

24.03.2020

«Патопсихологія»

Тема: «Моделі психічних захворювань». Редуковані моделі психічних хвороб: біологічні, психологічні, соціальні. Багатофакторні - біопсихосоціальні - моделі психічних захворювань. Діатез-стрес-буферна модель.

Историческое развитие психологических исследований психической патологии можно представить как доминирование разных моделей: 1) *описательных или феноменологических*, направленных на выявление характера психологических нарушений при различных расстройствах; 2) *объяснительных*, сниженных с поиском психологических механизмов или некоторых общих закономерностей, стоящих за феноменологией нарушений при разных расстройствах; 3) *этиологических*, нацеленных на социальные и психологические факторы, оказывающие влияние на возникновение и течение психических расстройств.

На современном этапе развития клинической психологии как неклассической науки эмпирические исследования и психотерапевтическая практика все чаще строятся на основе системных **биопсихосоциальных моделей**, направленных на интеграцию наиболее обоснованных гипотез, эвристичных идей и эффективных методов, накопленных в разных школах и традициях.

На развитие современных системных многофакторных моделей психической нормы и патологии значительное влияние оказала **теория стресса**. Автором и главным разработчиком теории стресса является канадский ученый **Ганс Селье** (Селье Г. — 1982), изучавший биологические реакции животных и человека в ответ на различные воздействия среды. Он определил **стресс как неспецифическую реакцию организма на различные требования среды или стрессоры**. Негативные стрессоры при определенных условиях (продолжительность и сила воздействия, исходное состояние организма) могут приводить к **дистрессу — различным нарушениям в функционировании организма**.

На основе концепции стресса возникла так называемая **диатез-стрессовая модель психических расстройств**, ставшая важной методологической основой современных эмпирических исследований в психиатрии и клинической психологии. Согласно этой модели имеются разные виды предрасположенности к психической патологии, которые и получили

название «диатеза» — «слабого звена» в организме или психической организации человека. Идея «слабого звена» являлась одним из важных положений теории биологического стресса Г. Селье. Она позволяла объяснить возникновение спектра специфических реакций на определенные стрессоры и, в частности, ответить на вопрос, почему наряду с общими неспецифическими изменениями у разных людей в результате дистресса, вызванного сходными стрессорами, отмечается специфическая патология того или иного органа. Изначально ослабленный орган и представлял собой, согласно Г.Селье, то самое «слабое звено в цепи», или фактор уязвимости, составляющий наиболее вероятную брешь.

Одним из путей интеграции данной концепции в психологию стала разработка представлений о *психологическом стрессе*, начатая американским психологом когнитивного направления **Рихардом Лазарусом**. Согласно его концепции источником дистресса могут быть не только вредные внешние воздействия, но и неэффективные психологические процессы переработки информации.

Таким образом, были выделены *факторы уязвимости, которые повышают риск возникновения болезни* (В современных классификациях видов психической патологии термин

«болезнь» заменен на термин «расстройство» в целях дестигматизации и акцентирования отличия от соматической патологии) и могут быть: 1) неспецифическими (т.е. повышать риск целого спектра заболеваний) и специфическими (предрасполагающими к определенным формам патологии); 2) носить биологический (особенности нервной системы, нейротрансмиттерная регуляция) или психологический (психологические процессы и свойства) характер.

В рамках моделей психической патологии факторы уязвимости рассматриваются как своеобразный *диатез* — предрасположенность или предрасположенность к определенного рода патологическим реакциям или расстройствам. Сами по себе эти факторы не ведут к психическому расстройству, они «срабатывают» под воздействием неблагоприятных стрессоров — факторов, провоцирующих манифестацию заболевания. Таким образом, в диатез-стрессовой модели выделяются две группы факторов: *факторы риска, или уязвимости и стрессовые факторы, или стрессоры*.

В психиатрии одна из первых диатез-стрессовых моделей была предложена **Джозефом Зубиным** для синтеза различных данных относительно гипотетической этиологии шизофрении. Постепенно диатез-стрессовые модели стали все более широко применяться для интеграции данных, касающихся других психических расстройств, а различные виды факторов получали все более детальное описание.

Дж. Зубин и его последователи выделяли также *факторы-модераторы*, опосредствующие воздействие стрессоров на уязвимость, усиливая или ослабляя его. В первом случае они

выступают в роли дополнительных стрессоров, во втором — играют роль своеобразных *буферов*, смягчающих деструктивное влияние стрессоров на психику. Так, Р. Лазарус предложил *стресс-копинговую модель* для учета психологических факторов, направленных на совладание со стрессом (Lazarus R. — 1966). В концепции делается акцент на когнитивных процессах (оценка угрозы и собственной способности справиться с ней) и поведении, направленном на копинг, или совладание со стрессом. Копинг может быть эффективным, а может, напротив, провоцировать и усиливать состояние дистресса (например, систематическое употребление наркотиков или алкоголя для ситуативного снятия напряжения). *Стратегии совладающего поведения* стали важным предметом исследования в клинической психологии.

Таким образом, наряду с факторами уязвимости и стрессорами можно выделить так называемые *протективные факторы*, ослабляющие воздействие неблагоприятных стрессовых воздействий и играющие роль буфера. В опоре на рассмотренные выше представления в клинической психологии и психиатрии разрабатываются так называемые *диатез-стресс-буферные модели психической патологии*, которые охватывают все три вида выделенных факторов: 1) повышающих уязвимость (диатезов); 2) воздействующих на уязвимость (стрессоров); 3) ослабляющих воздействие стрессоров (буферов).

Эти три вида факторов могут быть также дополнительно классифицированы по разным основаниям. Так по тяжести и длительности воздействия выделяются следующие виды стрессоров: *микрострессоры*, или повседневные перегрузки (*daily hassels*), *макрострессоры*, или критические, изменяющие жизнь события (*stressful life events*), а также тяжелый, или *травматический, стресс* (*traumatic stress* — экстремальные события или перегрузки, выходящие за рамки обычного опыта).

Исторически первой возникла *концепция макрострессоров, или критических, изменяющих жизнь событий*. Эта концепция естественно вытекала из наблюдений психотерапевтов, прежде всего психоаналитиков, касающихся прошлых травм в генезе психических расстройств. Первое эмпирическое исследование было проведено Т.Холмсом и Р. Рахе (Holms T., Rahe R. — 1967), которые составили опросник, включающий 43 жизненных события, носящих стрессогенный характер. Это такие события, которые радикально меняют течение жизни и ставят человека перед необходимостью приспособливаться к новым условиям. Наиболее тяжелым стрессогенным событием для большинства выступила смерть супруга.

Авторы исследования предположили, что существует критическая концентрация стрессогенных жизненных событий, которая приводит к физическим и психическим болезням (концепция стрессогенных жизненных событий). Она получила широкий резонанс, но была подвергнута критике, так как устанавливала чрезмерно прямые механические связи

между критическим событием и болезнью, без учета факторов уязвимости и ресурсов — буферных факторов, опосредствующих влияние стресса.

