках и в теле». Именно на эти телесные зоны в первую очередь стоит обратить внимание психолога или психотерапевта, научить дифференцировать ощущения в разных типах ситуаций и расслаблять актуальные зоны напряжения в адекватных этому ситуациях.

Для лиц с высокой «паранойальностью» и «психастенией» наиболее характерен страх социальных ситуаций, в которых «оказываешься объектом наблюдения», телесные зоны, индикативно связан-

ные с этими опасениями, – голова, лицо и шея (головокружение, покраснение), психотерапевтическая стратегия расслабления мышц и телесных зон, снятия психовегетативного уровня непосредственного реагирования на социальные ситуации происходит постепенно и должна центрироваться на зонах, локализованных в актуальных телесных ощущениях.

В целом выделенные типы ситуаций сопровождаются четко локализованными в теле психофизиологическими проявлениями – индикаторами эмоций, непосредственного уровня эмоционального реагирования на ситуации, а также пучком своеобразно сгруппированных страхов и опасений (см. табл. 1). На основе выявленной информации построение программы психотерапии значительно облегчается, становится «экономичной» и информативной и дифференциальная психодиагностика социофобии.

Разработанная в исследовании методика позволяет выявлять неосознаваемый уровень восприятия и реагирования на социальные ситуации, связанные с оценкой успешности. Построение семантических пространств «страхов» и «ощущений» позволяет воссоздать сложный комплекс мотивационно-эмоциональных конфликтов, неосознаваемых патологически ригидных алгоритмов эмоционально-когнитивного реагирования на социальные ситуации.

Взаимосвязь индивидуально-типологических особенностей страдающих социофобией и семантического пространства алгоритмов эмоционально-когнитивного реагирования на социальные ситуации.

Отметим, что для психосемантического исследования проблемы социофобии необходимо индивидуально-типологическое разбиение пространства социальных страхов и телесно-типологических зон напряжения. Как отмечает В.Ф. Петренко, «в рамках психосемантики и теории личностных конструктов Дж. Келли типология индивидов строится на основе сходства картины мира, операционально выражающейся в системе конструктов или семантических пространств в различных областях человеческой жизнедеятельности» [124, с. 201].

Аналогично этому перед нами стоит задача классифицировать людей по оценкам ситуаций через страхи (сходству – отличию их установок в отношении социальных ситуаций оценивания успешности), а следовательно, сравнить их семантические пространства

как «особые» картины мира во взаимосвязи с индивидуально-типологическими различиями.

Для этой цели индивидуальные матрицы ответов по этапу психо-семантического исследования «ситуации – страхи» были преобразованы в векторы в многомерном пространстве (размерность пространства равна числу элементов матрицы – 15×18). В качестве меры сходства рассматривается косинус угла между этими векторами.

Общая матрица по всем испытуемым из обеих групп – «норма» и «социофобия» – составила размерность 110×270. Эта матрица была подвергнута многомерному шкалированию, в результате чего получены независимые разнополюсные оси как критерии (смысловые регистры) различительной силы респондентов по искомому свойству «социофобия».

Испытуемые по оценкам объектов разбиваются по степени близости – дальности друг от друга, иными словами, на основе согласованности – не согласованности суждений (установок) в отношении к социальным ситуациям, что сближается данную математическую модель дифференциальной диагностики социофобии по разработанной психосемантической методике с моделью кластерного анализа, однако выбранный тип анализа более информативен и точен.

Таблица 8

Корреляционный анализ шкал ММРІ и ОСФ по результатам многомерного шкалирования «ситуаций – страхов»

L	-0,17	p = 0,18
F	0,13	p = 0,31
K	-0,23	p = 0,08
1(Hs)	0,13	p = 0,33
2(D)	0,21	p = 0,10
3(Hy)	-0,10	p = 0,45
4(Pd)	-0,02	p = 0,89
5(Mf)	-0,11	p = 0,39
6(Pa)	0,33	p = 0,01
7(Pt)	0,24	p = 0,07
8(Sc)	0,12	p = 0,38
9(Ma)	-0,20	p = 0,13
0(Si)	0,49	p = 0,00

Типология испытуемых строится по осям в многомерном (в данном случае трехмерном) пространстве. Далее осуществляется корреляционный анализ данных по тестам, предназначенным для выявления индивидуально-типологических особенностей, и по полученным критериям – осям (см. табл. 8, рис. 3).

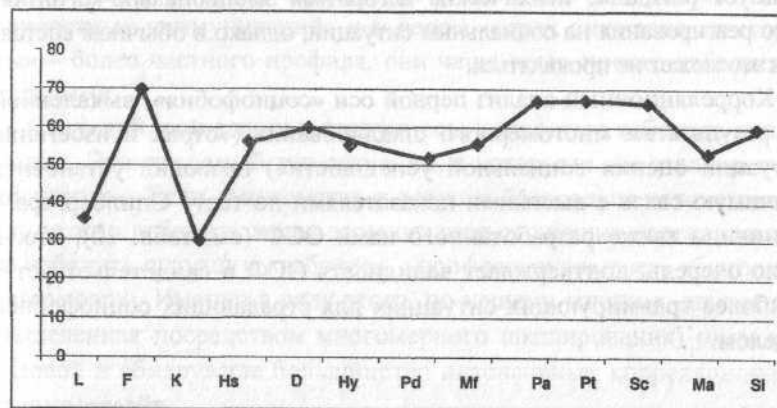


Рис. 3. Усредненный профиль ММРІ группы «высоких» по уровню социальных страхов, вошедших в первую ось многомерного шкалирования. Результаты в T-баллах

Полученные результаты показывают значимые связи со шкалой социальной интраверсии, на уровне тенденции – со шкалой «психастении». Усредненный профиль демонстрирует преобладание в профиле шкал 6, 7 и 8 (паранойальность, психастения, шизоидность), что свидетельствует в пользу замкнутого, тревожно-мнительного и недоверчивого содержания социофобических установок. Это подтверждают полученные результаты многомерного шкалирования данных ОСФ.

Корреляционный анализ со шкалами ТОРЗ показал следующее: наиболее значимая связь «социофобии» (первая ось многомерного шкалирования) обнаружена со шкалой «ригидность как состояние», на уровне значительной тенденции – со шкалой чувствительной ригидности (см. табл. 9) [49, 148, 149, 155].

Пациенты с социофобией склонны к проявлению ригидных алгоритмов эмоционально-когнитивного и фиксированного поведен-

ческого реагирования в ситуациях чрезмерной неожиданности и новизны (связаны со страхом неопределенности исхода ситуации, страхом неподконтрольности и пугающей неизвестности), а также (и это главное) в ситуациях стресса, болезни, собственно испуга.

Страдающий социофобией в состоянии повышенной тревоги использует ригидные психические алгоритмы эмоционально-когнитивного реагирования на социальные ситуации, однако в обычном состоянии это может не проявляться.

Корреляционный анализ первой оси «социофобия», выявленной по результатам многомерного шкалирования («страх и избегание ситуаций оценки социальной успешности») позволил установить значимую связь с высокими показателями по тесту Спилбергера – Ханина, а также разработанного нами ОСФ (см. табл. 10), что, в свою очередь, подтверждает валидность ОСФ и свидетельствует о наиболее травмирующих ситуациях для страдающих социофобией в целом.

Таблица 9

Корреляционный анализ оси Опросника социальных страхов (ОСФ, О.А. Сагалакова – Д.В. Труевцев) со шкалами Опросника ригидности (ТОРЗ) Г.В. Залевского

Корреляция со шкалами ТОРЗ	ОСФ	Достоверность связи
1. Симптомкомплекс ригидности	0,6190	$p=0,000$
2. Актуальная ригидность	0,5193	0,000
3. Установочная ригидность	0,2237	$p=0,083$
4. Сенситивная ригидность	0,6547	0,000
5. Ригидность как состояние	0,7746	0,000
6. Преморбидная ригидность	0,5888	0,000
7. Шкала лжи	-0,2899	$p=0,023$
8. Шкала реальности	-0,2496	$p=0,052$

Это ситуации выступления перед аудиторией, сдача экзамена, беседа с начальником, отстаивание своей позиции и пр. Именно эти ситуации наиболее «социальны», здесь «под пристальным вниманием» оценки социальной эффективности оказывается субъект один на один со своим страхом. Остальные оси – «страх интимно-личностных коммуникаций» и в целом «страх внимания со стороны» – более частного профиля, они чаще всего просто избегаются больными.

Ситуаций, вошедших в первую ось, полностью избежать невозможно. Это тот самый тип ситуаций, с которыми мы сталкиваемся «поневоле». Если «знакомства с девушкой/молодым человеком» и т.п. можно избежать и при этом оставаться внешне «адекватным», то избежать ситуации «рабочие», «профессиональные», «бытовые» невозможно. Именно в силу этого, по нашему мнению, данная ось (выделенная посредством многомерного шкалирования) оказалась базовой и обнаружила большинство интенсивных корреляционных взаимосвязей.

Таблица 10

Корреляционный анализ осей многомерного шкалирования ОСФ и результатов по ЛТ (Спилбергер – Ханин)

ОСФ	ЛТ
0,6234	0,4538
$p=0,000$	$p=0,000$
-0,1742	0,0858
$p=0,183$	$p=0,514$
0,0537	0,1585
$p=0,684$	$p=0,227$

Даже повседневные контакты на работе, в магазине, банке и прочих социальных институтах вызывают у таких больных острый приступ паники при одной мысли об участии в таких ситуациях. По возможности, страдающие социофобией стараются оттянуть поход

к врачу или посещение супермаркета и др. В результате повседневная жизнь человека становится дезадаптивной, замкнутой и патологически ригидной.

Значимые связи с «ригидностью как состоянием» и «сенситивной ригидностью» обнаружены со всеми типами социальных страхов (и соответствующих им телесных сенсаций). Во всех этих ситуациях, в случае если они новы или содержат субъективно воспринимаемую опасность, будут прослежены фиксированные формы поведения по типам («суицидальная», «выборочное избегание», «изоляция» и т.д.).

Учитывая, что социальные ситуации априорно «заряжены» опасностью для лиц, страдающих СФ, склонность к ригидным способам эмоционально-когнитивного реагирования в них будет максимальной и неизменной без соответствующих психотерапевтических интервенций.

Все типы социальных страхов ригидны, алгоритмизированы и закреплены в арсенале фобических типов реакций. Они неизменны относительно объективно меняющихся условий, фиксированное поведение не трансформируется в зависимости от требующих того условий. Кроме того, выявленный конфликт мотивационно-потребностных напряжений создает опасную почву для развития коморбидных психических расстройств более тяжелого порядка (расстройства личности, депрессии, зависимые состояния (от психоактивных веществ и др.).

Таким образом, данный математический способ дифференциально-диагностической процедуры исследования социофобии является вполне адекватной процедурой, позволяет получить достоверные связи с индивидуально-типологическими особенностями и семантическим пространством страхов.

Выявленные алгоритмы эмоционально-когнитивного реагирования посредством разных методических и математико-статистических процедур позволяют судить о психологическом портрете разных типов «социофобии». В работе доказано, что алгоритмы реагирования на социальные ситуации у страдающих социальной фобией взаимосвязаны с индивидуально-типологическими профилями личности.

Найденные взаимосвязи типов социальных страхов, соответствующих им социальных ситуаций и психофизиологических индикаторов эмоций с индивидуально-типологическими особенностями личности позволяют интенсифицировать и оптимизировать процесс психотерапии и психокоррекции страдающих социофобией.

Для исследования мотивационного конфликта при социофобии тест М. Либовица модифицирован нами с двух позиций: 1) добавлена третья шкала «желание участвовать в ситуации при условии уверенности в успехе» с целью выявить мотивационно-потребностный конфликт у страдающих социофобией, локализованный в пространстве разнонаправленных напряжений: мотивации достижения и избегания, потребности в безопасности и признании и т.д.; 2) преобразован список социальных ситуаций, предложенный автором, с тем, чтобы данные психосемантической методики можно было соотнести с данными по тесту социофобии М. Либовица. Кроме того, качественная специфика социальных ситуаций сформулирована посредством ряда экспертных опросов и проведения квалифицированных фокус-групп, поэтому они отражают изучаемую ментальность и сформулированы на языке испытуемых (см. прил. 1 – модифицированный тест М. Либовица).

В результате усреднения профиля оценивания социальных ситуаций с позиции трех шкал: 1) выраженность страха (1 – слабая или отсутствует; 2 – средняя; 3 – сильная); 2) стремление избегать (1 – никогда; 2 – иногда; 3 – часто); 3) желание участвовать при условии успеха (1 – никогда; 2 – иногда; 3 – часто) в подгруппах «норма» и «социофобия» мы получили интересные результаты, связанные с подтверждением гипотезы о наличии одновременно в личности больного СФ желаний участвовать в ряде социальных ситуаций, при этом воспринимаемых как «страшные» и с характерным избегающим поведением в отношении к ним (см. прил. 1).

Наибольшее мотивационно-потребностное напряжение концентрируется в тех зонах – ситуациях, в которых наблюдается подобная картина. С одновременным ростом по выраженности всех трех шкал увеличивается вероятность возникновения в пространстве этих зон мотивационно-потребностного конфликта, сопровождаемого соответствующими фобическими эмоциональными реакциями и фиксированными формами поведения.

Усредненный профиль «страх – избегание – желание участия» по модифицированному тесту М. Либовица демонстрирует зоны наибольшего напряжения (рис. 4). В группе «высоких» максимальное мотивационно-потребностное напряжение концентрируется в ситуациях: «выступление перед аудиторией», «проверка, контроль знаний», «знакомство с девушкой/молодым человеком», «признание в любви», «ходить по пляжу в купальнике».

Ситуации «обнажения души и тела», открытость в прямом и переносном смысле – наиболее напряженная зона, в которой формируется конфликтная основа заболевания. Ситуации «массового зрителя» и «интимного контакта с проявлением собственной инициативы» наиболее страшны для больных СФ, прежде всего они стремятся избегать именно эти ситуации при одновременном сильном желании участия в них (при условии уверенности в успешном исходе).

Модифицированный нами тест М. Либовица позволяет также построить иерархическую модель наиболее «страшных» социальных ситуаций для групп «норма» и «социофобия», оценить зоны наиболее интенсивных фобических реакций на определенные социальные ситуации (прил. 1). В табл. 11 приведены иерархии наиболее страшных социальных ситуаций по убыванию выраженности социального страха.

Содержательного различия между наиболее и наименее страшными социальными ситуациями не наблюдается между группами «высоких» и «низких», однако, применяя Т-критерий Стьюдента для обнаружения достоверных различий в выраженности страха, избегания и желания участвовать в социальных ситуациях, получаем гораздо более информативную форму анализа данных.

Иными словами, вычерпнутый «денотативный смысл» – сама структура наиболее типичных для данной возрастной группы страхов – является более или менее общим для обеих групп. Однако имеется существенное (на уровне $p < 0,0001$) различие по параметру «интенсивность страха», что составляет коннотативный компонент смысла (см. табл. 12, а).

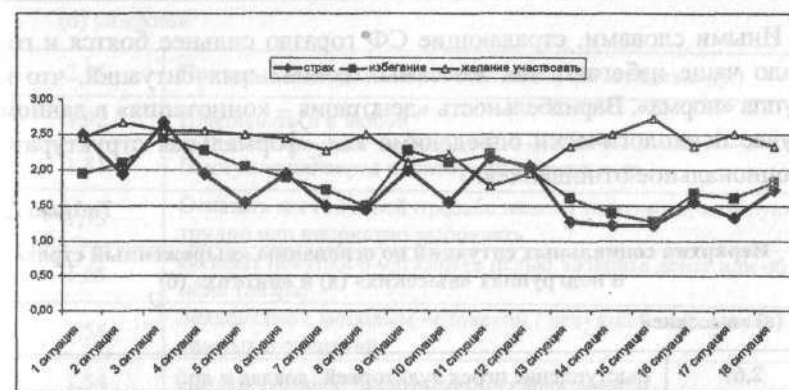


Рис. 4. Усредненный профиль по тесту М. Либовица (группа «высоких»). «Страх – избегание – желание участвовать при условии успеха». **Список ситуаций:** 1. Проверка, контроль знаний (экзамен, аттестация и др.). 2. Знакомство с молодым человеком / девушкой с целью интимных отношений. 3. Выступление перед аудиторией (доклад и др.). 4. Обратиться к человеку выше по статусу (например, начальнику) с просьбой. 5. Высказывание и отстаивание своего мнения перед коллегами по работе. 6. Признаваться в любви. 7. Обед или ужин на людях, в гостях (прием пищи в кругу людей). 8. Позвонить по справочному номеру для выяснения какой-либо информации. 9. Возврат покупки в магазин (с целью возврата денег или обмена товара). 10. Смотреть в глаза малознакомому человеку. 11. Делать что-либо (работать) под наблюдением. 12. Отказу настойчивой просьбе вашего знакомого, которую трудно выполнять. 13. Спросить у прохожего о чем-либо (например, как пройти на незнакомую улицу). 14. Посещение праздничного мероприятия в рабочем (учебном) коллективе. 15. Посещение супермаркета с большим скоплением людей. 16. Заполнение квитанции или документов в каком-либо учреждении. 17. Примерять одежду перед покупкой. 18. Ходить по пляжу в купальнике (купальных плавках)

Что касается параметра «стремление избегать участия в социальных ситуациях», здесь также отсутствует дифференциация по «денотативному компоненту», однако Т-критерий Стьюдента показывает существенное отличие по частоте избегания и интенсивности стремления проявлять в поведении избегающий стиль реагирования на социальные ситуации в подгруппах «высоких» и «низких» (см. табл. 12, б).

Иными словами, страдающие СФ гораздо сильнее боятся и гораздо чаще избегают тех же самых социальных ситуаций, что и группа «норма». Вариабельность «денотация – коннотация» в данном случае психологически определима как «формальная структура – эмоциональное отношение».

Таблица 11

Иерархия социальных ситуаций по основанию «выраженный страх» в подгруппах «высоких» (а) и «низких» (б)

(а) «высокие»

2,67	Выступление перед аудиторией (доклад и др.)
2,50	Проверка, контроль знаний (экзамен, аттестация и др.)
2,17	Делать что-либо (работать) под наблюдением
2,06	Отказать настойчивой просьбе вашего знакомого, которую трудно или неприятно выполнять
2,00	Возврат покупки в магазин (с целью возврата денег или обмена товара)
1,94	Знакомство с молодым человеком / девушкой с целью интимных отношений
1,94	Обратиться к человеку выше по статусу (например, начальнику) с какой-либо просьбой
1,94	Признаваться в любви
1,72	Ходить по пляжу в купальнике (купальных плавках)
1,56	Высказывание и отстаивание своего мнения перед коллегами по работе
1,56	Смотреть в глаза малознакомому человеку
1,56	Заполнение квитанции или документов в каком-либо учреждении
1,50	Обед или ужин на людях, в гостях (прием пищи в кругу людей)
1,44	Позвонить по справочному номеру для выяснения какой-либо информации
1,33	Примерять одежду перед покупкой
1,28	Спросить у прохожего о чем-либо (например, как пройти на незнакомую улицу и др.)
1,22	Посещение праздничного мероприятия в рабочем (учебном) коллективе
1,22	Посещение супермаркета с большим скоплением людей (например, с целью сделать покупки)

(б) «низкие»

2,15	Проверка, контроль знаний (экзамен, аттестация и др.)
1,92	Признаваться в любви
1,81	Выступление перед аудиторией (доклад и др.)
1,73	Отказать настойчивой просьбе вашего знакомого, которую трудно или неприятно выполнять
1,65	Возврат покупки в магазин (с целью возврата денег или обмена товара)
1,58	Знакомство с молодым человеком / девушкой с целью интимных отношений
1,54	Делать что-либо (работать) под наблюдением
1,46	Ходить по пляжу в купальнике (купальных плавках)
1,35	Обратиться к человеку выше по статусу (например, начальнику) с какой-либо просьбой
1,31	Смотреть в глаза малознакомому человеку
1,19	Высказывание и отстаивание своего мнения перед коллегами по работе
1,19	Заполнение квитанции или документов в каком-либо учреждении
1,15	Позвонить по справочному номеру для выяснения какой-либо информации
1,15	Посещение праздничного мероприятия в рабочем (учебном) коллективе
1,15	Примерять одежду перед покупкой
1,08	Спросить у прохожего о чем-либо (например, как пройти на незнакомую улицу и др.)
1,08	Посещение супермаркета с большим скоплением людей (например, с целью сделать покупки)
1,04	Обед или ужин на людях, в гостях (прием пищи в кругу людей)

Отсутствие достоверного различия по шкале «желание участвовать при условии уверенности в успехе» между группами «высоких» и «низких» по уровню социальных страхов свидетельствует в пользу гипотезы о конфликтном соотношении потребностей у больного СФ.