В последние годы все большая роль в генезе психических расстройств отводится **повседневным стрессорам**, или **микрострессорам**. Группа американских исследователей (Kanner A. D., Coyne J.S., Schaefer C, Lazarus R. S. — 1981) предположила, что ежедневные перегрузки (такие как недовольство своим весом и внешностью, конфликты, серьезные проблемы с состоянием здоровья у кого-то из членов семьи, рост цен, проблемы ведения хозяйства) могут приводить к психическим и соматическим дисфункциям и, кроме того, усиливать действия макрострессоров (так, потеря партнера влечет за собой бесчисленное множество повседневных мелких стрессов, связанных с перестройкой образа жизни).

В особую группу последнее время выделяют так называемые хронические перегрузки, или **хронические стрессоры**, — достаточно тяжелые и постоянные. В нашей стране одним из наиболее распространенных хронических стрессоров является алкоголизация кого-то из членов семьи.

В последние десятилетия возникло особое направление, которое занимается проблемой экстремальных нагрузок, получивших название **травматического стресса** — стресса, превышающего возможности совладания данного индивида и связанного с воздействием экстремальных стрессоров. В новых классификациях существует отдельная диагностическая категория — ПТСР — посттравматическое стрессовое расстройство, а также выделен целый кластер расстройств, возникновение которых непосредственно связано с действием сильных стрессоров.

Стрессоры могут быть также классифицированы на группы по своим источникам: *биологические* (соматическая болезнь, неблагоприятная экология и др.); *социальные* (война, экономический кризис и др.); *психологические* (конфликты в семье, потеря близкого человека и др.). Их воздействие на психику человека является сложным и опосредствовано буферными факторами и факторами уязвимости.

Факторы уязвимости или риска, в свою очередь, можно отнести к биологическим, социальным или психологическим: особенности наследственности (например, генетическая отягощенность); неблагоприятная социальная среда (например, воспитание в условиях детского дома); определенные особенности личности и поведения (например, инфантильность, низкая самооценка и т.п.). То же самое касается *протективных (защитных) факторов*, которые могут относиться как к биологическому уровню (благоприятная наследственность, хорошие экологические условия жизни и др.), так и к социально-психологическим факторам (поддерживающая конструктивная социальная среда, эффективный личностный стиль совладания со стрессом и др.).

Вот уже более 30 лет прошло со времени публикации исторической статьи Дж.Энгеля «Потребность в новой медицинской модели: вызов биологической медицине» (Engel G. — 1977), но перестройка в направлении предложенной им системной био-психо-социальной модели происходит очень медленно и трудно. Знание о конкретных психических расстройствах в современной клинической психологии и психиатрии базируется на соединении двух типов моделей, во многом определяющих исследовательскую методологию и практику помощи пациентам: *биопсихосоциальных*, основанных на системном подходе, и *диатез-стресс-буферных*, основанных на теории стресса.

Разные виды моделей на примере шизофрении

Биологические модели

Современные исследования подтверждают важную роль биологических факторов в происхождении шизофрении. Так, **генетические** исследования показывают, что имеется семейная предрасположенность к шизофрении. Если больны оба родителя, то риск заболевания ребенка составляет 40 — 50 %, если болен один из них — 5— 10 %. У родственников первой степени родства это заболевание выявляется значительно чаще, чем у родственников второй и третьей степени родства. Конкордантность (одновременное наличие) заболевания у однояйцевых близнецов колеблется по данным разных исследований от 18 до 50 % случаев, это свидетельствует о том, что наследуется предрасположенность, уязвимость к шизофренической дезорганизации психики. В последнее время возобновились исследования, направленные на проверку *инфекционно-вирусной модели* шизофрении (но те, кто ухаживает, не заболевает). Исследования биологических основ шизофрении ведутся и на **биохимическом**, и на **морфологическом** уровне (У многих больных обнаруживаются определенные анатомические отклонения в развитии головного мозга). На основе суммы данных различных биологических наук «в последние годы возникла **комплексная «эволюционно-дегенеративная» модель шизофрении**, предполагающая нарушения разнообразных процессов.

Полученные данные о морфологических и биохимических аномалиях послужили основой для выдвижения одной из наиболее популярных современных эволюционно-дегенеративных гипотез о природе шизофрении — *гипотезе так называемого социального мозга*, которая начала развиваться около 20 лет тому назад (Brothers L. — 1990). Социальный мозг при этом рассматривается как возникшая в результате эволюции система, включающая зоны, в которых локализованы функции социального интеллекта. Предполагается, что она «лежит в основе нашей способности функционировать как высокоорганизованные животные и создает субстрат для адекватных социальных когний, социального поведения и эмоционального реагирования». Сторонники этой гипотезы делают далеко идущий методологический вывод,

касающийся не только природы шизофрении, но и психической патологии вообще: «Социальный мозг — это полезная концепция для описания клинической манифестации и биологического базиса для широкого спектра психопатологии. Имеются убедительные свидетельства о дисфункции социального мозга при различных психических расстройствах, как психотических, так и невротических по своей природе» (Bums J. — 2006).

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ

Психоаналитические модели

Представители постклассического психоанализа — психологии «Я» и теории объектных отношений — разработали психогенетические модели шизофрении, которые до сих пор остаются достаточно влиятельными. В рамках психологии «Я» *концепция шизофрении как регрессии «Я» на архаические стадии развития* была разработана **Хайнцем Хартманом** (Hartmann H. — 1964), который считал, что регрессия является не тотальной, а частичной и касается определенных функций «Я». Согласно Х.Хартману, шизофреническое «Я» не способно к сдерживанию и сублимации либидинозных и агрессивных энергий, поэтому одна из задач психотерапии психозов — укрепление и развитие зрелых защит, особенно защиты, связанной с вытеснением.

В этих моделях акцентируется роль особой организации психики у личности, предрасположенной к психотическим срывам, приводятся следующие структурно-динамические **характеристики психотического уровня организации**: 1) низкая внешняя (с внешним миром) и внутренняя дифференциация; 2) захлестывающий аффект страха и примитивные психологические механизмы как защита — отрицание, расщепление в виде резкого разделения объектов на добрые и злые, плохие и хорошие, примитивная изоляция в виде ухода в фантазии; 3) очень высокая межличностная сензитивность и чувствительность к коммуникативным стрессорам; 4) доминирование первичных дологических процессов мышления, склонность наделять события скрытым смыслом; 5) поиск могущественного объекта, способного дать защиту от невыносимого страха (Мак-Вильямс 1998).

Когнитивно-бихевиоральные модели

На базе различных представлений о механизмах научения возникали и развивались различные методы поведенческой психотерапии на основании *модели шизофрении как дефицита поведенческих навыков*. Дефицит навыков самостоятельности, коммуникативных и других социальных навыков справедливо рассматривались бихевиористами как факторы, препятствующие адаптации в обществе и осложняющие течение заболевания. Эти навыки и стали основной мишенью психологической помощи в рамках поведенческого подхода.

В период когнитивной революции в психологии бихевиоризм был принципиально реформирован, ему на смену пришли когнитивно-бихевиоральные подходы. Модель мышления как процесса переработки информации оказала большое влияние на разработку теоретических моделей болезни и эмпирического изучения нарушений мышления при шизофрении. Возникли *модели центрального психологического дефицита или базисного нарушения*, основанные на представлениях о нарушенном процессе переработки информации при этом заболевании и претендующие на объяснение его этиологии. При всей дискуссионности любых исследований в области шизофрении большинство ученых сходятся в том, что именно нарушения когнитивных процессов лежат в основе разнообразных симптомов, сопровождающих данное заболевание. Поэтому в англо-американской литературе нарушения когнитивных процессов получили название **центрального психологического дефицита** (*core psychological deficit*), а в немецкоязычной — **базисного нарушения** (*Basisstörung*). Многие исследователи развивали эти представления, полагая, что когнитивные нарушения, возникающие в результате поломки биохимических механизмов, ведут к основным базисным симптомам шизофрении, которые они пытались выводить из одного центрального или основного нарушения.

Первые модели центрального психологического дефицита были основаны на представлении о функции внимания как о фильтре, отсеивающем ненужную информацию (Broadbent D. E. — 1971). Соответственно, центральный дефицит трактовался как *нарушение внимания* (*attention impairment*) в результате поломки фильтров (Yates A. — 1966). Следующая модель центрального дефицита связывала основную поломку не с фильтрацией информации, а с *трудностями выбора адекватного ответа или реакции* (*response selection*) вследствие ослабления установок или целей, осуществляющих регулятивные воздействия (Shakow D. — 1962). В более поздних концепциях в качестве основного нарушения рассматривалась *ограниченная «пропускная способность» — снижение объема перерабатываемой информации* (*limited information processing capacity*) (Neuchterlein et al. — 1989), соответственно, предполагалось, что когнитивные нарушения усиливаются при увеличении объема информации, которую необходимо переработать. Причины, которые лежат в основе этого феномена, трактуются по-разному.

Рассмотрим подробнее *модель базисного когнитивного нарушения*, которая получила широкую известность и объединяет вышеописанные модели «фильтра», «выбора ответа» и «ограниченной пропускной способности». Согласно этой модели трудности отсеивания ненужной и селекции полезной информации, а также ее адекватной иерархизации или кодирования (упорядочивания и отнесения к соответствующим категориям) приводят к постоянной **сверхстимуляции**. Симптомы болезни трактуются как защита от этой сверхстимуляции, с одной стороны (негативные симптомы — аутизация, социальная

изоляция, пассивность), и как выражение ее ненормальной переработки — с другой (бред, галлюцинации — продуктивные симптомы).

В последние годы в структуре когнитивного дефицита особое внимание исследователей привлекают *нарушения так называемого социального познания у больных шизофренией*. Существует тенденция рассматривать эти нарушения в качестве основного дефицита, наиболее тесно связанного с трудностями социальной адаптации и исходом заболевания. Под социальным познанием или социальными когнициями понимается «многоаспектный конструкт, который связан с психическими процессами, лежащими в основе социальных интеракций» (Kern R., Horan W. — 2010). Часто ссылаются на определение Р.Адольфса, который рассматривает социальные когниции как «способность строить репрезентации отношений между собой и другими людьми и использовать их для гибкой регуляции социального поведения» (2001. -Р. 231). За одно десятилетие с 1997 по 2007 г. число публикаций по проблеме социальных когниции при шизофрении выросло в восемь раз.

Культурно-историческая модель

Данная модель была заложена Л.С.Выготским и основана на его идеях о психической патологии как дефиците или распаде средств самоорганизации психики. Эти средства человек усваивает при освоении культурного опыта в процессе психического развития. В случае их дефицита или утраты, возможности адаптации снижаются и возникают различные психические отклонения.

При шизофрении, согласно Л. С. Выготскому, речь идет о разрушении системы понятийного мышления — основы культурного опыта, который каждый человек усваивает (интериоризирует). В своих исследованиях понятийного мышления при шизофрении он пришел к выводу о распаде понятий и нарушении способности их вырабатывать при данном заболевании. Не обсуждая этиологию этого нарушения, он выдвинул **гипотезу о компенсаторном характере специфических искажений мышления при шизофрении как попытке противостоять «крушению» структуры понятийного мышления, основанного на культурных нормах и опыте человечества, путем создания собственных оснований для обобщения, отличных от социально нормированных.**

Позднее идея Б. В.Зейграник о ведущей роли мотивации в нарушениях мышления при шизофрении способствовала развитию этой гипотезы в аспекте связи нарушений аффекта и интеллекта, роль которой для понимания мыслительных процессов отмечал Л.С.Выготский. Так, М.М.Коченов и В.В.Николаева (1978), Е.Т.Соколова (1976) в своих экспериментах показали, что у больных шизофренией нарушена экспертная смыслообразующая мотивация. К выводу о мотивационной обусловленности нарушений мышления при шизофрении в виде дефицитарности социальной направленности позднее пришли и другие известные

отечественные исследователи шизофрении. Согласно их данным, а также модели, развиваемой Б. В. Зейгарник и А.Б.Холмогоровой, у больных шизофренией нарушается способность к опоре на выработанный в культуре опыт вследствие искажения мотивационной, коммуникативной направленности мышления и способности учитывать интерактивный контекст мыслительной деятельности: позицию другого человека, особенности мышления и доступную ему информацию. Было также показано, что у больных шизофренией снижается способность к сознательной, рефлексивной регуляции собственного процесса мышления (Холмогорова А.).

СОЦИАЛЬНЫЕ МОДЕЛИ

Экзистенциально-гуманистические модели

Экзистенциально ориентированные модели шизофрении в основном представляют собой формы интеграции экзистенциального подхода с психоаналитическим. В соответствии с феноменологическим методом описание механизмов болезни и психотерапевтическая помощь основаны на вчувствовании в душевное состояние больного, поэтому в рамках этого подхода даны яркие и глубокие описания экзистенциального одиночества и отчаянья людей, страдающих шизофренией. Состояние **патологического одиночества** и связанной с ним **онтологической неуверенности** (неуверенности в собственном существовании) блестяще выражено в книге **Рональда Лэнга** «Расколотое Я». Онтологическая неуверенность и патологическое одиночество — центральные понятия концепции экзистенциального подхода к шизофрении. *Патологическое одиночество пациентов, согласно Р.Лэнгу, тесно связано с их страхом перед контактами, в которых может произойти поглощение слабого «Я», лишенного развитого чувства идентичности Другим, более сильным, при этом даже желание любви и близости со стороны Другого могут восприниматься как угроза существованию.* Таким образом, патологическое одиночество — это своего рода защитный механизм, который помогает «выжить и скрыть от опасного мира свою онтологическую неуверенность». В понимании Р.Лэнга то, что в психиатрии называется шизофренией — ***это способ существования людей, для которых проблематичен вопрос их экзистенции в мире, которые постоянно испытывают чувство угрозы своему существованию и подвержены страху их экзистенциального уничтожения, аннигиляции другой личностью.***

Р. Лэнг пытался разработать свою модель помощи больным на основе создания особой безопасной среды, для чего организовал в Лондоне одно из первых специальных поселений для страдающих шизофренией вне стен больницы — коммуну Кингсли-Холл. Антипсихиатрические взгляды Р.Лэнга, полный отказ от медикаментов при лечении психотических пациентов не дали возможности наладить в ее стенах сбалансированного

лечения, коммуна оказалась недолговечной, однако сама идея «жилья под защитой» с созданием особых условий для психически больных получила признание и распространение.