Таблица 12

T-критерий Стьюдента: различия средних значений в подгруппах «высоких» и «низких» (а) выраженности страха, (б) вероятности избегания и (в) желания участвовать в социальных ситуациях

(а)			
Достоверен	Среднее значение	Стандартное отклонение	p-уровень
«Высокие»	1,76	0,43	0,00002
«Низкие»	1,42	0,33	
(б)			
Достоверен	Среднее значение	Стандартное отклонение	p-уровень
«Высокие»	1,89	0,33	0,000039
«Низкие»	1,58	0,31	
(в)			
Не достоверен	Среднее значение	Стандартное отклонение	p-уровень
«Высокие»	2,37	0,24	0,304817
«Низкие»	2,33	0,25	

Он не просто боится и избегает ситуации оценивания успешности, он еще и желает в ней участвовать, однако, ощущая небезопасность (потребность в безопасности), он отказывается от не менее значимой потребности в активной социальной жизни (признании, власти и др.). Своеобразное «расщепление» подтверждается иерархической моделью «значимости» социальной ситуации через параметр «желание участвовать».

Чем актуальнее страх, тем актуальнее и потребность, реализация которой проецируется на социальную ситуацию, в которой этот страх приобретает максимальную интенсивность. Эта ситуация характерна и для «высоких», и для «низких», однако для первых она гораздо более выражена.

Для группы «низких», чьи самые сильные страхи касаются опасений «показаться непривлекательными», наиболее ценны ситуация и желание в ней участвовать – «ходить по пляжу в купальнике / купальных плавках». В данном случае возрастной уровень группы с очевидностью демонстрирует актуальные потребности установления знакомств, в которых важно оказаться «внешне привлекательным».

Однако для «высоких» (группа «патология»), несмотря на однородность обеих групп по возрасту, участие в этой ситуации не так уж ценно, да и «страх показаться непривлекательным» также не занял первых

позиций по интенсивности. Для группы «высоких» желания более «обыденны», представители группы «низких», можно сказать, и не задумываются над такими проблемами. Для них ценна ситуация «посетить супермаркет», «знакомство с молодым человеком/девушкой» и пр., что для испытуемых из группы «низкие» (по уровню социальных страхов) составляет гораздо меньшую степень актуальности.

Таблица 13

Иерархическая модель социальных ситуаций по параметру «желание участвовать» – ценность ситуаций в убывающем порядке для а) «высоких» и б) «низких»

(а) «высокие»

2,72	Посещение супермаркета с большим скоплением людей (например, с целью сделать покупки)
2,67	Знакомство с молодым человеком / девушкой с целью интимных отношений
2,56	Выступление перед аудиторией (доклад и др.)
2,56	Обратиться к человеку выше по статусу (например, начальнику) с какой-либо просьбой
2,50	Высказывание и отстаивание своего мнения перед коллегами по работе
2,50	Позвонить по справочному номеру для выяснения какой-либо информации
2,50	Посещение праздничного мероприятия в рабочем (учебном) коллективе
2,50	Примерять одежду перед покупкой
2,44	Проверка, контроль знаний (экзамен, аттестация и др.)
2,44	Признаваться в любви
2,33	Спросить у прохожего о чем-либо (например, как пройти на незнакомую улицу и др.)
2,33	Заполнение квитанции или документов в каком-либо учреждении
2,33	Ходить по пляжу в купальнике (купальных плавках)
2,28	Обед или ужин на людях, в гостях (прием пищи в кругу людей)
2,22	Смотреть в глаза малознакомому человеку
2,11	Возврат покупки в магазин (с целью возврата денег или обмена товара)
1,94	Отказать настойчивой просьбе вашего знакомого, которую трудно или неприятно выполнять
1,78	Делать что-либо (работать) под наблюдением

(б) «низкие»

2,73	Ходить по пляжу в купальнике (купальных плавках)
2,62	Выступление перед аудиторией (доклад и др.)
2,54	Проверка, контроль знаний (экзамен, аттестация и др.)
2,54	Посещение супермаркета с большим скоплением людей (например, с целью сделать покупки)
2,50	Высказывание и отстаивание своего мнения перед коллегами по работе
2,50	Признаваться в любви
2,50	Посещение праздничного мероприятия в рабочем (учебном) коллективе
2,46	Знакомство с молодым человеком / девушкой с целью интимных отношений
2,35	Обратиться к человеку выше по статусу (например, начальнику) с какой-либо просьбой
2,31	Обед или ужин на людях, в гостях (прием пищи в кругу людей)
2,27	Позвонить по справочному номеру для выяснения какой-либо информации
2,27	Заполнение квитанции или документов в каком-либо учреждении
2,23	Возврат покупки в магазин (с целью возврата денег или обмена товара)
2,23	Примерять одежду перед покупкой
2,08	Смотреть в глаза малознакомому человеку
2,08	Спросить у прохожего о чем-либо (например, как пройти на незнакомую улицу и др.)
1,88	Отказать настойчивой просьбе вашего знакомого, которую трудно или неприятно выполнять
1,85	Делать что-либо (работать) под наблюдением

Очевидно, что «знакомство», «выступление перед аудиторией», «контроль знаний», а также социальные ситуации выражения активной жизненной позиции и собственной воли – зоны конфликтного сочетания противоречивых потребностей. И так, одной из эмпирически подтвержденных характерных особенностей социофобии является наличие своего рода «конфликтных мотивационно-потребностных зон напряжения», в пространстве которых может развиваться коморбидная патология.

Глава 4

ИССЛЕДОВАНИЕ СПЕЦИФИКИ СТРАХОВ У МЛАДШИХ ПОДРОСТКОВ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ИНТЕЛЛЕКТА И УСЛОВИЯМИ ПРОЖИВАНИЯ

Исследования социальных страхов показали, что они своеобразно связаны с уровнем интеллекта и социальными навыками взаимодействия, в данном случае различие в специфике страхов отражает актуальное мотивационно-потребностное состояние контрастных групп испытуемых.

Так, при исследовании специфики страхов младших подростков 11–12-летнего возраста (с нормальным интеллектом и со сниженным интеллектом, с нормальным – проживают в обычных условиях, со сниженным – в приюте) посредством разных методик (тестовых, проективных) выяснено, что социальные страхи присутствуют только у детей с нормальным и высоким интеллектом, отсутствуют у детей с пониженным интеллектом, для которых характерны в основном страхи, связанные с витальными потребностями (страх смерти, боли и пр.). (исследование проведено при участии студентки А. Молчановой, 2007 г.). Результаты разных методик показали актуализацию базовых потребностей – в поддержании жизни, в комфортной жизнедеятельности (на уровне физического, «натурального тела»), а также коммуникации с другими, принятии и признании, достижении (на уровне «социокультурного тела»).

Проективная методика «Неоконченные предложения» показала, что большинство подростков в возрасте 11–12 лет **боятся смерти и боли**. Этот базовый страх дифференцируется на более детальные: страх темноты, войны, высоты, глубины, уколов, крови, врачей, животных, – несущие с собой неприятие неопределенности, возможную боль и угрозу жизни в ее физическом аспекте. Данные специфические страхи связаны с потребностью в жизни как тако-

вой – ее поддержании и эмоционально-комфортном состоянии. В этом же кластере можно выявить *страх угрозы жизни, связанный с вымышленными, мистическими ситуациями* и образами. Иными словами, все эти страхи связаны с указанной базовой потребностью и возможными ситуациями ее фрустрации (актуализируются ситуации: техногенные катастрофы, непредсказуемые природные стихии, животные, мистические иррациональные ситуации).

У испытуемых этого возраста (имеющих семью и обучающихся в школе, в отличие от детей из приюта) актуализируются потребности в коммуникации с другими, в признании и позитивном оценивании, достижении (принятии, аффиляции), о чем свидетельствует наличие *социальных страхов*, выраженных в следующих компонентах: *страх быть плохим, получить плохую оценку, выглядеть глупо, выступить на праздниках и т.д.*

Таким образом, в контрастных по интеллекту и условиям проживания группах младших подростков 1–12 лет *страхи оказались неодинаковы*. У детей из приюта преобладает страх на уровне «физического тела» (страх угрозы жизни вследствие природных, техногенных, мистических и других ситуаций). Иными словами, у них актуализируется архетипичный страх неопределенности разных типов специфических ситуаций (на приеме у врача, военных действий, высоты и глубины в соответствующих ситуациях, темноты и связанных с ней мистических угрожающих существ и т.д.), несущих с собой возможную боль и пугающую предполагаемую угрозу жизни. Все актуализированные страхи можно также подразделить на рациональные и иррациональные, выраженные на среднестатистическом или резко выраженном уровне. Осмысление смерти в этом возрасте характерно для подростков разного уровня интеллекта, однако для подростков с более низким уровнем интеллектуального развития (и условиями проживания в интернате) характерно отсутствие социальных страхов (страхов на уровне «социокультурного тела»).

Для подростков, обучающихся в школе, характерно возникновение в этом возрасте социальных страхов. Они отмечали, что для них очень страшно «выступать на праздниках», «быть плохим», «выглядеть глупо», «показаться смешным», «позора в классе», «получить плохую оценку» и «что выгонят из танцевального кол-

лектива» и т.п. Также испытуемые указывали на страх одиночества, остаться без друзей, родителей.

В рисуночной методике «Нарисуй свой страх» подростки из приюта рисовали гробы, скелетов, ситуации смерти и боли (врачей, шприцы), в то время как в рисунках подростков из семей прослеживались и иные тематические линии – они рисовали себя в одиночестве, плохие оценки в дневнике и т.д. Кроме того, для детей с нормальными условиями проживания и интеллектуальным уровнем (дети из школы) характерна актуализация страхов *на стыке осмысления социальной и физической ипостасей жизнедеятельности*: страхи представителей неблагоприятных социальных и моральных слоев общества.

Если младшие подростки из приюта боятся темноты (что скорее связано с иррациональной интерпретацией), то ребята из семьи, обучающиеся в нормальной школе, поясняют, что «боятся гулять вечером, когда темно, потому что их могут убить». У подростков-школьников, имеющих семью, в отличие от тех, кто из приюта, уже есть рефлексия по поводу того, что именно страшно в темноте. Кроме того, их страхи более дифференцированы, связаны с коммуникацией между людьми в большей степени, чем с природными, естественными процессами и катаклизмами.

Также в группах были выделены существенные различия по стратегиям совладения со страхами. Подросткам из приюта, чтобы справиться со страхом, необходим рядом кто-то, кто бы успокоил, приободрил, внушил уверенность, они привыкли справляться со страхом «всем коллективом». Оказалось, что для них очень значимы внимание и поддержка близкого человека.

Подростки, проживающие в семье, имеющие нормальный уровень интеллекта, справляются со страхом при помощи иных стратегий: сладкого («заедают свой страх»), просмотра телевизора, игр на компьютере – таким образом они переключаются на другую тему.

Испытуемые этой группы не ищут помощи со стороны других людей, а справляются со своим страхом самостоятельно: успокаивают себя, внушают себе уверенность, представляют себя со стороны, думают о том, что кто-то боится еще больше, что все их страхи напрасны. Они рефлексиируют над своими страхами, подвергают их когнитивному анализу.

Таким образом, если для младших подростков с нормальным уровнем интеллекта и адекватными условиями проживания харак-

терно мотивационно-потребностное напряжение в области социального взаимодействия, то для подростков с более низким интеллектом и проживающих в интернате характерна мотивационно-потребностная детерминанта более низкого онтогенетического и культурного уровня, связанная с потребностью «выжить» (буквально физически). Именно мотивационно-потребностное актуальное состояние в условиях его гипотетической фрустрации (страх) обуславливает специфику страхов, глубину переживания отдельных фрустрирующих аспектов жизни, а также способы (стратегии) совладения со страхами.

Феномен «горя от ума» в данном случае подтверждает гипотезу о том, что социальные страхи являются **формой культурной патологии**, наиболее характерной для людей, находящихся в условиях активной социальной деятельности. У подростков с более высоким интеллектом и условиями проживания в семье оказалось больше страхов, которые дифференцированы, наиболее значимыми из них являются социальные страхи, в отличие от детей со сниженным интеллектом, проживающих в интернате.

Глава 5

ИССЛЕДОВАНИЕ АЛГОРИТМОВ ЭМОЦИОНАЛЬНО-КОГНИТИВНОГО РЕАГИРОВАНИЯ В УЧЕБНЫХ СИТУАЦИЯХ (НА ПРИМЕРЕ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ)

Начиная работу над исследованием социальных страхов в учебных ситуациях у студентов, мы выяснили, что около 30 % студентов-психологов имеют высокий уровень социальных страхов, связанных именно с условиями обучения (различные ситуации: выступление перед аудиторией, контроль знаний и др.); 20–30 % имеют умеренную социальную тревожность, увеличивающуюся в ряде социальных ситуаций, связанных с оценкой компетентности и внешней привлекательности. Только небольшой процент испытуемых имел совсем низкий уровень социальных страхов.

Студенческая жизнь представляет собой постоянное столкновение с социальными ситуациями оценки успешности, многие из которых неприятны в эмоциональном плане, прогнозирование неуспешного исхода ситуации студентами провоцирует у них возникновение целого комплекса негативных переживаний, трансформирующихся либо в их избегание, либо соматизацию, депрессию, другие формы гетерогенной психической патологии.

Социальные страхи в учебных ситуациях наиболее типичны для студентов, однако было замечено, что и для преподавателей выступления перед аудиторией (особенно в начале профессионального пути) являются достаточно дискомфортными мероприятиями. В учебной жизни целесообразно говорить о социальных страхах в системе «студент – преподаватель».

Последствиями выраженных социальных страхов могут быть ухудшение здоровья студента (вследствие коморбидных зависимо-

стей, депрессии), снижение его академической успеваемости, изоляция от учебной деятельности и даже суицидальное поведение.

На занятиях, сдавая экзамен или зачет, многие студенты переживают мучительные ощущения социальной неловкости, страха насмешек и негативной оценки. Для некоторых из них этот страх настолько силен, что они вообще перестают ходить на занятия. Социальные страхи неодинаковы у разных студентов. Так, нами был отмечен один случай, когда студент не мог посещать семинарские занятия, так как там необходимо было выступать перед аудиторией сверстников, однако он мог беседовать «тет-а-тет» с преподавателем, сдавая ему долги.

Некоторые студенты отмечают нервные срывы как результат волнения на экзаменах, страха получить негативную оценку преподавателя, услышать критику в свой адрес. В таких ситуациях студенты краснеют, ладони у них потеют, во рту пересыхает и в голове возникает шум. Даже одна мысль о таких мероприятиях вызывает у многих студентов актуализацию неприятных психофизиологических индикаторов эмоций вплоть до состояния обморока.

Социальные страхи как клинический признак состояния дезадаптации наиболее очевидны только в самом начале формирования расстройства (обычно это младший школьный, подростковый возраст), далее на устойчивые социальные страхи нанизываются всевозможные усугубляющие дезадаптацию психопатологические компоненты. Это серьезная психологическая проблема, не позволяющая человеку проявить свой потенциал, мешающая ему быть социально активным и успешным человеком.

Неблагоприятные условия (например, разрыв с близким человеком, смерть близкого, развод родителей) сильно влияют на усугубление симптоматики. Как правило, в таком случае речь уже идет о тревожно-депрессивном синдроме. Зачастую выраженные социальные страхи сочетаются у молодых людей с личностными расстройствами, например избегающим личностным расстройством, шизоидным, нарциссическим. Это следует учитывать в процессе психотерапии, так как в таких осложненных случаях необходимы точная дифференциальная диагностика и работа с проблемой в комплексе.

Исследование публичных профессий показало, что в этой среде много людей с социальными страхами. В работах А. Бека, А. Раша, Б. Шо, Г. Эмери отмечается, что, по результатам обследования 1600 профессиональных музыкантов, двое из каждых десяти орке-

странтов в Великобритании принимают психотропные средства, чтобы успокоить нервы. 22 % музыкантов заявили, что у них были длительные периоды тревоги и 28 % испытывали в связи с этим депрессию. Около 40 % страдают бессонницей. У многих учащенное дыхание. Три четверти так волнуются во время выступления, что это отражается на их игре. Многие вследствие этого принимают седативные препараты. 6 % перед выступлениями принимают алкоголь, чтобы не волноваться. Студенческая жизнь – это тоже публичная профессия в течение 5–6 лет, связанная с почти ежедневным пребыванием на людях, в аудитории, в ситуациях оценивания. Преподавательская деятельность в плане публичности сродни актерской профессии, связана с необходимостью выступать перед различного типа аудиториями.

Разработка методики изучения социальных страхов у студентов реализована по технологии, аналогичной вышеизложенным. Посредством экспертного опроса вычленен список учебных ситуаций, а также два типа дескрипторов: эмоциональные («что чувствую в ситуациях») и когнитивно-действенные («что бы хотелось изменить в ситуации при условии негативных переживаний»).

Категории психосемантической методики исследования, сформулированные студентами

1. Учебные ситуации.

1. Выступление перед аудиторией.
2. Прогулы.
3. Консультация у специалиста психолога.
4. Лень идти на пару.
5. Сложности по конкретным предметам.
6. Ответ на зачете.
7. Использование шпаргалок.
8. Лекция.
9. Ответ преподавателю на экзамене.
10. Семинар.
11. Занятия в компьютерных классах свободного доступа.
12. Консультация у преподавателей.
13. Провал на экзамене.
14. Перемены.
15. Развлекательные мероприятия.
16. Стояние в очереди (в столовой, гардеробе, библиотеке).
17. Просмотр расписания на неделю.
18. Опаздываю на пару.

II. Эмоциональное реагирование.

1. Чувствую злость на окружающих.
2. Чувствую лень.
3. Испытываю заинтересованность.
4. Скучно.
5. Нулевая реакция.
6. Испытываю удовлетворение от проделанной работы.
7. Пропадает желание посещать университет.
8. Чувствую психологическую и физическую усталость.
9. Уверен(а) в своих силах.
10. Ощущаю дрожание рук.
11. Чувствую прилив энергии.
12. Испытываю чувство вины.
13. Чувствую окаменение, не могу пошевелиться (ступор).
14. Боюсь негативной оценки со стороны преподавателей (окружающих).
15. Боюсь выглядеть нелепо (смешно).
16. Хочется провалиться сквозь землю.
17. Боюсь не оправдать доверие преподавателей.
18. Злюсь на самого себя.
19. Сердце выскакивает из груди.
20. Нахожусь в приподнятом настроении.

III. Что хочу изменить.

1. Ничего не надо менять.
2. Стать более умным.
3. Перебороть все негативные эмоции, которые связаны с учебой.
4. Изменить отношение преподавателей в позитивную сторону.
5. Организовать день так, чтобы на все хватало времени.
6. Уметь успокоиться и расслабиться в учебной ситуации (справиться с тревогой).
7. Лучше готовиться к занятиям (ходить в библиотеку и т.п.).
8. Делать все в свое время, чтобы не было долгов.
9. Изменить уровень своей конфликтности.
10. Суметь заинтересоваться учебным материалом.
11. Сделать пары меньше по времени.
12. Лучше выспаться.
13. Чтобы преподаватель объяснял, зачем и для чего изучается материал.
14. Чтобы была содержательная связь между предметами.
15. Чтобы на парах использовали иллюстративный материал (для привлечения внимания и лучшего понимания темы).
16. Чтобы аудитории были более удобными.
17. Чаше проявлять инициативу в учебе.
18. Снизить требования к уровню знаний.
19. Быть более эрудированным.

Далее производилось тестирование объектов по двум типам характеристик, полученные два типа матриц данных подвергались факторному анализу, асемантические пространства – взаимной корреляции, что позволило вычленить эмоционально-когнитивные алгоритмы реагирования в учебных ситуациях.

Семантическое пространство «учебные ситуации – что хотелось бы изменить (когниции)»

Первый фактор (генеральный по собственному значению) представлен наиболее значимыми для студентов учебными ситуациями оценки компетентности (экзамен, зачет, выступление в аудитории). Эти ситуации представляют собой квинтэссенцию социальной оценки деятельности субъекта; при участии в них студенты «хотели бы изменить» (*характеристика ситуаций по дескрипторам*): быть эрудированным, проявлять инициативу, делать все в свое время (характерны инрапунитивные реакции и чувство вины). Наиболее значимыми для студентов являются ситуации непосредственного оценивания их знаний, в которых они более всего боятся насмешек, негативной оценки, потерпеть фиаско у всех на глазах и не оправдать ожиданий преподавателей.

Второй фактор представлен ситуацией, которая может помочь студентам справиться со страхами, тревогами и напряжением, – это консультация у психолога. Ситуация психологической разгрузки оказывается ортогональной и второй по значимости в отношении к генеральному фактору социальной оценки. Любопытно, что с этой ситуацией связано «использование шпаргалок» и «прогулы» как «нечестные» способы избегания ответственности за незнание. Посещение психолога связано у студентов с оправданием избегающего и нечестного способа обучения.

Студенты нуждаются в этой ситуации, так как их актуальным стремлением является мотивация расслабиться, выспаться, повысить комфорт, изменить уровень своей конфликтности, уметь вовремя успокоиться и расслабиться, перебороть все негативные эмоции и стать более эрудированным.

Третий фактор представляет обобщенное единство учебных ситуаций, связанных с напряжением вследствие «нехватки времени» (прогулы, стояние в очереди в библиотеку, опоздания). Это фактор времени, которого «может не хватать», «оно может быстро лететь» или «останавливаться», может быть «свободное время». Чтобы избавиться от социального краха (неуспеха), студенты хоте-

ли бы организовать и контролировать свое время (сна, подготовки к занятиям и пр.). Интересно, что снижение уровня негативных эмоций и страха, по оценкам студентов, связано с оптимальной организацией и упорядочиванием времени. Лучшая организованность, собранность и наличие четких навыков позволяют снижать страх в учебных ситуациях.

В четвертый фактор со значимым весом вошли учебные ситуации, которые воспринимаются студентами как необходимость тратить свободное время для подготовки к семинарам и зачетам (например, стоять в очереди за книгой).

Здесь для студентов оказывается важным заинтересоваться материалом, лучше готовиться к парам, а также уметь расслабиться и успокоиться в нужную минуту, перебороть негативные эмоции и изменить отношение преподавателей в лучшую сторону. Спокойствие и личный интерес, а также позитивная обратная реакция преподавателя на подготовку студента к занятиям являются, в представлениях студентов, залогом успешной сдачи зачетов и выступлений на семинарах.

Пятый фактор связан с обязанностью ежедневно посещать занятия (семинары, лекции). Студенты здесь «хотели бы изменить» следующее: повысить интерес за счет сокращения времени занятий и дополнительных способов привлечения внимания, удобства аудиторий. Это фактор внешней мотивации, связанный с экстрапунитивной направленностью к изменению внешних условий учебной жизни.

Семантическое пространство «учебные ситуации – эмоции»

Построено *семантическое пространство эмоций*, через которые мы можем судить о мотивационной составляющей учебной деятельности, наличии актуальной мотивации, мотивационных конфликтах студентов.

Первый фактор можно обозначить как «включенность – выключенность» из ситуаций взаимодействия с окружением. Эмоции: интерес, удовлетворение, уверенность, энергия, при этом – страх оценки. Актуализирована потребность в социальной инициативе – мотивация успеха (или избегание неуспеха как оборотная сторона фактора).

Второй фактор – это «позитивный или негативный опыт» (субъективный контроль противопоставлен его отсутствию, провалу в ситуациях). Эмоции при отсутствии контроля над ситуацией:

страх негативной оценки, не оправдать доверие, злость на себя, хочется провалиться. Ситуации «консультации у психолога» связаны с ситуацией «трудности по конкретным предметам», что указывает на функциональный смысл обращения к психологу. Характерно колебание настроения: от лени и скуки до прилива энергии и приподнятого настроения. Эмоционально недифференцированные ситуации. Актуализировано мотивационно-потребностное стремление индивида к контролю над событиями своей жизни с целью точного антиципирования последствий деятельности.

Третий фактор представляет собой отсутствие желания учиться (лень и прогулы). Эмоции, сопровождающие эти ситуации, – это усталость, скука, злость на себя и чувство вины (страх негативной оценки). Своеобразный фактор «учебной астении», сопровождающийся эмоционально-мотивационным конфликтом, который заключается в сочетании желания расслабиться и уйти от ответственности и понимания некорректности такого поведения (вина, злость на себя).

Четвертый фактор представляет собой организацию деятельности (расписание и консультации у преподавателя). При этом чем выше организация, тем ниже социальный страх оценки. Характерна усталость, отсутствие желания учиться в ситуации высокого уровня неопределенности и дезорганизации. Студенты стремятся упорядочить время и ситуации учебной жизни, это позволяет снизить вероятность эмоционально негативных состояний.

Пятый фактор объединяет использование нечестных способов обучения (шпаргалки). Характерны страх и чувство вины, злость на себя («сердце выскакивает из груди», «чувствую окаменение (не могу пошевелиться)» и др.). Фактор «нечистой и мучающей совести» также отражает мотивационный конфликт, образующийся в зазоре между стремлением к успеху в учебных ситуациях (получить хорошую оценку, сдать зачет) и угрызениями совести за выбор нечестного способа (фиаско социально желательного образа самого себя).

Взаимная **корреляция пространств** позволила судить о нескольких эмоционально-когнитивных алгоритмах реагирования в учебных ситуациях (табл. 14).

На уровне тенденции (связь статистически не достоверна, уровень ошибки 16 %) первый фактор «оценки компетентности» (когнитивное пространство) связан со вторым фактором пространства

эмоций в учебных ситуациях (отрицательная корреляция = $-0,034$, $p=0,17$).

Таблица 14

Взаимоналожение (корреляция) семантических пространств

Корреляция факторных пространств когнитивных и эмоций*					
Эмоции (столбцы)	1-й фактор	2-й фактор	3-й фактор	4-й фактор	5-й фактор
Когнитивные (строки)	фактор	фактор	фактор	фактор	фактор
1-й фактор	0,2514	-0,3392	-0,2893	0,1492	-0,2739
Значимость	$p=0,314$	$p=0,168$	$p=0,244$	$p=0,555$	$p=0,271$
2-й фактор	0,2999	0,5095	-0,3823	0,0316	0,0290
Значимость	$p=0,227$	$p=0,031$	$p=0,117$	$p=0,901$	$p=0,909$
3-й фактор	-0,5322	-0,3701	0,4225	-0,3843	0,2139
Значимость	$p=0,023$	$p=0,131$	$p=0,081$	$p=0,115$	$p=0,394$
4-й фактор	0,0232	0,1985	-0,1000	0,1115	-0,0268
Значимость	$p=0,927$	$p=0,430$	$p=0,693$	$p=0,660$	$p=0,916$
5-й фактор	-0,1609	-0,1377	0,4502	0,1161	0,0629
Значимость	$p=0,523$	$p=0,586$	$p=0,061$	$p=0,646$	$p=0,804$

* Расчеты по программе Statistica 6/0.

В ситуациях проверки знаний для студентов характерно желание повысить уровень компетентности, все делать в свое время (интрапунитивные реакции), при этом на уровне эмоций характерно: «хочется провалиться сквозь землю», «страх не оправдать ожидания преподавателей», «злость на себя» и «страх негативной оценки».

Данный эмоционально-когнитивный алгоритм реагирования характеризуется типичным *социальным страхом в учебных ситуациях, сопровождаемым интрапунитивными (самообвинительными) реакциями и вегетативными признаками страха и паники*. Социальный страх сопровождается аутообвинениями, чувством вины и злости на себя. Человек ощущает себя виновным в неудаче, не винит внешнюю ситуацию (см. табл. 14).

Достоверная связь на уровне значимости $p=0,031$ при $r=0,51$ обнаружена между вторыми факторами описанных выше семантических пространств. С ситуациями «сложности по конкретным предметам» и «консультации у психолога» связан широкий диапазон эмоций – от лени до прилива энергии. Когнитивная оценка ситуации связана с такими характеристиками, как желание расслабиться, высыпаться, повысить комфорт, изменить уровень своей конфликтности, уметь вовремя успокоиться и расслабиться, перебороть все негативные эмоции и стать более эрудированным.

Повышение контроля над эмоциями взаимосвязано в сознании студентов с условиями физического комфорта и расслабления, что возможно в ситуации «консультации у психолога». Таким образом, данный эмоционально-когнитивный алгоритм реагирования в учебных ситуациях можно обозначить как *потребность в субъективном контроле над эмоциями и ситуациями учебной жизни* посредством расслабления в комфортных условиях, реализация которых возможна в коммуникации с психологом, помогающим преодолевать сложности в обучении (см. табл. 14).

На уровне статистической тенденции обнаружена отрицательная связь между вторым фактором пространства когнитивных и третьим фактором эмоциональных оценок (ошибка составляет 12 %, т.е. $p=0,12$ при $r=-0,4$). В ситуациях, вызывающих «злость на окружающих», «окаменение» и «дрожание рук» (т.е. эмоциональное состояние раздражения, злости), студенты хотят «уметь успокоиться и расслабиться», «изменить свой уровень конфликтности», «перебороть негативные эмоции, связанные с учебой», «быть более эрудированным», «высыпаться», «повысить удобство аудиторий».

Студенты хотят *повысить контроль* над эмоцией раздражения в первую очередь за счет изменения психологического состояния, а во вторую – более комфортных внешних условий, умения расслабиться в нужный момент, чему могут способствовать консультации у психолога (см. табл. 14).

Третий фактор когнитивного пространства значимо отрицательно связан с первым фактором пространства эмоций ($r=-0,53$ при $p=0,023$). Чувство вины, скуки, лени и при этом злости на окружающих может быть преодолено за счет правильной организации времени. Эта связь демонстрирует временной, организационный потенциал, позволяющий повысить интерес к учебе и раскрыть внутреннюю мотивацию. В ситуациях, сопровождаемых такими

эмоциями, студенты хотят «лучше выспаться (по времени)», «делать все в свое время, чтобы не было долгов», «организовать день так, чтобы на все хватало времени», «больше готовиться к занятиям (по времени)». Своеобразная связь с организацией времени позволяет говорить о еще одном алгоритме эмоционально-когнитивного реагирования, таком, как попытка преодолеть скуку и лень, злость на других за счет правильной временной организации деятельности (см. табл. 14).

Одной из значимых корреляций ($r=0,06$ при $t=0,5$) оказалась связь пятого фактора когнитивного пространства с третьим фактором эмоционального. В ситуациях, в которых студенты испытывают лень, скуку, психологическую и физическую усталость, чувство вины и злость на себя, они хотят изменить внешние параметры ситуации: сделать аудитории более удобными, добавить иллюстративный материал на парах, сделать пары меньше по времени, а отношение преподавателей – более положительным. Характерно также стремление перебороть собственные негативные эмоции. Данный алгоритм характеризуется внешней мотивированностью к обучению, связан с желанием *преодолеть лень и скуку в процессе обучения посредством улучшения внешних академических условий* (аудиторий, длительности занятия и пр.) (см. табл. 14).

Корреляция третьих факторов в двух пространствах ($r=0,42$ при $r=0,08$) показывает, что вышеуказанные эмоции (лень, скука, злость на себя) могут быть преодолены и за счет правильной самостоятельной организации времени, что соответствует внутренней мотивированности к обучению («чтобы на все хватало времени») (см. табл. 13).

Для студентов с социальными страхами актуальна потребность во временной организации, характерно стремление к упорядоченности, важна четкость инструкций к заданиям, снижающая уровень неопределенности и, следовательно, тревожности, а также возможность иных способов выполнения учебных заданий, кроме выступлений перед аудиторией.

По результатам модифицированного нами теста социофобии М. Либовица и авторского опросника (ОСФ О.А. Сагалаковой – Д.В. Труевцева) мы выявили наличие мотивационного конфликта у студентов с высоким уровнем социальных страхов. По критерию «желание участвовать» в ситуациях оценки знаний они не отличались статистически значимо от группы с низким уровнем социаль-

ных страхов, однако различия оказались достоверными по критериям «желание избегать ситуации» и «страх в ситуации оценки знаний».

Надо отметить, что не для всех учебных ситуаций желание в них участвовать одинаково в группах «высоких», «средних» и «низких» по уровню социальных страхов (см. рис. 5, 6 и 7).

Так, студенты с высоким уровнем социальных страхов действительно желали бы участвовать в ситуациях «выступление перед аудиторией», «ответы на семинарах», «в библиотеке», «на консультации у преподавателя», но при этом они боятся и стремятся к избеганию таких ситуаций. Эти ситуации представляют собой зоны наибольшего социального напряжения, характеризующие мотивационный конфликт.

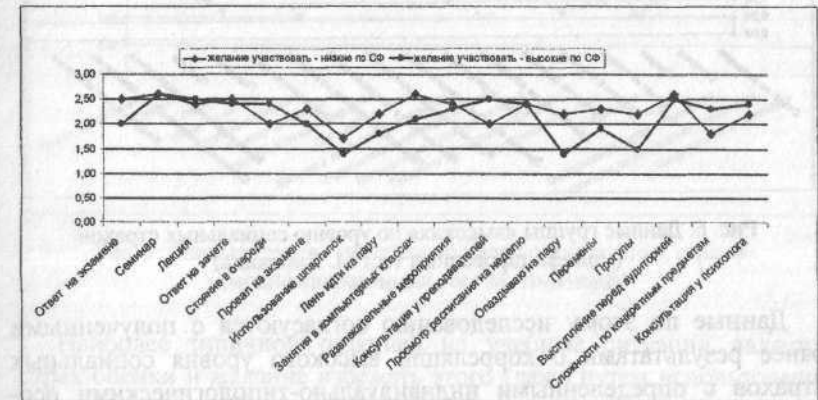


Рис. 5. Степень желания участвовать в учебных ситуациях у студентов с разным уровнем социальных страхов (высоким и низким)

Самая мотивационно конфликтная ситуация для студентов с высоким уровнем социальных страхов – это «выступление перед аудиторией» и отчасти «на семинаре» (см. рис. 6 и 7).

Однако студенты с выраженными социальными страхами, в отличие от группы «низких», не хотели бы участвовать в ситуациях «прогулы», «использование шпаргалок», «провалы», «опоздания» (см. рис. 6 и 7).

Это свидетельствует о большем ощущении ответственности высоко социально тревожных испытуемых и их большем беспокойст-

ве по поводу оценки их социального облика (фактор социальной желательности).

Низко социально тревожные студенты вовсе не против участия в ситуациях прогулов и опозданий, им нравятся «перемены» в значительно большей степени, чем высоко социально тревожным студентам. Социально тревожные студенты не могут позволить себе расслабиться в таких ситуациях.

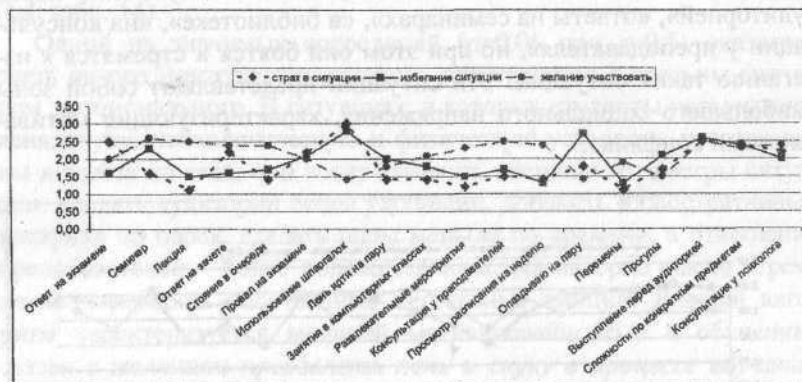


Рис. 6. Данные группы «высоких» по уровню социальных страхов (модифицированный тест М. Либовица)

Данные по этому исследованию согласуются с полученными ранее результатами о корреляции высокого уровня социальных страхов с определенными индивидуально-типологическими особенностями (например, шкалами теста MMPI: социальной интроверсией, психастенией, шизоидностью, депрессией).

Некоторые ситуации избегаются студентами с выраженными социальными страхами в меньшей степени (например, ответ на зачете, лекция, экзамен), так как избегание этих ситуаций приводит к негативным учебным последствиям, хотя часть выборки «высоких» стремится не посещать и эти мероприятия. При этом выражен интенсивный страх и парадоксальное желание участвовать в этих ситуациях (при условии успешного исхода).

Ситуации «провала» и «опозданий» воспринимаются студентами из группы «высоких» как социальное фиаско в значительно большей степени, чем в группе «низких» по уровню социальных страхов. Ответы на зачете и экзамене, выступление перед аудито-

рией представляют для «высоких» пространство самых «пугающих» событий их учебной жизни (см. рис. 6 и 7).

Таким образом, эмоционально-когнитивные алгоритмы реагирования в учебных ситуациях у студентов связаны с разнообразными состояниями, одним из которых является страх негативной оценки.

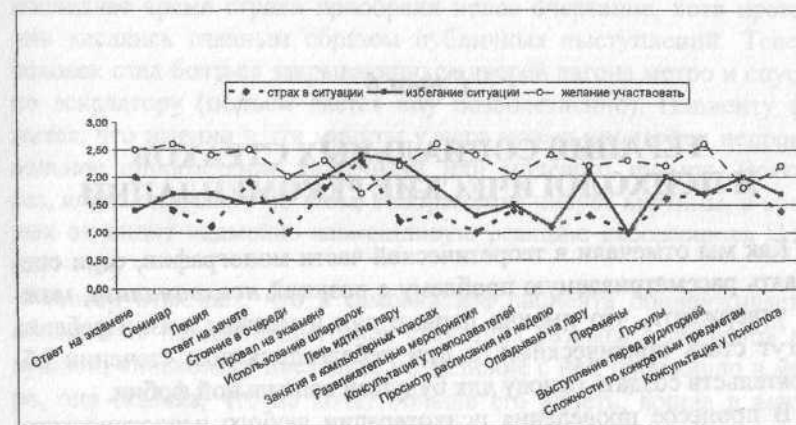


Рис. 7. Данные группы «низких» по уровню социальных страхов (модифицированный тест М. Либовица)

Наиболее типичной реакцией на учебные ситуации является страх оценки и желание избежать этого (даже путем использования нечестных или избегающих стратегий поведения). Анализ единого эмоционально-когнитивного пространства позволил оценить, за счет каких ресурсов, с какими негативными эмоциями (например, страхом или ленью, скукой и др.) и как студенты справляются (либо ищут комфортных внешних условий, либо повышают контроль над эмоциями, либо грамотно организуют время деятельности, избегают ситуации или используют «нечестные» способы обучения и др.).

Глава 6

ТЕРАПИЯ СОЦИАЛЬНЫХ СТРАХОВ
И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Как мы отмечали в теоретической части монографии, если оценивать рассматриваемую проблему с позиций *психоанализа*, можно утверждать, что именно первые дни и месяцы жизни ребенка могут стать критическими, а при неблагоприятном стечении обстоятельств создать основу для будущей социальной фобии.

В процессе проведения психотерапии любого невротического, эмоционального или личностного расстройства почти всегда убеждаешься в отсутствии достаточного тепла и заботы у пациентов в раннем детстве. Очевидно, что ранние неблагоприятные условия в коммуникации со значимыми близкими являются травматичным опытом, однако для терапии это играет скорее вторичную, чем первостепенную роль.

Сосредоточенность на этом опыте не позволит двигаться дальше, а заставит вязнуть пациента в мучительных переживаниях, препятствуя тем самым терапевтическому эффекту. Как правило, в рамках психоанализа при анализе детских переживаний речь идет не о количестве, а о качестве этого тепла. Ребенок не просто нуждается в матери как в некой теплой живой опекунше, дающей ему питание и комфорт. Ему нужна хорошая именно для него мать, ведь поначалу она и только она для него модель всего мира. Термин «достаточно хорошая мать» был введен одним из классиков современного психоанализа британцем Д. Винникоттом и означает, что «мать, берущая на руки ребенка, обязательно должна активно общаться с ним», улыбаться, разговаривать «ласковым голосом», «поглаживая, даже если очень устала» [116].

Если ребенок ограничен в получении эмоционального тепла, он начинает проявлять беспокойство, тревогу, мир вокруг становится более угрожающим, враждебным [116].