Опыт Р.Лэнга по созданию безопасной понимающей и принимающей среды для больных шизофренией со значительной корректировкой (в частности, ограниченное использование медикаментов вместо полного отказа от них, как это практиковалось в Кингсли-холле) был изучен и перенесен в США американским психиатром Л. Мошером. Организованное им в 1971 г. в Калифорнии жилье под защитой под названием «Сотерия» (от греч. *soteria* — расслабление, раскрепощение) было предназначено для лечения, основанного на феноменологическом методе вчувствования и понимающем присутствии как способах коммуникаций с больными, обязательными для всего персонала. Пациентам предоставлялась большая свобода, всячески поддерживалась их самостоятельность и инициатива (они занимались закупками, приготовлением пищи, организацией быта и т.д.).

Системные семейные модели

Первые наблюдения, давшие толчок развитию системных моделей шизофрении, были сделаны аналитиками Р.Лидз и Т.Лидз (Lidz T., Lidz R. — 1949). По их мнению, *решающим фактором в развитии шизофрении являются симбиотические отношения с матерью*, а психотерапия трактуется соответственно как процесс разрушения подобного рода отношений на основе развития самостоятельности и чувства собственной идентичности пациента благодаря осознанию и свободному проявлению своих потребностей.

Мюррей Боуэн — один из наиболее крупных представителей системного подхода к семье, также изначально был психоаналитиком. В рамках предложенной им модели шизофрении (Bowen M. — 1976) *возникновение болезни трактуется как разрешение конфликта между естественным процессом взросления подростка или юноши и потребностью сохранить симбиотическую связь с матерью, т. е. остаться ребенком*.

М. Боуэн первым стал работать не только с больным, но и со всей семьей в целом. Семьи жили непосредственно в стационаре и занимались уходом за больным ребенком. У исследователя была возможность наблюдать за семьей: как она ест, общается, работает и играет, реагирует на успехи, неудачи и болезни. Решающим для анализа шизофрении с семейных позиций было понятие «семейного единства» или «семьи как единого организма», позднее для описания таких семей М. Боуэн употребит термин «*недифференцированная семейная "Эго-масса"*» (недостаточная автономность и дифференцированность отношений, нечеткость правил и норм, отсутствие прямых и ясных коммуникаций).

М. Боуэн выдвигает *идею накопления патологии в трех поколениях {трансмиссии}*: относительная незрелость родителей ведет к рождению ребенка, зависимого от матери, в следующем поколении эта незрелость и зависимость усиливаются, наконец, в третьем рождается настолько инфантильный ребенок, что возникает угроза болезни. Типичным явля-

ется, когда один из партнеров ведет себя как неприспособленный и беспомощный (чаще отец), а другой как чересчур ответственный и прилежный (чаще мать). Рождение ребенка нередко переживается матерью с последним типом поведения очень глубоко, как принятие ответственности за совершенно беспомощное, полностью зависимое от нее существо. М. Боуэн отмечает, что такие переживания могут не возникать при рождении других детей.

Особенно важным для развития патологии являются два взаимоисключающих требования, которые такая мать предъявляет ребенку: 1) *неосознаваемое* — чтобы он никогда не стал зрелым и взрослым и оставался с ней; 2) *осознаваемое* — призыв к самостоятельности и взрослости. Причем чем более регрессивен и слаб пациент, тем с большей готовностью он выполняет эмоциональные «требования» матери, игнорируя вербальные. В результате ребенок «посвящает» свою жизнь матери, он теряет способность быть самим собой, затормаживается его психическое развитие. Мать проявляет, как правило, повышенную заботу о таких вещах, как питание, одежда, но не эмоциональное и общее взросление и развитие. По мере взросления и необходимости большей самостоятельности возникает угроза симбиозу, потребность в котором и у матери, и у ребенка очень высока.

Начало психоза М. Боуэн рассматривает как способ разрешения критической ситуации — ребенок превращается в беспомощного больного. Он также отмечает, что психоз нередко начинается именно во время попыток самостоятельной жизни. У страдающих неврозами эти попытки выражаются в прямом уходе из семьи, а у личностей с психотическим уровнем организации — в попытках строить более дистанцированные отношения, что, однако, нередко заканчивается болезнью.

В семьях, обследованных М. Боуэном, была выявлена *типическая схема взаимоотношений: сверхстарательная, доминантная мать, беспомощный ребенок {пациент} и неспособный к принятию решений «растяпа-отец», выступающий как периферическая фигура*. Поэтому в процессе психотерапии основное внимание уделяется эмоциональному разрыву между родителями, который не только зачастую остается незаметным для внешнего наблюдателя, но и активно отвергается обеими сторонами.

Из классических системных моделей шизофрении особенно широкую известность приобрела концепция *«двойной связи»* известного культуролога **Грегори Бейтсона**, или, в другом варианте перевода, концепция «двойного зажима» (Бейтсон и др. 1993). *В рамках этой модели симптомы шизофрении рассматриваются как производные от патологических способов семейной коммуникации*. Эта концепция была разработана на базе клиники Пало-Альто и в 1950 — 1970-х гг. и приобрела чрезвычайную популярность, а также дала толчок многочисленным исследованиям коммуникаций в семьях больных шизофренией. *Двойная связь — это способ коммуникации родственников, чаще всего матери. Главный признак двойной связи — расхождение между вербальным содержанием коммуникативного акта и*

его эмоциональным подтекстом. Например, на словах мать говорит о своей любви, на уровне же действий избегает физической и эмоциональной близости, удерживая ребенка на дистанции при любой его попытке к сближению. Есть еще один *важный признак двойной связи* — *явный или неявный запрет на то, чтобы указанное противоречие сделать предметом обсуждения, запрет на метакоммуникацию.*

При таком общении ребенок обнаруживает себя в тисках «двойного зажима»: мать может упрекать его за холодность, за то, что он недостаточно ценит ее любовь и заботу, но реагировать отвержением при малейшей с его стороны попытке установить открытые доверительные отношения. Эта ситуация без выбора и без возможности выхода, так как что бы ребенок не сделал, он станет объектом осуждения, критики и недовольства. А единственный способ разрешения конфликта — открыто обсудить ситуацию — также исключается запретом на метакоммуникацию. Нарушение любого из запретов опасно для ребенка, так как он полностью зависим от матери. При условии хронического воспроизведения ситуация, действительно, «может сводить с ума».