А.В. Литвинов, описывая проблему поиска причинности социальных страхов в психоанализе, предлагает рассмотреть следующий случай: «У... пациента, с детства страдающего социофобией, в последнее время страхи приобрели новое очертание, хотя прежде они касались главным образом публичных выступлений. Теперь человек стал бояться закрывающихся дверей вагона метро и спуска по эскалатору (подъем дается ему безболезненно). Пациенту кажется, что именно в эти минуты у него может произойти непроизвольное опорожнение кишечника или мочевого пузыря. Всякий раз, когда он думает об этом, воображение рисует картины, в которых он видит надменно-насмешливую реакцию пассажиров» [116, с. 41–42].

Автор отмечает, что в самоанализе пациента обнаруживается объяснение происходящего как следствия разрыва с любимой девушкой, «поскольку последнее объяснение с ней произошло в метро, она сказала, что не хочет больше его видеть, вошла в вагон, двери закрылись, и она уехала» [116].

Приведенный пример демонстрирует, как в процессе терапии может конструироваться причинно-следственная связь между событиями прошлого и настоящего. При очевидности причины (разрыв с девушкой как травматический опыт) это скорее пример провоцирующих проявлений эмоционального срыва (повод), а не причины. Чаще всего они оказываются просто «новой редакцией» того или иного детского переживания, отыскать и, по образному выражению одного пациента, «расколдовать» которое помогает психоаналитическая техника [116].

В описанном автором случае выяснилось, что «когда пациенту был год, его мама, до этого ни на один день и даже час не оставлявшая ребенка без внимания, вынуждена была выйти на работу. Сына перепоручили любящим бабушке и дедушке, жившим вместе. В первый день выхода на работу матери мальчик растолкал домашнего щенка, кинулся на лестничную площадку за удаляющейся матерью, но остановить ее не успел. Последнее, что запомнилось, закрывающиеся двери лифта. Позже все, разумеется, наладилось, но след в душе ребенка, как выяснилось позднее, оказался достаточно глубоким и болезненным» [116, с. 67].

Так в жизнь ребенка и его устоявшиеся отношения с матерью вмешивается общество (социум). В примере социум символизируют поначалу бабушка и дедушка. Именно их, «разлучников», видит перед собой малыш в горестный момент расставания с мамой, уходящей на работу [116]. Мир вокруг наполняется для ребенка угрозой. В душе укореняется глубокий, животный страх. Уменьшая порождаемое при этом внутреннее напряжение, она применяет всевозможные защитные механизмы. Одним из главных и самых древних в эволюционном смысле среди них является проекция, еще в начале века описанная Фрейдом, в рамках которой субъект «принимает те объекты, которые служат источниками удовольствия, и отторгает все то, что становится внутренним источником неудовольствия» [116, с. 57].

При лечении страхов этот метод оказывается неэффективным, что показывают многочисленные клинико-социологические исследования, так же как и изолированное применение психотропных средств [7, 8, 9, 25, 39, 80, 87, 183, 184, 185, 203, 210, 221, 229]. Социальным страхам может более или менее успешно противостоять комплексное лечение, включающее длительное (не менее 6–7 месяцев) применение психотропных средств, психотерапии и мероприятий по социальной реабилитации.

При психотерапии социальных страхов необходимо понимать, что именно лечить и в каком аспекте рассматривать проблему. Исследования показали, что работа с причиной разных страхов оказывается неэффективной. Конструирование эмоциональных состояний и переживаний в процессе терапии, поиски причин в детстве, травматического опыта обычно ведут терапию по ложному пути. Здесь не может быть однозначно определенных причинно-следственных связей, лишь их умозрительное конструирование. Поэтому рекомендуется сосредоточиться на формировании навыков социальной коммуникации, уверенности в себе, а не искать причину. Кажущаяся причина, даже очевидная, может быть лишь новой «редакцией», типом реакции на что-то другое.

В бихевиоризме часто используется вспомогательный метод – *наблюдение за поведением*, структурированный в соответствии с проблемной ситуацией клиента. В идеале оценка проблемного поведения должна основываться на актуальном наблюдении поведения в естественной среде, где оно имеет обыкновение происходить [25, 184]. Соответственно, в поведенческой терапии разработаны

изошренные оценочные процедуры наблюдения за поведением, направленные на его непосредственное измерение. Как правило, «процедуры используются с детьми в классе или дома, а также с госпитализированными пациентами. Наблюдению могут быть обучены родители, учителя, медицинские сестры и больничные санитары. Когда они научаются наблюдать поведение, можно обучить их производить поведенческий анализ проблемы и изменять собственное поведение, чтобы модифицировать проблемное поведение клиента» [25].

Психологические тесты и опросники можно применять на диагностическом этапе, для уточнения нюансов проблемы, например получения личностного профиля, оценки глубины депрессии или уровня социальных страхов.

Поведенческая терапия располагает широким спектром различных терапевтических методов. К техникам, требующим представлять проблемную ситуацию в воображении, относится *систематическая десенсибилизация*.

При использовании систематической десенсибилизации терапевт, выделив специфические события, которые запускают нереалистическую тревогу, выстраивает их иерархию, в которой различные ситуации, вызывающие у клиента страх, упорядочены иерархически – от наименее стрессовых до наиболее субъективно страшных.

Термин «десенсибилизация» первоначально использовался в фотографии (в значении понижения чувствительности фотопленки) и в медицине при лечении аллергий. Под десенсибилизацией подразумевалось уменьшение чувствительности организма к воздействию какого-либо вещества, обычно путём систематического применения этого вещества, начиная с наименьших доз.

Систематическая десенсибилизация стала первым действительно результативным методом лечения фобий. Эффективность этого метода была доказана множеством научных исследований. После прохождения курса десенсибилизации выздоровление наступает у 70–90 % пациентов.

Десенсибилизация заканчивается, когда самый сильный стимул перестает вызывать страх. Иногда для закрепления результатов рекомендуется повторить процедуру с отдельными ситуациями в реальных условиях. Клиент получает инструкцию: в состоянии глубокой релаксации он должен представить четкий и яркий образ

рассматриваемой в данный момент ситуации, вызывающей, как правило, страх и тревогу.

Дж. Вольпе (1958) заимствовал у Э. Джекобсона метод *тренинга прогрессивной релаксации* и адаптировал его для выработки реакций, несовместимых с тревогой. Релаксация (расслабление) несовместима со страхом и тревогой, поскольку последние связаны с напряжением, а релаксация является состоянием, ему противоположным. Именно поэтому столкновение с вызывающими тревогу стимулами в состоянии расслабления лишает эти стимулы способности вызывать страх.

Метод состоит в обучении клиентов концентрироваться на систематической релаксации различных групп мышц тела, которое ведет к снижению уровня физиологического возбуждения и комфортному субъективному ощущению покоя. В случае, когда какая-либо ситуация продолжает вызывать страх, клиент должен прервать ее визуализацию и вновь достичь состояния расслабления.

Терапевт может вносить коррективы в иерархический порядок стимулов при необходимости, в частности если заметит, что важный аспект не был учтен (например, клиент боится не просто животного, а его быстрых неожиданных движений). Процесс повторяется до тех пор, пока клиент не будет способен визуализировать сцену без переживания тревоги. Лишь тогда терапевт позволяет перейти к следующей ситуации в иерархическом списке. Постепенно клиент «разучается» бояться всех аспектов фобического стимула, «десенсибилизируется» фобическая ситуация, перестает вызывать панический страх.

Часто в техниках на разобусловливание страхов требуется навык *отслеживания своих физиологических реакций*. Необходимо научить клиента отслеживать, в какие моменты какие психофизиологические реакции возникают, чтобы в дальнейшем иметь возможность работать с зонами мышечного напряжения, спецификой физиологической реакции (покраснение, дрожание рук, головокружение). Эта техника эффективна как самомониторинг. Это обратная реакция сознательной рефлексии на то, что ранее неподконтрольно происходило с организмом человека. Важная функция здесь – это повышение субъективного контроля над собственными психофизиологическими реакциями, причем не путем «скрывания», а конструктивно – осознавая и расслабляясь.

В *технике моделирования* (А. Бандура) терапевт встречается с пугающим объектом или ситуацией, в то время как клиенты с фобиями наблюдают за ним. Терапевт становится некой моделью, показывающей безосновательность страхов клиентов, отсутствие реальной угрозы. В одном из вариантов моделирования – моделировании с участием – клиентов активно поддерживают в их возможном желании присоединиться к действиям терапевта и тем самым в совместной деятельности решить проблему.

Источник успеха таких техник заключается в том, что человек имеет реальную возможность в безопасных психотерапевтических условиях столкнуться с пугающими объектами (в широком смысле) и постепенно подготовить себя к встрече с ними в реальной жизни.

А.М. Свядощ обозначает метод десенсибилизации как метод угашения условной связи, устранение патологической чувствительности к определенному объекту и ассоциированным с ним ситуациями. Автор отмечает, что данный метод «основан на угашении условного рефлекса благодаря развитию угасательного, а иногда и дифференцировочного торможения. При этом в качестве вспомогательного приема в процессе лечения прибегают к механизму торможения условного рефлекса при помощи внешнего торможения» [211, с. 164]. Под угасательным понимается торможение, возникающее в тех случаях, «когда условнорефлекторный раздражитель многократно не подкрепляется безусловнорефлекторным» [там же].

Представители когнитивного направления склонны утверждать, что «неправильное поведение» вызвано некими «неправильными мыслями» или «иррациональными идеями» (например: «Если я несовершенен, я ужасен»; «Стоит опасаться знакомиться с людьми»; «Если отказать в просьбе, со мной перестанут общаться и сочтут жадным» и др.). Однако такие убеждения обычно составляют часть идентичности «Я» индивида, поэтому с установками надо работать аккуратно, не оставлять «пустоту», не пытаться стереть эти убеждения, а смягчать, делать их поливариативными, расширять спектр взгляда на одну и ту же ситуацию, жизненную проблему.

Наиболее действенными техниками при терапии социальных страхов оказались следующие: *моделирование, когнитивная гипнотерапия, систематическая десенсибилизация, психодрама, работа с психотерапевтическими метафорами, а также тренинги уверенности в себе, формирования навыков коммуника-*

ции. Чаще всего данные техники сочетают с целью повышения эффективности.

Терапия может быть как индивидуальной, так и групповой. В каждом из этих вариантов есть свои плюсы. Например, в группе клиент в безопасных условиях может выработать навыки коммуникации, проработать свои страхи путем разыгрывания ролей в разных ситуациях. Если, например, страдающий социофобией опасается, что окружающие замечают признаки его волнения, ему можно поручить разливать чай или что-то делать «у всех на виду» в безопасных условиях. Затем он может получить столь важную при таких расстройствах обратную реакцию группы, что помогает развеять многие фантазии таких больных о реакции окружающих.

Как отмечает Дж. Вильсон, поведенческая терапия, начинающаяся с интервью, беседы, предполагает ряд специфических особенностей. В поведенчески-ориентированном интервью не рекомендуется клиенту задавать вопросы типа «Почему?», например «Почему вы тревожитесь, когда оказываетесь в многолюдных местах?». Понятно, что если бы люди знали истинные причины своего поведения и о них можно было бы просто спросить, то психологии как таковой вообще бы не было [25].

Для выявления важных *личностных и ситуативных переменных*, способствующих сохранению проблем клиента, более полезные вопросы начинаются со слов «как», «когда», «где» и «что». Конечно, прямой самоотчет нельзя принимать «за чистую монету», необходимо отслеживать непоследовательности, уклончивость или явные искажения.

Тем не менее во многом в беседе терапевт опирается на *самоотчеты* клиента, особенно при изучении мыслей, фантазий и чувств последнего. Как свидетельствуют исследования, самоотчеты клиентов лучше предсказывает поведение, чем клинические суждения (интерпретации) или результаты личностных тестов. Дж. Вильсон отмечает: «Разумеется, чтобы получить осмысленные ответы, терапевт должен задавать правильные вопросы. Поскольку люди в большинстве склонны описывать себя посредством расплывчатых «ярлыков», терапевтам нередко приходится помогать клиентам находить конкретные поведенческие соответствия своим глобальным субъективным впечатлениям» [25, с. 186].

Работа с иррациональными мыслями и установками индивида предполагает ощутимый результат в форме трансформации патоло-

гических форм поведения, приобретения навыков конструктивного взаимодействия с социальным окружением.

Как мы уже говорили выше, опыт неконтролируемых последствий закономерно приводит к пессимизму и депрессии, снижению стремления предотвратить трудные ситуации или активно совладать с ними (М. Селигман, Д. Хирото и др.). Ответственны за возникновение этого не столько неприятные или болезненные переживания сами по себе, сколько опыт их неконтролируемости. Именно этим объясняется тот факт, что относительно позитивных последствий М. Селигман получил схожие результаты. Интенсивное поощрение, возникающее вне зависимости от действий испытуемых, точно так же, как и наказание, приводит к потере инициативы и способности к конкурентной борьбе.

Таким образом, в процессе терапии выученной беспомощности надо учитывать, что у человека это ощущение вызывается неконтролируемостью и непредсказуемостью событий внешнего мира. Контролю над внешним миром человек учится уже в раннем детстве. Помешать этому процессу могут, по мнению авторов, три обстоятельства: 1) полное отсутствие последствий (депривация); 2) однообразие последствий или же 3) отсутствие видимой связи между действиями и их последствиями (асинхронность) [183–187].

Одной из полезных техник является использование *«направленного воображения»*. Это метод оценки реакций на конкретные ситуации в символической плоскости. Вместо просьбы о самоотчете в фантазиях, можно предложить ему представить, что это событие с ним реально происходит. После того как он вызвал в своем воображении картину ситуации, ему предлагается словесно описывать все мысли, приходящие ему в голову. Это очень эффективный способ выявления конкретных идей, ассоциированных с определенными событиями, необходимых для дальнейшей работы.

Еще один прием – *элементы ролевых игр*. Можно предложить клиенту разыграть ситуацию, а не описывать или воображать ее. Этот путь хорош для оценки межличностных проблем [25, с. 185].

Терапевт при этом играет роль человека, в отношениях с которым у клиента есть проблемы (или член группы при групповой психотерапии). Ролевая игра, элементы психодрамы дают терапевту образец проблемного поведения клиента, хотя и полученный в искусственных условиях. Если терапевт имеет дело с парой, партнерам можно предложить обсудить какие-то определенные вопро-

сы. Наблюдая этот процесс, терапевт получает непосредственное впечатление о характере их навыков общения и способности к разрешению конфликтов [25].

Ф. Зимбардо, автор исследований о застенчивости, описал интересный случай, который иллюстрирует прием «разыграть роль», представить себя «другим». Это история его брата, который оказался крайне застенчив после болезни, когда ему нужно было носить специальные приспособления для исправления последствий детского паралича. После того как они были сняты, ребенок отказывался выходить из комнаты, даже когда в гости приезжали родственники.

Когда его отдали в школу, он непрерывно плакал, однако если в классе читали рассказ, он не мог не увлечься. Тогда мать ребенка решила сделать ему маску с «капюшоном» из коричневого бумажного пакета с вырезанными отверстиями для глаз, носа и рта. Когда мальчик ее надел, она ему очень понравилась, он стал словно другим, придумал себе имя. Так продолжительное время он ходил в школу, другим детям не разрешалось снимать с него маску. Через некоторое время ему предложили принять участие в спектакле на празднике и поменять маску на костюм. У ребенка появились друзья, ему поручали ответственные задания. Хотя он и не стал открытым и раскованным человеком, его адаптация не была существенно нарушена [59].

В терапии социофобий успехи были достигнуты не так давно. Прогресс в области терапии СФ отчасти стал следствием того, что СФ была разделена на две условные части: 1) у людей с СФ могут быть очень сильные социальные страхи; 2) им может не хватать опыта в том, как начать разговор, сказать о своих потребностях, воспринимать нужды других, попросить о чем-либо, выступить с докладом и т.д. В результате психотерапевтическая интервенция социофобий сводится к тренингу социальных навыков.

В целом работа терапевтов сводится к тому, что они содействуют участию своих клиентов в пугающих социальных ситуациях, не выходя из них, пока не пройдет страх. Групповая терапия «часто обеспечивает идеальные условия для экспозиционной терапии, предоставляя людям возможность столкнуться с социальными ситуациями, которых они боятся, в атмосфере поддержки и заботы» [7, с. 146]. Например, в одной из групп человека со страхом дрожая-

ния рук в присутствии других людей попросили писать на доске перед группой и разливать чай другим участникам [7, с. 146].

Наиболее успешным для лечения социальных страхов и социофобий считается сочетание когнитивных и бихевиоральных техник, что отчасти помогает преодолеть присущие бихевиоральному подходу ограничения [7, 8, 9, 25, 39, 80, 87, 183, 184, 185, 203, 210, 221, 229]. Представители когнитивной психологии исходили из реального функционирования индивида, его ментального опыта, поэтому сочетание бихевиоризма и когнитивной психологии дало продуктивные плоды для преодоления радикализма и искусственности поведенческой психологии.

Методы терапии *когнитивной реконструкции* основаны на идее, что эмоциональные расстройства порождаются дезадаптивными мыслительными паттернами. Задача терапии – изменение этих ошибочных когниций.

Так, *рационально-эмотивная терапия*, разработанная А. Эллисом, учит подвергать сомнению и менять свои иррациональные установки. А. Эллис оказался своим собственным первым клиентом, который смог преодолеть смущение и замешательство в социальных ситуациях (в данном случае страх касался разговора с женщинами) [7, с. 146]. Он использовал рационально-эмотивную терапию для психотерапии клиентов, боящихся отвержения в социальных коммуникациях.

Исследования подтверждают, что такие техники снижения социальных страхов создают достаточно устойчивый позитивный психотерапевтический эффект. Есть критическое мнение, что терапия А. Эллиса способствует снижению страхов, но плохо помогает людям успешно действовать в социальной сфере. Тренинг социальных навыков представляет собой набор нескольких поведенческих техник, помогающих людям совершенствовать социальные навыки. Разыгрывание ролей, репетиции нового поведения наряду с изменившимся отношением к объектам или ситуациям – все это создает надежную платформу для излечения от СФ.

Позитивное подкрепление, следующее от участников и терапевта, создает закрепляющий эффект для формирования новых позитивных, адаптивных установок индивида. Несмотря на эффективность указанных типов психотерапевтической интервенции в отношении людей, страдающих СФ, к полному исчезновению страха у всех испытуемых не приводит ни одна психотерапевтиче-

ская техника. В основном эффективен комбинированный вариант ряда терапевтических техник [7, 8, 256].

Рационально-эмотивная терапия А. Эллиса может рассматриваться как когнитивно-бихевиоральный подход к когнитивной реконструкции. Другой широко используемый метод – **тренинг самоинструктирования** Д. Мейхенбаума, который включает следующие шаги: а) клиент обучается выявлять дезадаптивные мысли («я-утверждения»); б) терапевт моделирует адекватное поведение путем описания его эффективных стратегий. Эти вербализации содержат предпосылки решения задачи «я-утверждения», которые противостоят опасениям «фиаско у всех на глазах»; в) клиент осуществляет поведение, в первый раз сопровождая его произнесением вслух соответствующих инструкций самому себе, а в дальнейшем повторяя их про себя [7, 25, 301].

В рамках **когнитивной терапии** Дж. Биика терапевт учит разделять событие, мысли и чувства по поводу события, а также оценивать вероятность пугающих последствий (в процентах), избегать генерализации и драматизации. Для людей с высоким уровнем социальных страхов рекомендуется вести дневник, в котором все эти аспекты должны быть отражены. Это способствует рефлексии, переосмыслению и научению новым формам реагирования, восприятия, поведения [9].

Общей клинической проблемой являются неассертивные клиенты, которые не в состоянии выражать свои чувства и отстаивать свои законные права. В связи с этой проблемой вполне актуален **тренинг асертивности и социальных навыков**. Неассертивные клиенты испытывают тревогу в социальных ситуациях и страдают от низкой самооценки, другие зачастую используют их. С помощью поведенческой репетиции (behavior rehearsal) терапевт моделирует адекватное асертивное поведение, которое клиент затем воспроизводит. Внимание при этом уделяется формированию как невербальных, так и вербальных характеристик экспрессивного поведения (движениям тела, головы, жестам, голосовому тренингу и визуальному контакту) [25, 183, 186].