Из собственной практики мы можем привести случай больной девушки с суицидальной попыткой, к которой мать с самого детства относилась крайне амбивалентно. Девушка была талантлива, и мать, честолюбиво мечтая об успехе, всячески подталкивала ее к достижениям. Однако когда девушка делала реальные успехи, в матери просыпались конкурентные чувства и закипало раздражение и недовольство. Таким образом, девушка находилась в ситуации двойного зажима, так как постоянно получала два взаимоисключающих послания, которые не подлежали обсуждению: «Добейся многого, всего, что не удалось мне» и «Не смей превосходить меня, быть лучше меня». Такая ситуация неизбежно приводила к хроническому конфликту и постоянному эмоциональному напряжению.

Биопсихосоциальные модели

В настоящее время сложная, многофакторная природа шизофрении не вызывает сомнения у большинства авторов. Модель шизофрении, разработанная ученым из Питсбургского университета (США) **Джозефом Зубиным** (Zubin J. — 1987), *представляет собой первый и самый известный вариант диатез-стрессовых моделей шизофрении.* Дж.Зубин определил уязвимость как снижение устойчивости к социальным стимулам (раздражителям). В качестве провокационных стрессоров Дж. Зубин рассматривает прежде всего критические жизненные события. Превращение этих событий, которые он назвал социальными стрессорами, в критические связано со слабостью регуляторных встречных ответов (буферных факторов или факторов совладания), которые может противопоставить им человек. В этом случае состояние кризиса переходит в психоз. Наряду с социальными стрессорами Дж. Зубин считает возможным существование и эндогенных стрессоров, таких, например, как биохимические изменения.

Важнейшим в рамках диатез-стрессовой модели является *понятие факторов-модераторов, или промежуточных буферных факторов*. От них, согласно Дж. Зубину, зависит, возникнет ли у уязвимой личности заболевание в ответ на воздействие стрессора. Он выделяет два таких модератора: 1) *преморбидная личность*’, 2) *социальная ниша*. При благоприятных обстоятельствах — способности к совладанию со стрессом, социальной компетентности и социальной поддержке — эти факторы действуют как буферы: снижают остроту социального стресса, воздействующего на уязвимую личность. Если же личностные стратегии совладания со стрессом неэффективны, а ближайшее окружение не может обеспечить уязвимую личность конструктивной поддержкой и в ряде случаев даже является источником дополнительного стресса, то столкновение с определенными жизненными ситуациями может спровоцировать приступ психоза.

В своей концепции уязвимости он попытался объединить все имевшиеся на тот момент более или менее обоснованные данные о факторах уязвимости. Уязвимость по Дж. Зубину является мультикаузальной и включает биологические, психологические и социальные факторы. Он постулировал в качестве факторов уязвимости следующие: *определенный генотип* (в опоре на данные по сканированию генома и выявлению «генов-кандидатов»), *химотип* (дефекты дофаминэргической системы), *нейрофизиологический тип* (зрачковые реакции, медленные следящие движения глаз, повышенное время реакции), *нейроанатомический тип* (расширение желудочков, уменьшение объема мозга), *экотип* (миграции, социальная маргинальность, социальная изоляции, семейные дисфункции, нарушенная социальная сеть и т.д.); *тип развития* (время рождения, постнатальные травмы мозга, офтальмологические дефекты, дефицит межперсональных отношений в юности), *тип научения* (тяжелые нарушения коммуникации, дефицит социальных навыков, трудности переработки опыта). Согласно Дж. Зубину, следует строго различать *наличие самого психоза и предрасположности — уязвимости к нему*.

1. Клиническая психология : в 4 т. : учебник / под ред. А. Б.Холмогоровой. Т.
2. Частная патопсихология / А.Б.Холмогорова, Н.Г.Гаранян, М.С.Радионова, Н.В.Тарабрина. — М. : Издательский центр «Академия», 2012. — 432 с.
2. Холмогорова А.Б. Клиническая психология. Т.1. Общая патопсихология. — М.: «Академия», 2010. — 464 с.
3. Холмогорова А.Б. — «Клиническая психология. В 4 томах. Том 1. Общая патопсихология» - М, 2010

http://www.phantastike.com/common_psychology/clinical_psy_1/zip/

http://lib100.com/common_psychology/clinical_psy_1/djvu/

25.03.2020

«Етнопсихологія».

Тема: «Психологічні аспекти зміни індивідом культурного середовища»

Психологічна акультурація. Визначення аккультураційних стратегій за способом Дж. Беррі. Трансформація ідентичності в процесі міграції. Поняття та ознаки «Культурного шоку». Форми психологічної допомоги мігрантам. Культурні асимілятори.

4.5. Психологічні аспекти зміни культурного середовища

4.5.1. Психологічна акультурація

Міграційні процеси в сучасному світі носять різноманітний і багатоаспектний характер і є предметом вивчення багатьох соціальних наук. В останні роки розроблено кілька типологій міграцій, в яких критерієм класифікації може виступати термін і характер проживання мігрантів на новому місці (в цьому випадку говорять про безповоротну, тимчасову, сезонну і маятникову міграцію), здійснення міграційних процесів за межі або в межах країни (тут розрізняють внутрішню і зовнішню міграцію) і т. п. Одним із можливих підстав класифікації міграційних процесів залишається ступінь добровільності прийняття рішення про міграцію. Цей ступінь може коливатися в дуже широкому континуумі, крайніми полюсами якого буде варіант максимально добровільного рішення, обумовленого переважно внутрішніми мотивами мігранта, і варіант вимушеної міграції, який обумовлений переважно зовнішніми щодо індивіда причинами, що змушують його мігрувати за відсутності внутрішніх спонукань.

Вивчення переміщення значних мас населення останніх років і спричинених ним проблем вимагає комплексного підходу і об'єднання зусиль фахівців різних наук, у тому числі фахівців психологів, що і зумовлює появу відповідних сучасних досліджень [1–4]. Одним із найбільш традиційних предметів психологічного аналізу в зв'язку з актуальністю проблеми є питання про психологічну адаптацію мігрантів до умов життя в новій країні. Зарубіжні

психологи вважають за краще використовувати в цьому випадку поняття *психологічної акультурації*.