Затем, с целью внедрения поведения в реальную жизнь, терапевт побуждает клиента к асертивным поступкам в действительности. Поведенческая терапия такого рода часто проводится в режиме группы, а также индивидуально [25, 301]. Поведенческая репетиция при обучении асертивности подходит для группового

тренинга, так как члены группы обеспечивают при этом обратную связь, аудитория в тренинге способна «быть источником целого спектра моделирующих влияний» [25, 183].

Помимо собственно увеличения асертивности, такие элементы поведенческой репетиции, как инструкции, моделирование (воссоздание ситуации в реальном плане) и обратная связь, существенно способствуют повышению коммуникативных компетентностей в широком диапазоне, включая активное слушание, дачу личной обратной связи и формирование доверия через самораскрытие.

Эти коммуникативные принципы, заимствованные из других подходов к консультированию, будучи интегрированными в практику поведенческих терапевтов, стали важной составной частью поведенческой супружеской терапии. В поведенческих программах лечения испытуемые разного возраста обучаются играть активную роль в определении терапевтических целей и выполнении программы тренинга или психотерапии (**самоконтролю**): «Например, при психотерапии избыточного веса терапевт и клиент совместно устанавливают параметры дневного потребления калорий, при которых клиент сможет снижать вес безопасно для собственного здоровья» [25, с. 45].

В рамках поведенческо-когнитивной терапии поиск причины и работа с ней считаются неэффективными. В процессе бихевиоральной интервенции выделяются три важных положения: 1) работа с вызывающими тревогу мыслями; 2) выработка социальных навыков; 3) преодоление отчуждения. Выявлено, что абсолютное большинство больных СФ боятся выступления на публике; другие – приема пищи в присутствии других людей, заполнения квитанций в присутствии людей, а третьи – звонить по телефону и посещать магазин, т.е. тревожащие мысли связаны с ситуациями, индивидуально кодируемыми как фобические [86].

Исследования в области поведенческой терапии выявили определенные свойства целей, повышающие вероятность успешного самоконтроля. В частности, должны ставиться максимально конкретные, однозначные и кратковременные цели (субцели), например поглощение не более определенного количества калорий [25].

Тренинг самоинструктирования применяется в качестве метода обучения самоконтролю для преодоления таких проблем, как импульсивность, стресс, чрезмерная агрессивность, боль. Аналогично для уменьшения различных симптомов стресса, включая бес-

сонницу, головные боли, напряжения и гипертонию, в качестве метода самоконтроля широко применяется тренинг прогрессивной релаксации [25]. Методы биологической обратной связи, применявшиеся для лечения ряда психофизиологических расстройств, также подпадают под категорию процедур самоконтроля, повышения уровня субъективного контроля над своими проявлениями.

Техники, основанные на осуществлении в реальной жизни. Все вышеописанные методы используются в ходе терапевтических сессий, причем большинство из них обычно дополняется домашними заданиями – конкретные задачи, которые должны выполняться клиентами в реальном мире между терапевтическими сессиями. Существуют также терапевтические методы, реализация которых происходит главным образом в естественной среде клиента.

Поведенческая терапия, по сравнению с другими видами терапии, является относительно краткосрочным мероприятием. Продолжительность ее составляет от 25 до 50 сессий, нередко и больше. Однако более 100 сессий поведенческой терапии, как правило, редкость. Не существует каких-то установленных критериев для предварительного определения длительности терапии. Обычный путь в клинической практике – провести детальную поведенческую оценку проблем и как можно быстрее начать терапевтические вмешательства.

При завершении успешного лечения терапевт обычно избегает резкого окончания. Характерно постепенное увеличение промежутков времени между сессиями от недели до двух, а затем до месяца и так далее. Завершающие сессии могут быть более короткими, с периодическими телефонными звонками между ними.

В терминах *теории социального научения* погружение в проблему должно не столько обеспечивать угасание тревоги и неадекватного стиля поведения, сколько трансформировать *ожидания* клиента относительно личной эффективности (*когнитивные механизмы*). Под самоэффективностью понимается появление у клиента убеждения в том, что теперь он может справляться с ситуациями, которые прежде вызывали у него страх.

Самоэффективность определяется как конструкт, охватывающий несколько специфических когнитивных процессов, включая типы атрибуций клиента. Чтобы изменилось ожидание личной эффективности, он должен сделать самоатрибуцию (self-attribution)

поведения (причина поведения – в самом клиенте). Некоторые клиенты, даже неоднократно пребывая в фобической ситуации, обучаясь ее не бояться, не приписывают себе произошедшее поведенческое изменение (списывают на везение, случай), поэтому эффект терапии оказывается поверхностным. Необходимо, чтобы клиент умел приписать себе поведенческие изменения, тогда возникнет ощущение личной эффективности и терапевтический эффект будет стойким.

Первые исследования фобических пациентов эмпирически подтвердили теорию самоэффективности, хотя некоторые из результатов этих исследований неоднозначны. В экспериментах А. Бандуры и его сотрудников было показано, что именно ожидания эффективности точно предсказывали снижение фобического избегающего поведения независимо от того, использовался ли метод наводнения, символического моделирования, скрытого (covert) моделирования либо систематической десенсибилизации [25].

Показатели личной эффективности позволяли даже предсказать различия в преодолевающем поведении (coping behavior) индивидов, которые проходили один и тот же вид лечения. В полном согласии с теорией моделирование через участие (participant modeling) привело к увеличению в уровне и силе ожиданий эффективности, а также к связанным с ним поведенческим изменениям (Bandura, 1982) [25].

Мультимодальная психотерапия, предложенная А.А. Лазарусом и соавторами, представляет метод обеспечения комплексности психотерапевтического обследования и интервенции. Поскольку любое психическое расстройство, по мнению автора, затрагивает все основные сферы человеческой жизни (поведение, мышление, эмоции, соматику и пр.), вызывая соответствующие нарушения. Взаимосвязь этих нарушений обуславливает резистентность каждого из них по отношению к психотерапевтическому воздействию. Успешной, таким образом, считается система воздействий, направленных на психические нарушения. Отмечается, что при лечении фобий и депрессий данный вид психотерапии достаточно эффективен [78, 79].

Метод BASIC-ID охватывает: «В – поведение (behavior), А – эмоции (affect), S – ощущения (sensitivity), I – представления (images), C – когниции (cognitions), I – взаимоотношения с другими

людьми (interrelations), медикаментозную и другую зависимости (drugs)» [79, с. 287].

Кроме того, А.А. Лазарус предложил своеобразный прием *поведенческой психотерапии*, направленный на лечение фобических и депрессивных состояний. Идея этого приема заключается в том, что, по мнению автора, «приятное предвосхищение будущего формирует прямой противовес негативным ожиданиям» при разного рода психических нарушениях, в частности социофобии [79, с. 380–381].

Развиваются *приятные перспективы будущего* и мысли о возможном улучшении, формируется опыт устранения актуальных забот за счет составленных в беседе с пациентом *«списка приятных стимулов»*, который *в сочетании с мышечной релаксацией* служит для детального представления приятных сцен, таким образом создавая естественный *эмоционально-когнитивный противовес спонтанно возникающим негативным переживаниям* [78,79]. Эта техника, по сути, является когнитивно-бихевиоральным вариантом разобусловливания страха с помощью позитивного условного стимула.

Приемы арт-терапии, компенсирующие некоторые недостатки когнитивного подхода, связанные с необходимостью высокого уровня осознанности, рефлексии, самомониторинга, в частности рисуночные техники, помогают выразить свой страх детям, а также людям, находящимся в тяжелом психологическом состоянии, трудно идущим на контакт или вытесняющим переживания. Это могут быть варианты марионеточной терапии, песочной терапии, коллажи, построение жизненного мира, собственно рисуночные методы в сочетании с инструкциями на выражение страхов в метафорической, цветовой форме (К.Г. Юнг, Т.Ю. Колошина, А.И. Копытин).

Интересное направление – *когнитивная гипнотерапия*, разновидностями которой являются прямые и непрямые (М. Эриксон) формы наведения транса, осуществляемого с помощью либо непосредственного внушения, либо опосредованного метафорами, непрямыми образными историями внушения. В исследованиях А. Бека, А. Раша, Б. Шо, Г. Эмери описаны случаи социальных страхов (выступление перед аудиторией, взаимодействие с коллегами по работе), к которым успешно применялась терапия с помощью наведения транса и работы с иррациональными мыслями в этом состоянии.

Психологические рекомендации

Анализ результатов исследования социальных страхов в системе «студент – преподаватель» (или «ученик – учитель») показало необходимость формулировки наиболее общих и простых психологических советов-рекомендаций для этой двухсторонней системы, которые могут быть использованы всеми интересующимися данной проблемой и участвующими в ситуациях активного социального взаимодействия с аудиториями.

Предложенные советы намеренно сформулированы в упрощенной, доступной пониманию неспециалистов форме.

Рекомендации предлагается использовать в практике преподавателям, учителям, ведущим групп для снижения уровня социальной тревожности студентов на занятиях, а также собственной социальной тревожности при выступлении перед аудиторией:

1. Предлагается сказать о своих эмоциях и переживаниях аудитории, подобрав приемлемую корректную форму. Озвучить в той или иной форме свое состояние, связав это с целью своего присутствия (например: «Здравствуйте, уважаемые коллеги. Я немного волнуюсь, начиная беседовать с вами, такой профессиональной аудиторией...»).

Бывает целесообразно озвучить даже этапы подготовки к этому выступлению в аудитории в подходящей по контексту форме. Чувство тревоги уйдет, когда вы поговорите о своих опасениях. Искренность к аудитории настроит ее позитивно к вам. Кроме того, чтобы расположить аудиторию, необходимо сделать ей признание, например, в форме подчеркивания важности ее мнения и др.

Не надо пытаться скрывать признаки волнения, это сделает поведение неловким, лучше признаться в волнении собеседнику (частично, в удобной для вас форме), и опасения, что кто-то это заметит и проинтерпретирует не в вашу пользу, развеются.

2. Выступая перед аудиторией, можно опираться взглядом на нескольких людей в группе, которые наиболее внимательно слушают. Они помогут стабилизировать ваше эмоциональное состояние, окажут вам необходимую поддержку.

3. В психологии есть такой прием – психодрама как техника разыгрывания определенных ролей в группе. Предлагается представить, что выполняешь чью-то роль (что «ты» – это «кто-то» – некий успешный образ, который есть в опыте, – писатель, актер, политик,

ученый и др.). Такой прием можно использовать преподавателям в аудиториях, где есть застенчивые студенты. Это разыгрывание ролей, в которых оттачиваются навыки и знания, при этом человек смелее и активнее, так как это «словно не он».

Элегантный прием «примерить на себя чью-то роль» оказывается действенным в разные возрастные периоды. Интересно отметить, что когда человек играет роль более уверенного и успешного человека, естественным образом меняются осанка, тон голоса и жесты.

4. Разделить ответственность с кем-то, страх снижается, если снижается ролевая ответственность. Здесь приветствуются варианты выступлений и ответов в паре, в группе, другие формы работы.

Для преподавателя важно понимание, что качество выступления зависит не только от него, но и от аудитории (которой можно сообщить об этом, например, в форме того, что вы надеетесь на поддержку аудитории и будете рады ответить на возникающие вопросы).

5. Рекомендуется научиться автоматически расслабляться на уровне психофизиологии (мышцы, тело, дыхание) и применять эти навыки в тревожащих ситуациях. Расслабление – противоположное состояние эмоции страха и тревоги. Для этого необходимы тренировки.

В самом начале необходимо почувствовать разные группы мышц (лица, спины, шеи, рук и пр.) с помощью поочередного сознательного их напряжения, а затем – расслабления. Считается, что тренировки такого режима позволят впоследствии автоматически расслаблять напряженные мышцы, следовательно, реакция тревоги не возникнет.

Просто по желанию, без тренировок, мышцы не расслабить, необходимо добиться эффекта автоматизации. Если необходимо расслабиться, но автоматически вы не научились этого делать, то рекомендуется представить себе ситуацию (например, на природе), где тихо и спокойно (у каждого есть такие воспоминания, которые можно вызывать произвольно с целью успокоения, релаксации). Вы почувствуете, что чем более детально представлена ситуация (например, как прохладная капля росы медленно стекает с листочка и падает на траву...), тем сильнее будет эффект: дыхание выравнивается, мышцы расслабятся.

6. Чтобы конструктивно справляться с социальными страхами, очень важно осознание своего социального страха как решаемой психологической проблемы, которая мешает жить полноценно. Не рекомендуется пытаться отрицать проблему, компенсировать ее с помощью психоактивных веществ, например алкоголя, так как это только усугубляет ее, а не решает.

7. Вычленение, осознание и работа с иррациональными правилами, схемами опасности, установками (это один из самых трудных моментов, установки – часть идентичности «Я»). Работа с дихотомическим мышлением, невротическими правилами: «Если я несовершенен, то я ужасен», «Я не могу отказать в просьбе, ведь иначе меня сочтут ничтожеством» и т.д.

Позволить себе делать ошибки и наблюдать за тем, что это не приводит к катастрофе. Как правило, эта работа происходит совместно с психологом. Однако и самостоятельно можно научиться рефлексировать над жесткими установками, не терпящими оттенков, и оценивать степень их адекватности, реалистичности.

8. Рекомендуется в процессе деятельности ставить субцели (промежуточные этапы и цели), а не глобальные. Таким образом, человек оберегает себя от масштабных фиаско. При достижении субцелей возникает приятное ощущение самоэффективности и желания действовать дальше, а при постановке глобальных целей – высокая вероятность ощущения низкой самоэффективности. Даже если субцель не достигнута, это не такая большая катастрофа, как если бы перед вами стояла масштабная цель, поэтому вы с легкостью подойдете к вопросу с другой стороны, не впадая в депрессию и отчаяние.

9. Для преподавателей рекомендуется поощрять социальную активность и смелость студентов (группы, аудитории), организовывать участие в однозначно успешных учебных ситуациях. Внешние социальные поощрения создают эффект знакового закрепления («якоря») успеха (например, сообщить об успехе в студенческую газету или разместить информацию о достижениях группы, отдельных студентов на «доске информации»).

10. Исследования показали, что для снижения социального страха очень важно грамотно организовывать свое время, регламентировать выступление, планировать его. Страх может возникать из-за неопределенности, необходимости импровизировать в незнакомой ситуации. Если речь идет о студентах, нужно давать им мак-

симально четкие инструкции к учебным заданиям, чтобы понятным было все – от начала до итога.

Если речь идет о выступлении перед аудиторией, желательно подготовить больше материала, чем вы успеете рассказать и организовать его так, чтобы можно было легко воспроизводить информацию в аудитории. Рекомендуется использовать структурирующие материал примеры и прочие «отступления», чтобы аудитория смогла лучше понять доносимые сведения.

11. Демонстрируйте жесты поддержки и повторение последних фраз студента (члена любой аудитории). Если он не прав, желательно согласиться хотя бы с частью высказываемого или похвалить за смелость и за то, что человек имеет свое мнение, чтобы опыт не был негативным и в нем всегда присутствовал позитивный момент.

12. Критиковать не личность в целом, а отдельные поступки человека, давать обратную эмоциональную реакцию человеку, при этом обходясь без обобщений и генерализаций. Критикуя человека, надо начинать с подчеркивания позитивных моментов (что удалось человеку, а что нет), делая акцент на положительном, а не на отрицательном, чтобы не формировать эффект выученной беспомощности. Не должно быть асинхронности в оценках однотипных действий, последствия должны иметь разную реакцию (однотипно позитивное реагирование также является фактором формирования выученной беспомощности).

13. Говорить комплименты по поводу знаний и умений аудитории, ее профессионального уровня, подчеркивать положительное так, чтобы это было действительно искренне, а не надуманно (лесть – это не комплимент).

14. Учиться делать вывод, выносить позитивный опыт из ошибок, а не негативный. Позволить себе ошибаться в некоторых моментах и стараться не обобщать негативный опыт на будущие события (это эффект выученной беспомощности), так как каждая ситуация уникальна, а результаты могут быть разными.

15. Разделять событие, мысли и чувства по поводу события, а также оценивать вероятность пугающих последствий (в процентах), избегать генерализации и драматизации. Этот прием предложил Дж. Биик. Для людей с высоким уровнем социальных страхов рекомендуется вести дневник, в котором все эти аспекты должны

быть отражены. Это способствует рефлексии, переосмыслению и научению новым формам реагирования, восприятия, поведения.

16. Формировать чувство субъективного контроля над ситуациями. Сделать одно и то же действие по-разному и посмотреть, что изменится, с целью повышения чувства субъективного контроля над событиями своей жизни.

17. Работа в метафорической плоскости. Необходимо представить, что страх – некий живой метафорически объективируемый феномен (или даже реальный предмет). Например, вы можете представить его в виде зверька или растения и описать его свойства, особенности, а затем попытаться «приручить», подумать, что можно с ним сделать, чтобы он стал нейтральным и безопасным.

18. Требуемые воображения техники также бывают полезными. Например, сочинить сказку о своем страхе (о герое или героини, которая чего-то боялась): какие препятствия встречаются на пути героя, как он их преодолевает и т.д. Это способствует рефлексии и решает психологические проблемы на символическом уровне, который затем ассимилируется на реальную жизнь.

19. Бывает полезной рефлексия над страхами (в частности, над страхом выступления перед аудиторией, страхом отвержения, негативной оценки) в контексте рисунков «Нарисуй свой страх» (с помощью изобразительных материалов, есть вариант «Слепи свой страх» с помощью пластилина, например). По рисунку (или слепленному образу) выявляются свойства страха, его особенности, то, как он живет и функционирует. Следующий этап – сделать рисунок с помощью цвета, разных изобразительных материалов менее страшным, а затем и смешным. Это помогает объективировать страх (а значит, сделать его субъективно подконтрольным), понять условность реакции страха, что она может быть другой, может изменяться, преобразаться в позитивное реагирование в изначально пугавших социальных ситуациях.

Обобщая вышеизложенные примеры стратегий совладения с социальными страхами (получения власти над ними), в частности со страхом выступления перед аудиторией, обращаем внимание читателей на то, что любой вариант рефлексии и объективации страха (метафорический, буквальный, символический, изобразительно-художественный) помогает ощутить его подконтрольность, субъективное авторство реагирования на ситуацию, а это уже большая часть решения проблемы на пути преодоления социальных страхов.

Любой вариант телесной, звуковой, мимической экспрессии, вызванной в соответствии с произвольной инструкцией, уже дает власть над страхом, который перестает быть неподконтрольным (вечным и всеобъемлющим), становится всего лишь вариантом эмоционально-когнитивного реагирования.

С образом (визуальным, мысленным, нарисованным, выраженным с помощью мимики – пантомимики и пр.) можно производить символические трансформации. Это решение психологических проблем на знаково-символическом уровне, это опосредованный знаком способ совладения со страхами и разобусловливания выученной беспомощности посредством демонстрации плюрализма позитивных реакций на фрустрирующие, пугающие, неприятные ситуации жизни.

Во всех этих стратегиях необходимо тем или иным способом объективировать страх (сделать его подконтрольным субъекту, сформировать чувство авторства реакции страха и идею о плюрализме возможных реакций), систематически отслеживать деструктивный тип восприятия и реагирования в ситуации, пошагово трансформируя соответствующие эмоционально-когнитивные и поведенческие алгоритмы реагирования с дезадаптивных на конструктивные, адаптивные стратегии.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ КОММЕНТАРИИ

Мир – это доброкачественная загадка, которую наше сумасшествие делает ужасной, ибо старается разрешить ее исходя из собственных представлений...

У. Эко. Маятник Фуко

В работе мы рассмотрели сложный, комплексный феномен социальных страхов, продемонстрировав его специфику в серии эмпирических исследований на разных группах испытуемых: клинической, группе студентов и младших подростков с разным уровнем интеллекта.

Анализ теоретико-методологических подходов к проблеме позволил очертить диапазон взглядов на природу страха, в частности страха в социальных ситуациях. Наряду с общими особенностями страхов, социальные страхи имеют свою специфику, коренящуюся в том, что они представляют собой особую форму культурно-специфичной патологии как результата современных социокультурных условий существования человека, а также являются во многом эмоционально-мотивационным расстройством, вызывающим сильнейший субъективный дистресс и разные варианты дезадаптации.