Спочатку поняття «акультурації» було введено антропологами, які позначали їм культурні зміни, що виникають у результаті зіткнення двох культурних груп. Теоретично зрозуміло, що культурні зміни виникають в обох групах, однак практика показує, що в культурі домінантної групи змін менше, в той час як у групах етнокультурних меншин – більше. Вони часто самі засвоюють або їх змушують засвоїти мову більшості, релігійні традиції, норми і закони поведінки і т. ін. Для психологів акультурація представляє інтерес не тільки як соціально-груповий феномен, але і як феномен індивідуального рівня. Саме в останньому випадку і користуються поняттям «психологічна акультурація». Зустріч із новою культурою вимагає від кожного конкретного індивіда певного ставлення до цього факту і відповідних форм адаптації до умов перебування в новому середовищі або, інакше кажучи, вироблення певної *акультураційної стратегії*. Дослідники [5] виділяють три різні аспекти цієї проблеми і відповідно розрізняють:

- *акультураційні аттитюди* – відносини і оцінки, які формуються в індивіда щодо власної і нової культур на етапі підготовки і зміни культурного середовища;

- *акультураційні зміни поведінки*, які відбуваються в індивіда в результаті вибору ним певної акультураційної стратегії;

- *акультураційний стрес* – емоційні зміни, переживання, що виникають у індивідів у процесі адаптації до нового культурного оточення. Вважається, що у більшості мігрантів ці переживання носять виражено негативний характер, що знайшло своє відображення в ідеї «*культурного шоку*», висловленої ще у 1960 році американським антропологом К. Обергом. К. Оберг виділяв шість основних психологічних проявів культурного шоку, якими вчені користуються й досі:

1. Напруга, яка супроводжує зусилля, необхідні для психологічної адаптації.

2. Почуття втрати або позбавлення (батьківщини, друзів, статусу, професії, майна і т. п.).

3. Почуття відторгнутості (неприйняття себе новою культурою) і відторгнення (неприйняття собою нової культури).

4. Збій у рольовій структурі, самоідентифікації, цінностях.

5. Почуття тривоги, що виникає в результаті усвідомлення культурних відмінностей.

6. Почуття неповноцінності внаслідок відчуття нездатності впоратися з ситуацією.

Для опису процесу адаптації до умов нової культури К. Оберг скористався ідеєю С. Лісгарда про стадіальний характер процесу адаптації, графічно представлений *U-подібною кривою*. Відповідно до цієї ідеї в процесі адаптації виділяються три фази:

- стан піднесеності і оптимізму;
- період фрустрації, депресії і розгубленості;
- поступове поліпшення стану, що веде до відчуття прийняття, наближення до нового суспільства і задоволеності ним.

Спираючись на ці уявлення, К. Оберг виділив чотири фази культурного шоку:

1. Фаза «медового місяця» – ідеалізоване сприйняття нової культури, «зачарованість» нею, сприйняття представників нової культури як привітних і доброзичливих.

2. Фаза «кризи» – переживання фрустрації, тривоги, гніву, неадекватності, викликаних відмінностями в мові, цінностях, ролях, уявленнях і т. п.

3. Фаза «відновлення» – вихід із кризи в міру засвоєння мови, норм і звичаїв нової культури.

4. Фаза «адаптації» – пристосування до життя в новій культурі і суб'єктивне прийняття її.

Численні дослідження, пов'язані з проблемами культурного шоку, були узагальнені в 1986 році в класичній монографії А. Фурнхема і С. Бочнера «Культурний шок». Сьогодні ж ідея про те, що всі мігранти переживають

класичний стан культурного шоку, викликає сумніви. Багато авторів звертають увагу на те, що для значної частини мігрантів зустріч із новою культурою не супроводжується жодними негативними переживаннями. Часто процес зміни культурного середовища сприймається мігрантами виключно в позитивних тонах, більш того, як стимул до саморозвитку й особистісного росту. Питання ж про те, якими будуть особливості протікання процесу акультурації в кожному конкретному випадку, має багатофакторну природу.

1. Так, А. Фурнхем і С. Бочнер показали, що процес адаптації до нового культурного середовища залежить від *«культурної дистанції»* – ступеня схожості між старою (звичною) і новою культурами. У проведеному ними емпіричному дослідженні підтвердилася гіпотеза, згідно з якою чим більшою є культурна дистанція між культурою країни походження та культурою приймаючого суспільства, тим більш складним для індивіда буде процес акультурації.

2. Також було показано, що процес адаптації до нової культури залежить від особливостей країни виїзду: він гірше протікає у тих мігрантів, які прибули з країн із традиційними культурами, де високий ступінь регламентації поведінки та способу життя, де сильна влада традицій. З іншого боку, продемонстровано, що процес акультурації залежить і від особливостей приймаючої країни: чим більш плюралістичним і толерантним є суспільство, яке приймає, тим більш легким буде процес адаптації до нього.

3. На процес адаптації до нової культури впливають соціально-демографічні та психологічні особливості мігрантів. Наприклад, відомо, що процес адаптації в новій країні у дітей протікає швидше, легше і менш болісно, ніж у дорослих. Були спроби виділення й опису «ідеального» за своїми особистісними характеристиками мігранта. Серед згадуваних різними дослідниками якостей людини зазвичай називаються такі: процес адаптації буде легше протікати у гнучких, не ригідних, індивідів; таких, які добре навчаються; компетентних професійно; максимально відкритих як для спілкування з новими людьми, так і для прийняття нових поглядів, цінностей і способів поведінки; толерантних і

таких, що сповідують не вузько культурні, а загальнолюдські моральні цінності.

Цікаво, що мігранти зустрічаються з проблемами адаптації не тільки тоді, коли намагаються увійти в нову культуру, а й тоді, коли, проживши якийсь час у новому культурному середовищі і адаптувавшись до нього, вони потім повертаються на батьківщину. Період адаптації, який їм доводиться пережити, засвоюючи «забуті» норми, традиції, спосіб життя і т. п., носить назву **реадаптації** і для деяких мігрантів супроводжується **шоком повернення**. На думку деяких дослідників, процес реактації є ніби дзеркальним відображенням акультураційного стресу, етапи реактації повторюють U-подібну криву процесу акультурації, тому для повного міграційного циклу – «від'їзд – психологічна акультурація – повернення – реактація» – була запропонована так звана **концепція W-подібної кривої міжкультурної адаптації**, однак уявлення про її універсальність не є загальноприйнятим.

Ще у 1982 році С. Бочнер одним з перших спробував виділити і описати наслідки міжетнічних відносин як для групової, так і для індивідуальної ідентичності [6]. Його типологія наслідків для групи мігрантів включала такі категорії:

- інтеграція, тобто збереження прибулою групою своєї культурної ідентичності за одночасного прийняття елементів культурної ідентичності домінуючої групи;

- асиміляція, тобто поступова добровільна чи вимушена втрата мігрантами своєї культурної ідентичності і прийняття замість цього норм і цінностей домінуючої групи аж до повного розчинення в ній;

- сегрегація, тобто орієнтація на роздільний розвиток груп;

- геноцид, тобто орієнтація на навмисне знищення групи.

Наслідки міграції для індивіда визначалися, відповідно, за допомогою наступних умовних найменувань:

- під час інтеграції – «посередник» або «медіатор», який творчо синтезує обидві культури;

- під час асиміляції – «перебіжчик», що змінює свою культуру на користь культури домінуючої групи;
- під час сегрегації – «маргінал», що коливається між двома культурами і переживає в результаті цього важкий внутрішньоособистісний конфлікт і плутанину під час ідентифікації;
- під час геноциду – «шовініст», який перебільшує значущість своєї культури ціною приниження цінностей чужої.

Наведена типологія на початку 1990-х років була творчо переглянута Дж. Беррі [5]. Працюючи над нею, дослідник переніс акцент із наслідків міжгрупових взаємодій на їх початок, припустивши, що і сам міжетнічний контакт і процес психологічної адаптації мігранта буде багато в чому залежати від того, якої аккультураційної стратегії дотримується індивід. З точки зору Дж. Беррі, для визначення індивідуальних орієнтацій на аккультурацію необхідно з'ясувати позицію індивіда в двох основних питаннях. Перше стосується ставлення до власної культури, її цінності для індивіда і необхідності збереження і розвитку власної етнокультурної ідентичності. Друге – спрямоване на визначення ставлення індивіда до групи контакту: наскільки взаємодія з членами цієї групи є цінною і бажаною для індивіда, наскільки охоче він буде йти на підтримку міжкультурних відносин. Відповіді на ці питання можуть бути позначені у вигляді точок на біполярних градуйованих шкалах, в яких один полюс належить максимально позитивній, а другий – максимально негативній відповіді на ці питання. Для схематизованого зображення зазвичай обмежуються тільки крайніми полюсами відповідей, і в цьому випадку існує чотири варіанти потенційно можливих поєднань відповідей на обидва питання. Кожне з поєднань відповідає певному виду аккультураційної стратегії. Таким чином, загальна схема має наступний вигляд (табл. 4.2).

Таблиця 4.2

Аккультураційні стратегії, визначені за допомогою методичного прийому
Дж. Беррі

Питання 1 Питання 2		Чи важливо для Вас підтримувати взаємини з іншою групою?	
		«Так»	«Ні»
Чи важливо для Вас підтримувати культурну ідентичність?	«Так»	Інтеграція	Асиміляція
	«Ні»	Сепаратизм	Маргіналізація

Аналіз цієї схеми показує, що в разі варіанту негативної відповіді на перше питання і позитивної відповіді на друге можна говорити про те, що індивід або етнічна група здійснили вибір на користь *асиміляції*. У цьому випадку цінність власної культурної спадщини явно знижується, відбувається більш-менш швидко засвоєння всіх основних елементів культури іншої групи і поступове витіснення і заміна ними відповідних елементів власної культури в основних сферах життєдіяльності. Це призводить або до поглинання домінантною спільнотою групи меншини і тоді культура домінантної групи без будь-яких істотних змін поширюється на етнічну меншину, або ж обидві групи, як у «плавильному котлі», сформують якийсь третій варіант, за якого нова культура міститиме в собі більш рівноправне, порівняно з першим варіантом, привнесення елементів двох вихідних культур.

Позитивні відповіді на обидва питання свідчать про орієнтацію індивіда або групи на стратегію *інтеграції*. Ця стратегія передбачає дбайливе збереження і подальший розвиток власної культурної спадщини за доброзичливого ставлення до різноманітних форм взаємодії з більшістю. Ця стратегія приводить до виникнення «мозаїчного» суспільства, в рамках якого кожен елемент мозаїки зберігає свою самобутність, але при цьому сукупність усіх груп утворює нову цілісність. Цей полікультурний варіант розвитку суспільства зазвичай протиставляється як альтернатива варіанту «плавильного котла», в рамках якого вихідна самобутність спочатку втрачається.

Наступний варіант акумуляційної стратегії передбачає позитивну відповідь на питання про збереження своєї культурної спадщини і негативну відповідь на питання про бажання підтримувати і посилювати зв'язок із групою контакту. Залежно від того, хто здійснює вибір даної стратегії – меншість або більшість, вона традиційно буде мати різні назви. У разі якщо цей вибір здійснюють члени етнічної меншини, говорять про ізоляціоністські установки і орієнтацію на *сепаратизм*. Найчастіше ця стратегія – це єдиний видимий для меншості спосіб збереження етнокультурної ідентичності та більш-менш незалежного існування. У разі ж, якщо ця стратегія нав'язується меншості домінантною групою, говорять про стратегію *сегрегації*.

Нарешті, остання акумуляційна стратегія – *маргіналізація* – виникає в індивіда чи етнокультурної групи тоді, коли, з одного боку, недостатньо сформована або вже втрачена ідентифікація з «рідною» етнічною групою і її культурою, а з іншого боку, в силу якихось причин немає установки на підтримку, і тим більше посилення контактів із групою етнічної більшості.

Таким чином, Дж. Беррі не тільки вдосконалив типологію свого попередника, але і запропонував простий і зручний методичний прийом для виявлення акумуляційних стратегій мігрантів. Саме тому ця типологія і методичний апарат знайшли своїх прихильників як у західній психології, так і у дослідників країн пострадянського простору.

Багато психологів протягом останніх років користувалися наведеними вище типологіями й одночасно намагалися доповнити або розвинути їх. Зокрема, Р. Мендоза звернув увагу на те, що стосовно різних об'єктів у мігранта можуть проявлятися різні акумуляційні стратегії. Він зауважив, що мігрант може проявляти сепаратистські орієнтації щодо одруження, асиміляційні тенденції щодо одягу і, скажімо, інтеграційні – в тому, що стосується їжі або бажання відзначати різні свята [9].

Ті ж ідеї, але більш детально розроблені, можна зустріти і в більш пізніх дослідженнях. Наприклад, у роботі А. Козюліна і А. Венгера [8] було показано, що безглуздо говорити про цілісну акумуляційну стратегію у мігрантів, оскільки в різних сферах ці стратегії можуть відрізнятися. Вивчаючи адаптацію

євреїв із Росії, які мігрували до Ізраїлю, в трьох різних сферах – інституційній, побутовій та культурній – вчені відзначили, що інтеграційна стратегія значуще переважає в інституційній сфері, в той час як у культурній сфері великий відсоток респондентів проявляє настільки сильні орієнтації на консервацію попередньої культури, що їх можна розцінити як орієнтацію на сепаратизм.

Результати цього дослідження дозволили авторам висловити цікаву думку про те, що різні сфери виконують неоднакові функції в процесі міграції. Зокрема, сфера культури виконує роль певного гаранта збереження власної інтегрованості, часової спадкоємності і тотожності (чим і обумовлені настільки виражені консервативні тенденції в ній), в той час як інші сфери, і в першу чергу інституційна, покликані гарантувати залучення мігранта до нових умов існування й оптимізувати процес його адаптації.