Содержание социальных страхов составляет мотивационный конфликт между желанием и страхом (избеганием) участия в социальных ситуациях оценивания. Телесная топология социофобий показала разную семантику переживания страхов на уровне психофизиологических индикаторов эмоций, разные типы социальных страхов у испытуемых с разными индивидуально-типологическими особенностями. Это позволяет нам говорить, что социофобия – группа разных форм чрезмерных и иррациональных социальных страхов. Таким образом, правильнее говорить «социофобии», а не «социофобия». Наличие социальных страхов редко означает генерализованный страх всех ситуаций оценки, как правило, человек

боится участвовать в определенном типе ситуаций, что также варьируется, согласуясь с индивидуально-типологическими особенностями испытуемых.

Очевидно, что до сих пор в нашей стране проведено очень мало психологических исследований по социофобиям и социальным страхам, отсутствует адекватный диагностический инструментарий и существует много противоречий в стратегиях эффективного лечения и психотерапии таких состояний.

Мы попытались разработать эмпирическую психологическую базу в исследовании данного феномена с помощью психосемантического метода, а также диагностическую программу, психологические и терапевтические рекомендации для широкого круга читателей.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. – М.: Медицина, 1988. – 400 с.
2. Альберти Р.Е., Эммонс М.Л. Умейте постоять за себя: Ключ к уверенному поведению // [http://www.gomek.ru/alb\[cont\].htm](http://www.gomek.ru/alb[cont].htm)
3. Артемьева Е.Ю. Основы психологии субъективной семантики. – М.: Наука: Смысл, 1999. – 350 с.
4. Барт Р. Избранные труды: Семиотика. Поэтика. – М.: Прогресс, 1994. – 616 с.
5. Бассин Б.Ф. Проблема специфического и неспецифического характера отношений между аффективным конфликтом и клиническим синдромом // Клиническая психология: Хрестоматия / Сост. и общ. ред. Н.В. Тарабриной. – СПб.: Питер, 2000. – С. 20–37.
6. Бейтсон Г., Джексон Д.Д., Хейли Дж., Уикленд Дж. К теории шизофрении // Московский психотерапевтический журнал. – 1993. – № 1. – С. 5–24.
7. Бек А., Раиш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. – СПб.: Питер, 2003. – 304 с.
8. Бишк Дж. Социальная фобия: путь преодоления // <http://www.psyline.ru/socfob.htm>
9. Бишк Дж.У. Тренинг преодоления социофобии: Руководство по самопомощи – М.: Изд-во ин-та психотерапии, 2003. – 226 с.
10. Блейлер Е. Руководство по психиатрии. Репринтное изд. 1920. – М.: Изд-во Независимой психиатрической ассоциации, 1993. – 542 с.
11. Блейхер В.М. Эпонимические термины в психиатрии, психотерапии и медицинской психологии: Словарь. – Киев: Виц. шк., 1984. – 448 с.
12. Бодрийяр Ж. Символический обмен и смерть. – М.: Добросвет, 2000. – 389 с.
13. Бодрийяр Ж. Соблазн. – М.: MARGINEM, 2000. – 318 с.
14. Братусь Б.С. Аномалии личности. – М.: Мысль, 1988. – 304 с.
15. Браун Х., Рихберг И.-М. Беспричинный страх: Справочник здоровья. – М.: Сигма-Пресс; Ростов н/Д: Феникс, 1998. – 96 с.

16. *Бреслав Г.* Психология эмоций. – М.: Смысл: Изд. центр «Академия», 2004. – 544 с.
17. *Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М.* Словарь-справочник по психодиагностике. – СПб.: Питер Ком, 1999. – 528 с.
18. *Бурно М.Е.* Сила слабых. – М.: ПРИОР, 1999. – 368 с.
19. *Бурно М.Е.* Терапия творческим самовыражением. – М.: ПРИОР, 1929.
20. *Василюк Ф.Е.* Жизненный мир и кризис: типологический анализ критических ситуаций // Психологический журнал. – 1995. – Т. 16, № 3. – С. 16–25.
21. *Василюк Ф.Е.* Психология переживания: Анализ преодоления критических ситуаций. – М.: Изд-во МГУ, 1984. – 199 с.
22. *Василюк Ф.Е.* Структура образа // Вопросы психологии. – 1993. – № 5. – С. 5–19.
23. *Василюк Ф.Е.* Типология переживаний различных критических ситуаций // Психологический журнал. – 1995. – Т. 16, № 5. – С. 23–28.
24. *Вассерман Л.И., Дорофеева С.А., Меерсон Я.А.* Современные представления о мозговой организации высших психических функций и основные принципы нейропсихологической диагностики // Клиническая психология: Хрестоматия / Сост. и общ. ред. Н.В. Тарабриной. – СПб.: Питер, 2000. – С. 166–177.
25. *Вильсон Дж.Т.* Поведенческая терапия (Глава из книги «Современная психотерапия») // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2000. – № 3. – С. 10–30.
26. *Витгенштейн Л.* Лекции и беседы об эстетике, психологии и религии. – М.: Дом интеллектуальной книги, 1999. – 91 с.
27. *Выготский Л.С.* Лекции по психологии. – СПб.: Союз, 1997. – 144 с.
28. *Выготский Л.С.* Психология и учение о локализации психических функций // Клиническая психология: Хрестоматия / Сост. и общ. ред. Н.В. Тарабриной. – СПб.: Питер, 2000. – С. 51–60.
29. *Выготский Л.С.* Психология развития как феномен культуры / Под ред. М.Г. Ярошевского. – Москва: Институт практической психологии; Воронеж: НПО МОДЭК, 1996. – 512 с.
30. *Ганнушкин П.Б.* Сладострастие, религия и жестокость // Клиническая психология: Хрестоматия / Сост. и общ. ред. Н.В. Тарабриной. – СПб.: Питер, 2000. – С. 84–100.
31. *Гиппенрейтер Ю.Б.* Введение в общую психологию. – М.: Че Ро: Юрайт, 2002. – 334 с.
32. *Годфруа Ж.* Что такое психология: В 2 т. – М.: Мир, 1992. – Т. 2. – 376 с.
33. *Гордеева Т.О.* Мотивация достижения: теории, исследования, проблемы // Современная психология мотивации / Под ред. Д.А. Леонтьева. – М.: Смысл, 2002. – 343 с.
34. *Готтсданкер Р.* Основы психологического эксперимента. – М.: Академия, 2005. – 368 с.
35. *Громов В.И., Васильев Г.А.* Энциклопедия безопасности. – М.: Академия, 2003. – 320 с.

36. *Гроф С.* Области человеческого бессознательного: опыт исследований с помощью ЛСД. – М.: МТМ, 1994. – 240 с.
37. *Гусев А.Н.* Дисперсионный анализ в экспериментальной психологии – М.: Учеб.-метод. коллектор «Психология», 2000. – 136 с.
38. *Гусев А.Н., Измайлов Ч.А., Михалевская М.Б.* Измерение в психологии: Общ. психол. практикум. – М.: Смысл, 1987. – 281 с.
39. *Дауд Т.Е.* Когнитивная гипнотерапия. – СПб.: Питер, 2003. – 224 с.
40. *Делез Ж. Фуко.* – М.: Класс, 1998. – 345 с.
41. *Деррида Ж.* Che cos'è 'la poesia? // Логос. – 1999. – № 6. – С. 140–143.
42. *Деррида Ж.* О почтовой открытке от Сократа до Фрейда и не только. – Минск: Современный литератор, 1999. – 832 с.
43. *Деррида Ж.* Эссе об имени. – М.: Класс, 1998. – 287 с.
44. *Дружинин В.Н.* Метафорические модели интеллекта // Психологический журнал. – 1999. – Т. 20, № 6. – С. 44–52.
45. *Дружинин В.Н.* Экспериментальная психология. – СПб.: Питер, 2002. – 320 с.
46. *Жане П.* Страх действия как существенный элемент меланхолии // Психология эмоций: Тексты / Под ред. В.К. Виллоаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. – С. 192–202.
47. *Забродин Ю.М.* Психологический эксперимент: специфика, проблемы, перспективы развития // История становления и развития экспериментальной психологии в России. – М.: Наука, 1990. – С. 16–30.
48. *Зайцева И.А.* Исторический анализ некоторых форм бреда при шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1994. – Т. 94, № 3. – С. 81–85.
49. *Залевский Г.В.* Психическая ригидность в норме и патологии. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 1993. – 272 с.
50. *Залевский Г.В.* Теория субъекта и фиксированные формы поведения // Психологический журнал. – 2003. – Т. 24, № 3. – С. 32–36.
51. *Залевский Г.В.* Фиксированные формы поведения индивидуальных и групповых систем (в культуре, образовании, науке, норме и патологии). – Москва; Томск: ТГУ, 2004. – 460 с.
52. *Залевский Г.В.* Фиксированные формы поведения и психологические проблемы семьи как малой групповой системы // Сибирский психологический журнал. – 1999. – Вып. 11. – С. 107–110.
53. *Залевский Г.В.* Фиксированные формы поведения на уровне индивидуальных и групповых систем // Сибирский психологический журнал. – 2000. – Вып. 12. – С. 36–42.
54. *Залевский Г.В.* Филогенетические основы фиксированных форм поведения // Сибирский психологический журнал. – 1999. – Вып. 11. – С. 55–58.
55. *Залевский Г.В.* Томский опросник ригидности Г.В. Залевского (ТОРЗ) // Сибирский психологический журнал. – 2000. – Вып. 12. – С. 130–137.
56. *Зейгарник Б.В.* Значение патопсихологических исследований для вопросов общей психологии // Клиническая психология: Хрестоматия / Сост. и общ. ред. Н.В. Тарабриной. – СПб.: Питер, 2000. – С. 196–206.

57. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1986. – 287 с.
58. Зинченко В.П. От классической к органической психологии // Вопросы психологии. – 1996. – № 6. – С. 6–25.
59. Зимбардо Ф. Застенчивость. – М.: АСТ: Астрель, 2005. – 284 с.
60. Иванников В.А. Потребности как жизненные задачи // Вестн. МГУ. – 1997. – Сер. Психология, № 1. – С. 14–20.
61. Иванников В.А. Психологические механизмы волевой регуляции. – М.: Изд-во МГУ, 1999. – 142 с.
62. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы. – СПб.: Питер, 2000. – 512 с.
63. Ильин Е.П. Сущность и структура мотива // Психологический журнал. – 1995. – Т. 16, № 2. – С. 27–41.
64. Ильин И. Постмодернизм: Словарь терминов. – М.: Интрада, 2001. – 384 с.
65. Исследование в психологии: методы и планирование / Дж. Гудвин. – СПб.: Питер, 2004. – 558 с.
66. Исурин Г.Л. Задачи и механизмы лечебного действия личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии в свете разработки интегративной модели // Клиническая психология: Хрестоматия / Сост. и общ. ред. Н.В. Тарабриной. – СПб.: Питер, 2000. – С. 250–261.
67. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. – СПб.: Питер, 1998. – 150 с.
68. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л.: Медицина, 1983. – 312 с.
69. Как понимать чувства и справляться с проблемами: Практические рекомендации по преодолению страхов, неуверенности, неполноценности, вины, ревности, депрессивных состояний / Д. Вольф, Р. Меркле. – Новосибирск: Наука. Сибирское отделение РАН, 2000. – 128 с.
70. Как преодолеть страх перед экзаменами: Психологические стратегии оптимальной подготовки и сдачи экзаменов / Д. Вольф, Р. Меркле. – Новосибирск: Наука. Сибирское отделение РАН, 2000. – 78 с.
71. Калашиник Я.М. Патологический аффект // Психология эмоций. Тексты / Под ред. В.К. Вилонаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. – С. 220–227.
72. Калина Н.Ф. Анализ дискурса в психотерапии // Психологический журнал. – 2000. – Т. 21, № 2. – С. 35–42.
73. Калина Н.Ф. Основы психотерапии. – Москва: REFL-book; Киев: Ваклер, 1997. – 272 с.
74. Каннабих Ю.Н. История психиатрии. Репринтное изд. 1928. – М.: ЦТР МГП ВОС, 1994. – 528 с.
75. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия: В 2 т. – М.: Медицина, 1994. – Т. 1. – 671 с.
76. Капра Д. Дж., Сервон Д. Психология личности. – СПб.: Питер, 2003. – 640 с.
77. Карвасарский Б.Д. Групповая психотерапия: значение и перспективы использования в комплексном лечении больных неврозами // Клиническая

- психология: Хрестоматия / Сост. и общ. ред. Н.В. Тарабриной. – СПб.: Питер, 2000. – С. 277–231.
78. Карвасарский Б.Д. Психотерапия в России: ретроспектива и задачи дальнейшего развития // Клиническая психология: Хрестоматия / Сост. и общ. ред. Н.В. Тарабриной. – СПб.: Питер, 2000. – С. 243–250.
79. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. – М.: Медицина, 1985. – 304 с.
80. Карсон Р., Батчер Дж., Минека С. Анормальная психология. – СПб.: Питер, 2004. – 1167 с.
81. Келли Дж. Психология личности: Теория личностных конструктов. – СПб.: Речь, 2000. – 249 с.
82. Кемпинский А. Психология шизофрении. – СПб.: Ювента, 1998. – 294 с.
83. Кемпинский А. Экзистенциальная психиатрия. – М.: Совершенство, 1998. – 320 с.
84. Кернберг О. Отношения любви: Норма и патология. – М.: Независимая фирма «Класс», 2000. – 252 с.
85. Клиническая психиатрия / Под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера. – М.: Медицина, 1967. – 832 с.
86. Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. – СПб.: Питер, 2002. – 1312 с.
87. Клиническая психология: Учеб. / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2002. – 960 с.
88. Ключко В.Е., Галажинский Э.В. Самореализация личности: системный взгляд. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 1999. – 154 с.
89. Когнитивная психология / Под ред. В.Н. Дружинина, Д.В. Ушакова. – М.: Аспект Пресс, 2002. – 425 с.
90. Когнитивная психотерапия расстройств личности / Под ред. А. Бека, А. Фримена. – СПб.: Питер, 2002. – 544 с.
91. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия. – М.: Медицина, 1995. – 608 с.
92. Корнилова Т.В. Введение в психологический эксперимент. – М.: Изд-во МГУ, 1997. – 255 с.
93. Корнилова Т.В. Теоретические конструкты и психологическая реальность в индексах мотивации опросника Эдвардса // Вопросы психологии. – 1997. – № 1. – С. 63–73.
94. Костина Л.М. Методы диагностики тревожности. – СПб.: Речь, 2002. – 198 с.
95. Котов А.В. Мотивационно-эмоциональный конфликт в структуре поведенческого акта // Психологический журнал. – 1999. – Т. 20, № 6. – С. 62–71.
96. Кочунас Р. Основы психологического консультирования. – М.: Прогресс, 1999. – 235 с.
97. Красноярцева О.М. Психологические механизмы трансформации профессионального мира педагогов // Образование и социальное развитие региона. – 1995. – № 3. – С. 146–149.

98. *Кречмер Э.* Медицинская психология: Практическая врачебная психология // Клиническая психология: Хрестоматия / Сост. и общ. ред. Н.В. Тарабриной. – СПб.: Питер, 2000. – С. 38–50.
99. *Кулка Р.А., Шленгер В.Е.* Методология и методы эпидемиологического изучения посттравматического стрессового расстройства // Клиническая психология: Хрестоматия / Сост. и общ. ред. Н.В. Тарабриной. – СПб.: Питер, 2000. – С. 278–306.
100. *Лакан Ж.* Функция и поле речи и языка в психоанализе. – М.: Гнозис, 1995. – 101 с.
101. *Лакосина Н.Д., Трунова М.М.* Неврозы, невротическое развитие личности: Клиника и лечение. – М.: Медицина, 1994. – 192 с.
102. *Лбов Г.С.* Методы обработки однотипных экспериментальных данных. – Новосибирск: НГУ, 1981. – 205 с.
103. *Лебедев А.Н., Боковиков А.Н.* Экспериментальная психология в российской рекламе. – М.: Изд-во МГУ, 1995. – 367 с.
104. *Левин К.* Динамическая психология: Избранные труды. – М.: Смысл, 2001. – 572 с.
105. *Леви-Стросс К.* Структурная антропология. – М.: Прогресс, 1983. – 536 с.
106. *Левуцкая Т.Е., Богомаз С.А., Залевский Г.В.* К проблеме гибкости творческого мышления учащихся // Сибирский психологический журнал. – 2000. – Вып. 12. – С. 54–58.
107. *Леонтьев А.Н.* Потребности, мотивы и эмоции // Психология эмоций: Тексты / Под ред. В.К. Вилонаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. – С. 162–171.
108. *Леонтьев В.Г.* Психологические механизмы мотивации. – Новосибирск: Изд-во НГПИ, 1992. – 216 с.
109. *Леонтьев Д.А.* Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. – М.: Смысл, 1999. – 487 с.
110. *Леонтьев А.А.* Слово в речевой деятельности. – М.: Изд-во МГУ, 1965.
111. *Леонтьев Д.А.* Системно-смысловая природа и функции мотива // Вестн. МГУ. – 1993. – Сер. Психология. – № 2. – С. 73–82.
112. *Леонтьев А.А.* Основы психолингвистики. – М.: Смысл, 1999.
113. *Леонтьев А.А.* Психология общения. – М.: Смысл, 1997.
114. *Линдемманн Э.* Клиника острого горя // Психология эмоций: Тексты / Под ред. В.К. Вилонаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. – С. 212–219.
115. *Липпер Р.У.* Мотивационная теория эмоций // Психология эмоций: Тексты / Под ред. В.К. Вилонаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. – С. 138–151.
116. *Литвинов А.В.* Провокация страха: Социальная фобия // Качество жизни. Профилактика. – 2001. – № 2. – С. 40–43.
117. *Литвинов А.В.* Что такое социофобия // <http://www.arbat25.ru/toread/1.htm>

118. *Логвиненко А.Д.* Измерения в психологии: математические основы. – М.: Изд-во МГУ, 1993. – 480 с.
119. *Ломброзо Ч.* Гениальность и помешательство. – Ростов н/Д: Феникс, 1997. – 544 с.
120. *Ломов Б.Ф.* Методологические проблемы психологического эксперимента // История и актуальные проблемы развития экспериментальной психологии в России. – М.: Наука, 1990. – С. 7–16.
121. *Ломов Б.Ф.* О системном подходе в психологии // Вопросы психологии. – 1975. – № 2. – С. 31–45.
122. *Ломов Б.Ф.* О ситуации // Психология социальных ситуаций / Под ред. Н.В. Гришиной. – СПб.: Питер, 2001. – С. 117–119.
123. *Ломов Б.Ф., Тарабрина Н.В.* Медицина и психологическая наука // Клиническая психология: Хрестоматия / Сост. и общ. ред. Н.В. Тарабриной. – СПб.: Питер, 2000. – С. 8–19.
124. *Лоуэн А.* Радость. – Минск: ООО «Попурри», 1999. – 464 с.
125. *Лоуэн А.* Физическая динамика структуры характера. – М.: Изд. фирма «Компания ПАНИ», 1996. – 320 с.
126. *Лурия А.Р.* Язык и сознание. – Ростов н/Д: Феникс, 1998. – 416 с.
127. *Лурия А.Р.* Диагностика следов аффекта // Психология эмоций: Тексты / Под ред. В.К. Вилонаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. – С. 228–234.
128. *Лэнг Р.* Расколотое Я. – М.: Академия, СПб.: Белый кролик, 1995. – 352 с.
129. *Магнуссон Д.* Ситуационное восприятие – область исследований // Психология социальных ситуаций / Под ред. Н.В. Гришиной. – СПб.: Питер, 2001. – С. 205–212.
130. *Магомед-Эминов М.Ш.* Психодиагностика мотивации: Объект и методы // Общая психодиагностика / Под ред. А.А. Бодалева, В.В. Столина. – М., 1987. – С. 155–170.
131. *Магомед-Эминов М.Ш.* Трансформация личности. – М.: Психоаналитическая ассоциация, 1998. – 496 с.
132. *Магомед-Эминов М.Ш., Васильев И.А.* Анализ когнитивного подхода в зарубежных теориях мотивации // Вопросы психологии. – 1986. – № 5. – С. 161–168.
133. *Майерс Д.* Социальная психология. – СПб.: Питер, 1997. – 684 с.
134. *Мартин Д.* Психологические эксперименты: Секреты механизмов психики. – СПб.: «Прайм-Еврознак»: Изд. дом «Нева»; М.: «ОЛМА-ПРЕСС», 2004. – 480 с.
135. *Марютина Т.М., Ермолаев О.Ю.* Введение в психофизиологию. – М.: Московский психолого-социальный институт, Флинта, 1997. – 240 с.
136. *Маслоу А.Г.* Дальние пределы человеческой психики. – СПб.: Евразия, 1997. – 430 с.
137. *Маслоу А.Г.* Мотивация и личность. – СПб.: Евразия, 1999. – 478 с.
138. *Мацумото Д.* Психология и культура. – СПб.: Питер, 2003. – 718 с.
139. *Мейли Р.* Структура личности // Экспериментальная психология / Под ред. П. Фресса, Ж. Пиаже. – М.: Прогресс, 1975. – С. 196–278.

140. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Практ. руководство. – М.: МЕДпресс, 1998. – 592 с.
141. Меновицков В.Ю. Психотерапевтическая практика: мифы клиентов // Вопросы психологии. – 1999. – № 1. – С. 25–34.
142. Мэй Р. Искусство психологического консультирования. – М.: Прогресс, 1994. – 304 с.
143. Мэй Р., Бинсвангер Л., Роджерс К. Экзистенциальный анализ случая Эллен Вест // Московский психотерапевтический журнал. – 1993. – № 3. – С. 54–67.
144. Мясичев В.Н. Психотерапия как система средств воздействия на психику человека в целях восстановления его здоровья // Клиническая психология: Хрестоматия / Сост. и общ. ред. Н.В. Тарабриной. – СПб.: Питер, 2000. – С. 212–226.
145. Надирашвили Ш. Понятие установки в общей и социальной психологии. – Тбилиси: Мецниереба, 1974. – 170 с.
146. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования: Анализ и интерпретация данных. – СПб.: Речь, 2004. – 392 с.
147. Налимов В.В. Вероятностная модель языка. – М.: Академия, 1979. – 456 с.
148. Налимов В.В. Теория эксперимента. – М.: Академия, 1971. – 348 с.
149. Налимов В.В., Дрогалина Ж.А. Вероятностная модель бессознательного: Бессознательное как проявление семантической вселенной // Психологический журнал. – 1984. – Т. 5, № 6. – С. 16–24.
150. Новейший философский словарь / Сост. А.А. Грицанов. – Минск: Изд-во В.М. Скакун, 1999. – 896 с.
151. Новицкий П.В., Зограф И.А. Оценка погрешностей результатов измерений. – Л.: Энергоатомиздат. Ленингр. отд-ние, 1991. – 304 с.
152. Нолл Р. Тайная жизнь Карла Юнга. – М.: Refl-book, 1998. – 389 с.
153. Норакидзе В.Г. Характер личности и метод фиксированной установки / Понятие установки и отношения в медицинской психологии: Материалы симпозиума 23/XII – 25/XII 1968 г. / Под общ. ред. И.Т. Бжалава. – Тбилиси: Мецниереба, 1970. – С. 164–173.
154. Общая психодиагностика / Под ред. А.А. Бодалева, В.В. Столина. – М.: Изд-во МГУ, 1987. – 578 с.
155. Общий практикум по психологии: Психологический эксперимент / Под ред. М.Б. Михалевской, Т.В. Корниловой. – М.: Изд-во МГУ, 1985. – 308 с.
156. Онучин А.Н. Новая парадигма в социальной психологии // Мир психологии. – 1999. – № 3. – С. 90–97.
157. Орлов А.Б. Две ориентации в исследованиях мотивации за рубежом // Вестн. МГУ. – 1979. – Сер. Психология, № 2. – С. 65–78.
158. Орлов А.Б. Развитие теоретических схем и понятийных систем в психологии мотивации // Вопросы психологии. – 1989. – № 5. – С. 27–34.
159. Основы психофизиологии / Отв. ред. Ю.И. Александров. – М.: ИНФРА-М, 1997. – 432 с.

160. Пятаева Е.Ю. Ситуативное развитие и уровни мотивации // Вестн. МГУ. – 1983. – Сер. Психология, № 4. – С. 23–33.
161. Пашнев Б.К. Новая проективная психодиагностическая методика «тест двенадцати животных» // Психологический журнал. – 1998. – Т. 19, № 3. – С. 134–140.
162. Первин Л., Джон О. Психология личности. – М.: Аспект Пресс, 2001. – 607 с.
163. Петренко В.Ф. Введение в экспериментальную психосемантику: исследование формы репрезентаций в обыденном сознании. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1983. – 389 с.
164. Петренко В.Ф. Основы психосемантики. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1997. – 400 с.
165. Петренко В.Ф. Психосемантический подход к изучению мотивации // Мотивация личности (феномены, закономерности и механизмы формирования): Сб. науч. тр. / Под ред. А.А. Бодалева. – М.: 1982. – С. 94–107.
166. Петренко В.Ф., Митина О.В. Анализ динамики общественного сознания (на материале политического менталитета). – Смоленск: Изд-во Смолен. ун-та, 1997. – 214 с.
167. Петренко В.Ф., Митина О.В. Семантическое пространство политических партий // Психологический журнал. – 1991. – № 6. – С. 55–77.
168. Петровский А.В., Ярошевский М.Г. Основы теоретической психологии. – М.: ИНФРА-М, 1998. – 528 с.
169. Поляков Ю.Ф. Теоретико-методологические проблемы патопсихологии // Клиническая психология: Хрестоматия / Сост. и общ. ред. Н.В. Тарабриной. – СПб.: Питер, 2000. – С. 179–196.
170. Понятие установки и отношения в медицинской психологии: Материалы симпозиума, 23–25 декабря 1968 г. / Под общ. ред. И.Т. Бжалава. – Тбилиси: Мецниереба, 1970. – 256 с.
171. Потапкин А.А., Шмелев А.Г. Ситуационно-операционная решетка как метод профессиональной диагностики // Вестн. Моск. ун-та. – 2004. – Сер. Психология, № 2. – С. 50–55.
172. Похилько В.И., Федотова Е.О. Техника репертуарных решеток в экспериментальной психологии личности // Вопросы психологии. – 1984. – № 3. – С. 151–157.
173. Практикум по экспериментальной и прикладной психологии / Под ред. А.А. Крылова. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1990. – 272 с.
174. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии / Под ред. А.А. Крылова, С.А. Маничева. – СПб.: Питер: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2003. – 559 с.
175. Психодиагностика / Л.Ф. Бурлачук. – СПб.: Питер, 2003. – 351 с.
176. Психология здоровья: Учеб. для вузов / Под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2003. – 607 с.
177. Пфанцгаль И. Теория измерений. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1976. – 256 с.
178. Пьерон А. Потребности // Экспериментальная психология / Под ред. П. Фресса, Ж. Пиаже. – М.: Прогресс, 1970. – С. 147–196.

179. Райкрофт Ч. Критический словарь психоанализа. – СПб.: Вост.-европ. ин-т психоанализа, 1995. – 288 с.
180. Ранняя диагностика психических заболеваний / Под ред. В.М. Блейхера, Е.Ф. Бажина, А. Биликевича и др. – Киев: Здоровье, 1989. – 288 с.
181. Роговин М.С. Введение в психологию. – М.: Высш. шк., 1969. – 382 с.
182. Роджерс К.Р. Консультирование и психотерапия. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. – 464 с.
183. Ромек В.Г. Поведенческая терапия страхов // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2002. – № 1. http://www.psychology.ru/romek/behavior/angst_artikl.htm.
184. Ромек В.Г. Психологическое консультирование в ситуации выученной беспомощности // Психологическое консультирование: Проблемы, методы, техники. – Ростов н/Д: ЮРГИ, 2000. – С. 278–187.
185. Ромек В.Г. Тренинг уверенности в межличностных отношениях. – СПб.: Речь, 2002. – 196 с.
186. Ромек В.Г. Школа оптимизма // http://vesti.lenta.ru/psy/2000/07/12/despair/_Printed.htm.
187. Ромек В.Г., Ромек Е.А. Тренинг наслаждения. – СПб.: Речь, 2003. – 245 с.
188. Росс Л., Нисбет Р. Человек и ситуация: Уроки социальной психологии. – М.: Аспект Пресс, 2000. – 429 с.
189. Рубинштейн С.Я. Основные принципы построения патопсихологического эксперимента // Клиническая психология: Хрестоматия / Сост. и общ. ред. Н.В. Тарабриной. – СПб.: Питер, 2000. – С. 206–210.
190. Рубинштейн С.Я. Современные методики патопсихологии. – М.: Изд-во МГУ, 1970. – 367 с.
191. Рудестам К. Групповая психотерапия. – СПб.: Питер, 1999. – 384 с.
192. Руднев В. Прочь от реальности: Исследования по философии текста. – М.: Аграф, 2000. – 432 с.
193. Руднев В. Словарь безумия. – М.: Независимая фирма «Класс», 2005. – 400 с.
194. Савенко Ю.С. Чувство времени у тревожных больных / Понятие установок и отношения в медицинской психологии: Материалы симпозиума, 23–25 декабря 1968 г. / Под общ. ред. И.Т. Бжалова. Тбилиси: Мецниереба, 1970. – С. 195–198.
195. Сагалакова О.А. Построение метафорического пространства, отражающего адаптационные стили в разных сферах бытия // Студенческие исследования. Вып. 8. – Барнаул, 2002. – С. 114–120.
196. Сагалакова О.А. Страх как существенный элемент эмоционально-когнитивного образа социальных ситуаций // Вестн. алт. науки. – 2004. – Вып. 3(2). – С. 108–113.
197. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Юсупов П.Р. Программа «Organon 2.0» // Вестн. алт. науки. – 2004. – Вып. 3(2). – С. 120–124.
198. Сагалакова О.А. Методика исследования тревожности в социальных ситуациях // Актуальные проблемы образования в современном обществе:

- приоритеты и проблемы: Материалы междунар. науч.-практ. конф. (г. Усть-Каменогорск, 1 марта 2004 г.). – Усть-Каменогорск, 2004. – С. 185–188.
199. Сагалакова О.А. Образные языковые конструкты как смысловой индикатор специфики ментального опыта в психосемантическом моделировании // Образование и социальное развитие региона. – Барнаул, 2003. – № 1–2. – С. 71–84.
200. Сагалакова О.А. Представленность образов в сознании больных шизофренией // Студенческие исследования. – Вып. 7. – Барнаул, 2002. – С. 117–122.
201. Сагалакова О.А. Проблемы и перспективы современной науки психологии: поиски адекватных методологических основ. – Проблемы и перспективы интеграционного развития и образования: Материалы междунар. науч.-практ. конф., 24–25 февраля 2003 г. – Усть-Каменогорск, 2003. – Ч. 1. – С. 143–148.
202. Сагалакова О.А. Социальная фобия и социальная тревожность: моделирование смыслового пространства устойчивых алгоритмов реагирования на жизненные ситуации // Материалы XXXI науч. конф. студентов, магистров, аспирантов и учащихся лицейных классов. Барнаул: Изд-во Алт. ун-та, 2004. – С. 243–245.
203. Сагалакова О.А. Социальная фобия: психосемантический анализ устойчивых алгоритмов реагирования на социальные ситуации // Сибирский психологический журнал. – 2004. – № 19. – С. 62–69.
204. Сагайдак С.С. Мотивация деятельности. – Минск: Ред. журн. «Адукацыя і выхаванне», 2001. – 208 с.
205. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. «Клиническая психология»: Программа курса и учебно-методические рекомендации для студентов. – Барнаул, 2002. – 47 с.
206. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Исследование категоризации мира и мотивов поведения с помощью психосемантического моделирования // Перспективы развития межрегионального образовательного пространства на базе гуманитарных кафедр российских университетов. Всероссийский научно-методический симпозиум, 16–19 сентября 2003. – Барнаул. – 2003. – С. 469–474.
207. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Методика психосемантического моделирования мотивационного пространства ментальности "Крылатые фразы" // Актуальные проблемы социологии, психологии и социальной работы: Ежегодник. Вып. 8. – Барнаул, 2003. – С. 208–226.
208. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Семантическое моделирование мотивационного пространства ментальности // Сибирский социологический вестник. – Барнаул. – 2003. – № 1. – С. 160–170.
209. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Демина Л.Д., Супрун А.П. Психосемантическое моделирование мотивационного пространства ментальности – новые возможности экспликации смысловой структуры поведения // Изв. Алт. гос. ун-та. – 2003. – № 2. – С. 95–99.
210. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. УМК «Социальные страхи и социофобии» – Барнаул, 2007. – 35 с.
211. Свядоц А.М. Неврозы. – М.: Медицина, 1982. – 305 с.

212. *Святоц А.М.* Психотерапия: пособие для врачей. – СПб.: Питер, 2000. – 288 с.
213. *Сидоренко Е.В.* Методы математической обработки в психологии. – СПб.: Речь, 2003. – 350 с.
214. *Сироткина И.Е.* Психология в клинике: работа отечественных психиатров конца прошлого века // Вопросы психологии. – 1995. – № 1. – С. 25–31.
215. *Соколова Е.Т.* Общая психотерапия. – М.: Изд-во МГУ, 2001. – 387 с.
216. *Соколова Е.Т., Чечельницкая Е.П.* Психология нарциссизма. – М.: Учебно-метод. коллектор «Психология», 2001. – 90 с.
217. *Солсо Р., Джонсон Х., Бил. К.* Экспериментальная психология: Практический курс. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2001. – 528 с.
218. *Солсо Р.Л.* Когнитивная психология. – СПб.: Питер, 1996. – 560 с.
219. *Сосланд А.* Фундаментальная структура психотерапевтического метода или как создать свою школу в психотерапии. – М.: Логос, 1999. – 368 с.
220. *Соссюр Ф. де.* Заметки по общей лингвистике. – М.: Высш. шк., 1990. – 450 с.
221. *Социальная фобия // Проблемная группа по социальной фобии Всемирной ассоциации психиатрии / Под ред. С.А. Монтгомери.* http://mentalhealth.ru/lib/soc_phob/index.cgi?0
222. *Собчик Л.Н.* Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ. – СПб.: Речь, 2000. – 219 с.
223. *Справочник по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского.* – М.: Медицина, 1985. – 346 с.
224. *Супрун А.П.* Психосемантический метод исследования ментальности // Образование в Сибири: Специальный выпуск. – 2000. – С. 204–212.
225. *Супрун А.П.* Шкалирование субъективных оценок в психологии // Образование и социальное развитие региона. – 2001. – № 1–2. – С. 124–126.
226. *Сурнов К.Г., Тхостов А.Ш.* Влияние современных технологий на развитие личности и формирование патологических форм адаптации: обратная сторона социализации // Психологический журнал. – 2005. – № 6.
227. *Тёлле Р.* Психиатрия. – Минск: Высш. шк., 1999. – 496 с.
228. *Тихонравов Ю.В.* Экзистенциальная психология. – М.: ЗАО «Бизнес-школа»: «Интел-Синтез», 1998. – 238 с.
229. *Todd Д., Богарт А.К.* Основы клинической и консультативной психологии. – СПб.: Сова; М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. – 768 с.
230. *Труевцев Д.В.* Психологические аспекты деформаций жизненных сил человека // Современное понимание жизненных сил человека: от метафоры к концепции. – М., 2000. – С. 157–163.
231. *Труевцев Д.В.* Психосемантическое моделирование мотивационного пространства ментальности: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Барнаул, 2002. – 24 с.
232. *Труевцев Д.В., Коряковцева И.С.* Исследование процесса адаптации у женщины, перенесших радикальную мастэктомию с помощью психосемантического метода // Вестн. алтайской науки: Проблемы социологии и психологии. – 2001. – № 1. – С. 88–94.

233. *Тхостов А.Ш.* Болезнь как семиотическая система // Вестн. МГУ. – 1993. – Сер. Психология, № 1. – С. 3–16.
234. *Тхостов А.Ш.* Болезнь как семиотическая система // Вестн. МГУ. – 1993. – Сер. Психология, № 4. – С. 13–24.
235. *Тхостов А.Ш.* Психология телесности. – М.: Смысл, 2002. – 287 с.
236. *Тхостов А.Ш.* Топология субъекта (опыт феноменологического исследования) // Вестн. МГУ. – 1994. – Сер. Психология, № 2. – С. 3–13.
237. *Тхостов А.Ш.* Топология субъекта (опыт феноменологического исследования) // Вестн. МГУ. – 1994. – Сер. психология, № 3. – С. 3–12.
238. *Тхостов А.Ш., Колымба И.Г.* Эмоции и аффекты: общепсихологический и патопсихологический аспекты // Психологический журнал. – 1998. – Т. 19, № 4. – С. 41–48.
239. *Тхостов А.Ш., Колымба И.Г.* Эмоции и аффекты: общепсихологический и патопсихологический аспекты // Психологический журнал. – 1998. – Т. 19, № 5. – С. 81–87.
240. *Тювина Н.А.* Психические заболевания: клиника, лечение, профилактика. – М.: Крон-Пресс, 1997. – 250 с.
241. *Узнадзе Д.* Психология установки. – СПб.: Питер, 2001. – 416 с.
242. *Узнадзе Д.Н.* Теория установки. – Москва: Ин-т практ. психологии; Воронеж: НПО МОДЭК, 1997. – 448 с.
243. *Ушаков Т.К., Лакосина Н.Д.* Медицинская психология. – М.: Медицина, 1984. – 256 с.
244. *Франкл В.* Человек в поисках смысла. – М.: Смысл, 1990. – 324 с.
245. *Франселла Ф., Баннистер Д.* Новый метод исследования личности. – М.: Прогресс, 1987. – 236 с.
246. *Фрейд З.* Остроумие и его отношение к бессознательному. – СПб.; М.: Университетская книга: АСТ. – 318 с.
247. *Фрейд З.* Психология бессознательного. – М.: Просвещение, 1990. – 447 с.
248. *Фромм Э.* Здоровое общество // Психоанализ и культура. – М.: Юрист, 1995. – С. 273–565.
249. *Фромм Э.* Душа человека. – М.: ООО «Изд-во АСТ-ЛТД», 1998. – 664 с.
250. *Фрумкина Р.М.* Психолингвистика. – М.: Изд. центр «Академия», 2001. – 320 с.
251. *Фуко М.* Воля к истине: по ту сторону знания, власти и сексуальности. – М.: Изд. дом «Касталь», 1996. – 448 с.
252. *Фуко М.* История безумия в классическую эпоху. – СПб.: Рудомино: Университетская книга, 1997. – 576 с.
253. *Фуко М.* История сексуальности // Реферативный журнал. – 1997. – Философия. – Сер. 3, № 1. – С. 27–45.
254. *Фуко М.* Рождение клиники. – М.: Смысл, 1998. – 310 с.
255. *Фуко М.* Слова и вещи: Археология гуманитарных наук. – М.: Прогресс, 1977. – 488 с.
256. *Хегенхан Б., Олсон М.* Теории научения. – СПб.: Питер, 2004. – 474 с.

257. Хейзинга Й. Homo Ludens (человек играющий). – М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. – 352 с.
258. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность: В 2 т. – М.: Педагогика, 1986. – Т. 1. – 407 с.
259. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность: В 2 т. – М.: Педагогика, 1986. – Т. 2. – 392 с.
260. Хекхаузен Х. Психология мотивации достижения. – СПб.: Речь, 2001. – 240 с.
261. Хелл Д. Ландшафт депрессии: Интегральный подход. – М.: Алетейа, 1999. – 210 с.
262. Хелл Д., Фишер-Фельтен М. Шизофрени (основы понимания и помощь в ориентировке). – М.: Алетейа, 1998. – 200 с.
263. Херсонский Б.Г. Метод пиктограмм в психодиагностике психических заболеваний. – М.: Изд-во МГУ, 2001. – 54 с.
264. Хок Роджер Р. 40 исследований, которые потрясли психологию. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. – 416 с.
265. Холл К.С., Линдсей Г. Теории личности. – М.: КСП+, 1997. – 720 с.
266. Холмогорова А.Б. Психотерапия шизофрении за рубежом // Московский психотерапевтический журнал. – 1993. – № 1. – С. 77–112.
267. Хомская Е.Д. Проблема факторов в нейропсихологии // Клиническая психология: Хрестоматия / Сост. и общ. ред. Н.В. Тарабриной. – СПб.: Питер, 2000. – С. 150–165.
268. Хомская Е.Д. Теория системной динамической локализации высших психических функций // Клиническая психология: Хрестоматия / Сост. и общ. ред. Н.В. Тарабриной. – СПб.: Питер, 2000. – С. 134–150.
269. Хорни К. Наши внутренние конфликты // Психоанализ и культура: Избранные труды К. Хорни и Э. Фромма. – М.: Юрист, 1995. – С. 5–191.
270. Хорни К. Невротическая личность нашего времени: Самоанализ. – М.: Изд. группа «Прогресс»-«Универс», 1993. – 480 с.
271. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. – СПб.: Питер, 1998. – 608 с.
272. Цапкин В.Н. Единство и многообразие психотерапевтического опыта // Московский психотерапевтический журнал. – 1992. – № 2. – С. 5–40.
273. Чирков В.И. Самодетерминация и внутренняя мотивация поведения человека // Вопросы психологии. – 1997. – № 3. – С. 116–132.
274. Читавили М.Д. Роль установки в психологическом эксперименте // История и некоторые вопросы современного состояния экспериментальных исследований в отечественной психологии. – М.: Высш. шк., 1990. – С. 165–189.
275. Чудновский В.С., Чистяков Н.Ф. Основы психиатрии. – Ростов н/Д: Феникс, 1997. – 448 с.
276. Шадриков В.Д. Введение в психологию: мотивация поведения. – М.: Логос, 2001. – 136 с.
277. Шапиро Д. Невротические стили. – М.: Институт общегуманитарных исследований; СПб.: Университетская книга, 1998. – 197 с.

278. Шеберг Л. Жизненные ситуации и эпизоды как основа ситуационного влияния на действия // Психология социальных ситуаций / Под ред. Н.В. Гришиной. – СПб.: Питер, 2001. – С. 99–101.
279. Шмелев А.Г. Введение в экспериментальную психосемантику: теоретико-методологические основания и психодиагностические возможности. – М.: Изд-во МГУ, 1983. – 158 с.
280. Шмелев А.Г. Психодиагностика личностных черт. – СПб.: Речь, 2002. – 480 с.
281. Шмелев А.Г., Болдырева В.С. Психосемантика юмора и диагностика мотивов // Мотивация личности (феномены, закономерности и механизмы формирования): Сб. науч. тр. / Под ред. А.А. Бодалева. – М.: АПН СССР, 1982. – С. 108–119.
282. Шмелев А.Г., Похилько В.И., Козловская-Тельникова А.Ю. Практикум по экспериментальной психосемантике. – М.: Изд-во МГУ, 1988. – 207 с.
283. Шмелев А.Г., Похилько В.И., Козловская-Тельникова А.Ю. Практикум по экспериментальной психосемантике: Тезаурус личностных черт. – М.: Логос, 1988. – 225 с.
284. Шульц Д.П., Шульц С.Э. История современной психологии. – СПб.: Евразия, 2002. – 532 с.
285. Щербатых Ю. Психология страха: Популярная энцикл. – М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. – 416 с.
286. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. – М.: Изд. группа «Прогресс», 1996. – 344 с.
287. Эриксон Э. Детство и общество. – СПб.: Ленато: АСТ, Фонд «Университетская книга», 1996. – 592 с.
288. Юнг К.Г. Психологические типы. – СПб.: Ювента; М.: Прогресс-Универс, 1995. – 716 с.
289. Юнг К.Г. Психология переноса. – Москва: Refl-book; Киев: Ваклер, 1997. – 298 с.
290. Юревич А.В. К анализу исследований каузальной атрибуции в зарубежной социальной психологии // Вопросы психологии. – 1986. – № 5. – С. 168–175.
291. Юревич А.В. Методологический либерализм в психологии // Вопросы психологии. – 2001. – № 5. – С. 3–18.
292. Яковсон П.М. Психология чувств и мотивации / По ред. Б.М. Борисовой. – Москва: Ин-т практ. психологии; Воронеж: НПО МОДЭК, 1998. – 304 с.
293. Яньшин П.В. Семантика проективного рисунка в контексте языка невербальных значений // Вестн. МГУ. – 1989. – Сер. Психология, № 1. – С. 45–51.
294. Ясперс К. Общая психопатология. – М.: Практика, 1997. – 1056 с.
295. Ясперс К. Собрание сочинений по психопатологии: В 2 т. – Т. 2. – М.: Академия; СПб.: Белый кролик, 1996. – 256 с.
296. Ясперс К. Стриндберг и Ван Гог. – СПб.: Гуманитарное агентство «Академический проект», 1999. – 238 с.

297. 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>
298. Ястребов Д.В. Социальная фобия с чувствительными идеями отношения при эндогенных заболеваниях // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1998. – № 12. – С. 23–35.
299. Ястребов Д.В., Колоцкая Е.В. Терапия социальных фобий // Тревога и обсессии. – М.: Изд-во МГУ, 1998. – С. 234–246.
300. Beck A.T., Emery G, Greenberg R.L. Anxiety Disorders and Phobias. Inc, New York, 1985.
301. Beck A.T., Freeman A.F. Cognitive Therapy of Personality Disorders. Guilford Press, New York, 1990.
302. Bernstein D.A., Borkovec T.D. Leren ontspannen. Dekker & van de Vegt, Nijmegen, 1977.
303. Bernstein D.A., Borkovec T.D. Progressive Relaxation Training. Research Press, Champaign, Illinois, 1973.
304. Butter G. Exposure as a treatment for social phobia: some instructive difficulties. Behavres Ther. 1985. № 23. P. 651–657.
305. Diekstra R.W.F. Ik kan denken, voelen wat ik wil. Swets & Zeitlinger, Amsterdam, 1976.
306. Forest J.J. Self-help books. The American Psychologist. 1988. № 43. P. 599–602.
307. Ghosh A., Marks I.M. Self-treatment of agoraphobia by exposure // Behavior Therapy. 1987; 18: 3–16. Glasgow R.E., Rosen G.M. Behavioral bibliotherapy: a review of self-help behavior therapy manuals // Psychological Bulletin. 1978; 85: 1–23.
308. Goldberg L.R. The development of markers for the Big-Five factor structure // Psychological Assessment. 1982. Vol. 4. P. 26–42.
309. Goldberg L.R. Language and individual differences: The search for universals in personality lexicons // Wheeler, L. (Ed), Review of Personality and Social Psychology. Beverly Hills, CA: Sage publications, 1981. Vol. 2. P. 141–165.
310. Greist J.H., Jefferson J.W., Marks I.M. Anxiety and its Treatment. Washington: American Psychiatric Press, 1986.
311. Heimberg R.G., Barlow D.H. New developments in cognitive-behavioral therapy for social phobia // Journal of Clinical Psychiatry. 1991. 52: 21–30.
312. Kelly G.A. The psychology of Personal Constructs. N.Y.: Norton, 1955. Vol. 1. XVIII. 556 p.
313. Kelly G.A. The theory of personality. – N.Y.: Norton, 1963. 194 p.
314. Liebowitz M.R., Schneier F.R., Campeas R., et al. Phenelzine vs atenolol in social phobia: A placebo-controlled comparison // Archives of General Psychiatry. 1992. 49: 290–300.
315. Liebowitz M.R., Schneier F.R., Hollander E. et al. Treatment of social phobia with drugs other than benzodiazepines // Journal of Clinical Psychiatry. 1992. 52 (suppl Nov): 10–15.

316. Marks I.M. Behavioral psychotherapy towards the millennium // Cottreaux J., Legeron P., Mollard E. (eds). Annual Series of European Research in Behavior Therapy. Amsterdam: Swets & Zeitlinger, 1992.
317. Marks I.M. Fears, Phobias and Rituals. Oxford University Press, 1987.
318. Marshall J.R. Social phobia. Postgraduate Medicine. 1991; 90 (8): 187–194.
319. Marx J.A., Gyorky Z.K., Royalty G.M., Stern T.E.: Use of self-help books in psychotherapy. Professional // Psychology Research and Practice. 1992. 23: 300–305.
320. Mersch P.P. The behavioral and cognitive therapy for social phobia. Groningen 1994.
321. Najavits L.M., Wolk K.A. A survey of public utilization of self-help materials // Journal of Psychology. 1994. 128: 617–619.
322. Osgood C.E. The mature and measurement of meaning // Psychological bulletin. 1952. Vol. 49. P. 197–237.
323. Osgood C.E., May W.H., Miron M.S. Cross-cultural universals of affective meaning. Urbana, IL.: University of Illinois, 1975. XIX. 486 p.
324. Ost L.-G.: Applied relaxation // Emmelkamp P.M.G et al. (eds): Fresh perspectives on anxiety disorders. Annual Series of European Research in Behavior Therapy. Swets 8. Zeitlinger, Lisse 1989.
325. Pardeck J.T. Using books in clinical practice // Psychotherapy in Private Practice. 1991. 9: 105–119.
326. Robinson P., Bush T., Von Korff M. et al. Primary care physician use of cognitive behavioral techniques with depressed patients // Journal of Family Practice. 1995. 40 (4): 352–357.
327. Ross J. Social phobia: the Anxiety Disorders Association of America helps raise the veil of ignorance // Journal of Clinical Psychiatry. 1991. 52: 43–47.
328. Saper Z., Forest J.J. Effects of type of instruction on solution of psychological self-help problems // Psychological Reports. 1992. 70: 1095–1105.
329. Spence S.H., Donovan C., Brechman-Toussaint M. Treatment of Childhood Social Phobia: The Effectiveness of a Social Skills Training-based, Cognitive-behavioral Intervention, with and without Parental Involvement // Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2000. Vol. 41, № 6. P. 713–736.

Приложение 1

**МОДИФИЦИРОВАННЫЙ АВТОРАМИ
ТЕСТ М. ЛИБОВИЦА**

В результате строится индивидуальный профиль, по оси x – социальные ситуации, по оси y – степень выраженности шкал, а цвет линий – это три оси (страх, желание, избегание ситуации). Профиль проанализировать с точки зрения проблемных зон. Самые проблемные зоны – совпадение выраженности (высокая интенсивность) одновременно всех трех осей в той или иной социальной ситуации (или ряде ситуаций) – это зоны наибольшего эмоционально-мотивационного напряжения.

Инструкция: Заполните блок 1 – «выраженность страха в ситуации», блок 2 – «стремление избегать ситуации» и блок 3 – «желание участвовать в ситуации при условии, что вы заранее уверены в успехе и благоприятных последствиях». Дайте оценку в баллах по каждому пункту. Подходящий балл обведите кружком.	1. При участии в этой ситуации возникает страх или тревога	2. Стараюсь избегать эту ситуацию	3. Хотелось бы участвовать в этой ситуации при условии полной уверенности в успехе	
	<i>1 = слабая или отсутствует</i>	<i>1 = никогда</i>	<i>1 = никогда</i>	
	<i>2 = средняя</i>	<i>2 = иногда</i>	<i>2 = иногда</i>	
	3 = сильная	3 = часто	3 = часто	
	1	2	3	4
Проверка, контроль знаний (экзамен, аттестация и др.)	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
Знакомство с молодым человеком / девушкой с целью интимных отношений	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3

Продолжение теста

1	2	3	4
Выступление перед аудиторией (доклад и др.)	1 2 3	1 2 3	1 2 3
Обратиться к человеку выше по статусу (например, к начальнику) с какой-либо просьбой	1 2 3	1 2 3	1 2 3
Высказывание и отстаивание своего мнения перед коллегами по работе	1 2 3	1 2 3	1 2 3
Признаваться в любви	1 2 3	1 2 3	1 2 3
Обед или ужин на людях, в гостях (прием пищи в кругу людей)	1 2 3	1 2 3	1 2 3
Позвонить по справочному номеру для выяснения какой-либо информации	1 2 3	1 2 3	1 2 3
Возврат покупки в магазин (с целью возврата денег или обмена товара)	1 2 3	1 2 3	1 2 3
Смотреть в глаза малознакомому человеку	1 2 3	1 2 3	1 2 3
Делать что-либо (работать) под наблюдением	1 2 3	1 2 3	1 2 3
Отказать настойчивой просьбе вашего знакомого, которую трудно или неприятно выполнять	1 2 3	1 2 3	1 2 3
Спросить у прохожего о чем-либо (например, как пройти на незнакомую улицу и др.)	1 2 3	1 2 3	1 2 3
Посещение праздничного мероприятия в рабочем (учебном) коллективе	1 2 3	1 2 3	1 2 3

Окончание теста

1	2			3			4		
Посещение супермаркета с большим скоплением людей (например, с целью сделать покупки)	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Заполнение квитанции или документов в каком-либо учреждении	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Примерять одежду перед покупкой	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Ходить по пляжу в купальнике (купальных плавках)	1	2	3	1	2	3	1	2	3

Приложение 2

**ОПРОСНИК СОЦИОФОБИИ
РЕЗУЛЬТАТЫ МНОГОМЕРНОГО
ШКАЛИРОВАНИЯ ПО ОСФ
(«ВЫСОКИЕ» И «НИЗКИЕ» ПОДГРУППЫ)**

Координаты в трехмерном пространстве	1	2	3
1. Бывает ли, что, встречаясь с незнакомыми людьми, Вы испытываете беспокойство и волнение оттого, что не знаете, как себя вести?	2,64	0,8	0,3
2. Бывает ли так, что Вы хотите пойти на праздник в гости, но остаетесь дома, потому что стесняетесь чего-то, волнуетесь и не можете преодолеть это чувство?	-1,35	0,04	0,16
3. Трудно ли Вам, разговаривая с коллегами по работе, смотреть им прямо в глаза?	-1,57	0,37	0,25
4. Верно ли, что Вы с трудом заводите новые знакомства?	-1,05	0,95	0,16
5. Думаете ли Вы, что другие могут обсуждать Ваше, как Вам кажется, «неловкое поведение» и «недостатки» после общения с Вами?	1,4	0,32	-0,58
6. Стараетесь ли Вы скрыть признаки волнения (дрожание рук, голоса, потение ладоней и др.) в ситуации выступления перед аудиторией?	2,71	-0,4	0,03
7. Когда Вы влюбляетесь, то не говорите об этом объекту своих чувств, боясь отвержения, долго носите в себе чувства, скрывая их?	0,43	1,07	0,62
8. Предпочитаете ли Вы промолчать, нежели отстаивать свою точку зрения в коллективе?	-0,45	1,26	0,03

Продолжение опросника

Координаты в трехмерном пространстве	1	2	3
9. Бывает ли так, что Вам кажется, люди отворачиваются от Вас, не желая иметь дело с таким «неловким и застенчивым человеком»?	-1,89	0,04	-0,09
10. Бывает ли так, что, долго готовясь к экзамену и выучив все темы, волнение несколько не уменьшается, а, наоборот, усиливается при приближении этого события?	1,61	-0,55	-0,21
11. Бывает ли, что Вы краснеете и опускаете глаза, если с Вами заговорил человек противоположного пола?	-0,22	0,25	0,79
12. Чувствуете ли Вы себя неловко, если Вам приходится отказать в просьбе знакомому?	2,57	0,02	0,12
13. Осознаете ли Вы, что учащенное сердцебиение, дрожание рук и другие признаки волнения гораздо интенсивнее, чем предполагает простая просьба прохожего подсказать Вам правильный маршрут?	-1,44	-1,5	0,34
14. Трудно ли Вам иногда заставить себя заполнить квитанцию или какой-то документ в сбербанке?	-1,88	-0,87	0,17
15. Трудно ли Вам выполнять задание, если за Вами кто-то наблюдает?	1,04	-0,65	1,5
16. Мечтаете ли Вы о том, что, преодолев нерешительность и тревогу, Вы сможете наконец свободно общаться с интересными Вам людьми?	1,05	0,82	0,78
17. Бывает ли так, что в компании Вы ведете себя нарочито свободно, изо всех сил стараясь скрыть сильную тревогу и волнение?	-0,68	-0,36	-1,33
18. Бывает ли так: осознавая, что вряд ли ваш знакомый откажет Вам в просьбе одолжить книгу на пару дней, тем не менее Вы не решаетесь попросить его об этом?	-1	-0,52	-0,62
19. Дрожит ли у Вас голос (или пропадает), если приходится выступать перед незнакомой аудиторией?	1,06	0,54	-0,63

Окончание опросника

Координаты в трехмерном пространстве	1	2	3
20. Если Вам необходимо позвонить незнакомому человеку для выяснения важной информации, Вы долго настраиваетесь, но, несмотря на это, Ваш голос дрожит при разговоре?	-0,69	0,4	-0,88
21. Бывает ли, что у Вас учащается сердцебиение или возникает ком в горле от одной мысли, что завтра Вам придется беседовать с начальником о проделанной Вами работе?	0,17	0,29	-1,21
22. Стараетесь ли Вы поскорее покинуть комнату, если один из присутствующих – человек противоположного пола – уделяет Вам знаки внимания?	-2,05	0,15	0,07
23. Бывает ли так, что Вы стесняетесь примерять одежду перед покупкой, опасаясь, что кто-то увидит Вас не совсем одетым?	-1,85	-0,16	-0,28
24. Если Вы знаете, что Вам предстоит участие в ситуации оценивания ваших знаний, умений и др., постараетесь ли Вы этого избежать или оттянуть на какое-то время?	-0,33	-0,38	1,13
25. Трудно ли Вам проявить инициативу, знакомясь с человеком противоположного пола?	0,03	1,15	0,26
26. Сдавая экзамен (или аттестацию и др.), испытываете ли Вы трудно преодолимое (или вообще непреодолимое) желание избежать этой ситуации, а также сопутствующую этим мыслям тревогу?	0,8	-0,72	-0,29
27. Собираясь поговорить с начальством, Вы долго настраиваетесь, не решаясь войти в кабинет, а, зайдя, Вам с трудом удастся не выдать признаки сильного волнения (дрожание рук, голоса и пр.)?	-0,25	0,02	-1,17
28. Понимаете ли Вы, что Ваша тревога преувеличена или вообще необоснованна в случае необходимости возврата некачественного продукта в магазин?	2,11	-1,2	0,18
29. Иногда, находясь в кафе или столовой, Вы испытываете неловкость и дискомфорт, так как боитесь, что в глазах окружающих Вы выглядите «как-то не так» (хуже, чем обычно)?	-0,94	-1,2	0,39

ОГЛАВЛЕНИЕ	
Предисловие.....	3
Введение.....	5
Глава 1. Теоретико-методологические подходы к проблеме социальных страхов.....	8
1.1. Социальная фобия как клинико-психологический феномен: симптомы, распространенность, коморбидные расстройства.....	8
1.2. Психоаналитическое, бихевиоральное и когнитивное направление в исследовании природы социальных страхов.....	28
1.3. Алгоритмы эмоционально-когнитивного реагирования на социальные ситуации: установка в действии как фактор образа ситуации.....	53
1.4. Социальные страхи и социофобии как форма культурной патологии.....	73
Глава 2. Исследование социальных страхов студенческой молодежи в контексте других страхов.....	88
Глава 3. Семантическое пространство алгоритмов эмоционально-когнитивного реагирования на социальные ситуации при социофобии.....	103

Глава 4. Исследование специфики страхов у младших подростков с разным уровнем интеллекта и условиями проживания.....	145
Глава 5. Исследование алгоритмов эмоционально-когнитивного реагирования в учебных ситуациях (на примере студенческой молодежи).....	149
Глава 6. Терапия социальных страхов и психологические рекомендации.....	162
Заключительные комментарии.....	183
Библиографический список.....	185
Приложение 1. Модифицированный авторами тест М. Либовица.....	202
Приложение 2. Опросник социофобии. Результаты многомерного шкалирования по ОСФ («высокие» и «низкие» подгруппы).....	205

181
182
183
184
185
186
187
188
189
190
191
192
193
194
195
196
197
198
199
200

Научное издание

201
202
203
204
205
206
207
208
209
210

211
212
213
214
215
216
217
218
219
220

СОЦИАЛЬНЫЕ СТРАХИ И СОЦИОФОБИИ

221
222
223
224
225
226
227
228
229
230

231
232
233
234
235
236
237
238
239
240

Подписано в печать 28.12.2007.
Формат 60x 84¹/₁₆. Бумага офсетная № 1. Печать офсетная.
Печ. л. 15,0; усл. печ. л. 14,0; уч.-изд. л. 14,5. Тираж 500. Заказ № 79
ОАО «Издательство ТГУ», 634029, г. Томск, ул. Никитина, 4
Типография «Иван Федоров», 634003, г. Томск, Октябрьский взвоз, 1

241
242
243
244
245
246
247
248
249
250