Другий цікавий момент полягає в тому, що вчені змогли показати, що наявність певної акультураційної стратегії у респондента зовсім не означає реального втілення цієї стратегії в життя або, принаймні, усвідомлення її втілення самим опитуваним. Так, було виявлено, що 67, 8 % респондентів продемонстрували налаштованість на інтеграцію в інституційній сфері. У той же час значно менша їх кількість (всього 45 %) відзначає реальні інтеграційні зміни в інституційній сфері інших мігрантів. Ще менша кількість опитаних (тільки 31, 4 %) констатує реалізацію цієї стратегії у власному житті. На жаль, важко судити про те, наскільки ці дані універсальні: чи є вони прерогативою тільки мігрантів-євреїв із країн СНД до Ізраїлю, чи ж вони характерні для міграції в цілому.

Яскраво виражена у А. Козюліна і А. Венгера ідея про те, що різні сфери життєдіяльності мігрантів характеризуються різними акультураційними стратегіями, була творчо переосмислена в дослідженнях Г. Хорензіка та інших авторів. У них, на відміну від вищерозглянутих робіт, для кожної сфери життєдіяльності виділялася не просто переважаюча акультураційна стратегія, а їх сукупний профіль, що дозволило більш глибоко і різнобічно вивчити акультураційні тенденції в кожній виділеній сфері. Наприклад, було показано, що у мігрантів-євреїв з СНД до Ізраїлю в мовній сфері відзначається таке

співвідношення акультураційних стратегій: переважає орієнтація на інтеграцію, значно менш виражена сепаратистська орієнтація і ще менш виражена – орієнтація на асиміляцію [6].

У дослідженні Г. Хорензика заслуговує на увагу і ще одна висловлена ним думка – його припущення про те, що під час вивчення трансформації ідентичності мігрантів необхідно брати до уваги не тільки їх акультураційні орієнтації, а й їх уявлення про те, які очікування щодо мігрантів має домінуюча група. На думку автора, реальна зміна ідентичності мігрантів якраз і є результатом дії цих двох чинників – акультураційних орієнтацій мігрантів і їх уявлень про те, чого від них чекають у країні в'їзду.

4.5.2. Трансформації ідентичності в процесі міграції

Типологія і методичний прийом виявлення конкретної акультураційної стратегії, розроблені Дж. Беррі, дуже популярні в останні роки. Разом з тим це не єдиний варіант розробок подібного роду. Ознайомимося з дуже близькою, але не тотожною аналогічною розробкою. Так, у розглянутій вище моделі Дж. Беррі не виходив за межі вивчення стратегій або стилів акультурації, хоча більш перспективними в плані вивчення трансформації ідентичності видаються варіанти, в яких акультураційні стратегії поєднуються зі стратегіями самокатегоризації. Яскравий приклад подібного роду – розробка Н. Хутнік [7].

Відомо, що поняття ідентичності в останні роки, особливо після появи теорії Дж. Тернера, нерозривно пов'язане з поняттям самокатегоризації. Які ж соціальні категорії використовують члени етнічних меншин для самовизначення? Члени етнічних меншин, як і представники домінуючої групи, освоюють набір можливих самокатегоризацій у процесі соціалізації, набір координат, які можна використовувати для локалізації себе в системі етнонаціональних відносин. Так, Н. Хутнік, досліджуючи групу індієць-мігрантів у Великій Британії, звернула увагу на те, що можливі чотири способи їх соціального самовизначення:

- найбільш часто зустрічається (у 35,9 % вибірки) – «британець (не індієць)». Ця стратегія самокатегоризації, яка припускає самовизначення,

що підкреслює зв'язок із більшістю і гласно або негласно заперечує зв'язок із меншістю, була названа *асимілятивною*;

- дещо рідше зустрічається (у 29,1 % вибірки) – «індієць (не британець)». Ця стратегія самокатегоризації, яка припускає самовизначення, що підкреслює зв'язок із меншістю і гласно або негласно ігнорує зв'язок із більшістю, була названа *дисоціативною*;
- ще менш поширений варіант (у 23,3 % вибірки) – «британець і індієць одночасно». Ця стратегія самокатегоризації передбачає самовизначення, в якому приблизно рівною мірою звучать обидві ідентифікації. Вона називається *аккультуративною*;
- найменш поширений варіант (у 11,7 % вибірки), названий *маргінальним*, полягає в тому, що жодна з ідентифікацій («ні індієць, ні британець») не є актуальною або значущою для респондента.

Заслуга дослідниці полягає не тільки і, можливо, не стільки в тому, що вона запропонувала типологію способів самокатегоризації (до неї вже робилися подібні спроби), а й у тому, що вона показала можливість невідповідності між способом самокатегоризації і стилем культурної адаптації індивіда. Ця ідея добре простежується в новій моделі ідентичності меншості, запропонованій нею.

Так, із точки зору Н. Хутнік, етнічну ідентичність членів групи меншості становлять два основні елементи: стратегія самокатегоризації і стиль культурної адаптації – вірування, відносини, цінності і способи поведінки. Обидва компоненти співвідносяться як із групою етнічної меншини, так і з групою більшості. Існує чотири способи стилю культурної адаптації і відповідні їм аналогічні чотири стратегії самокатегоризації. Оскільки вони аналогічні, то їх опис можливий за допомогою однієї і тієї ж моделі (рис. 4.1).

Ідентифікація з групою
етнічної більшості

Сильна

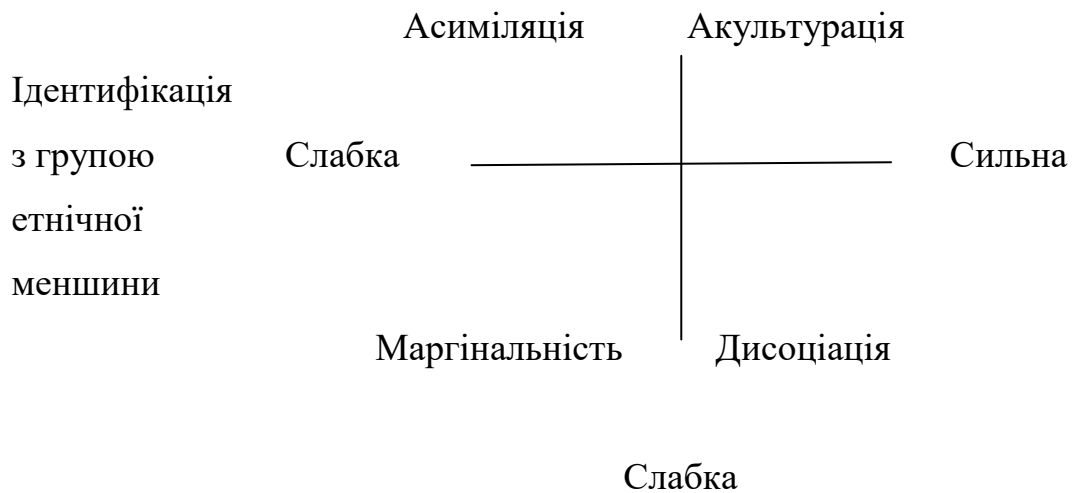


Рис. 4.1. Модель ідентичності членів етнічних меншин Н. Хутнік

Модель унаочнює те, що варіанти стилю культурної адаптації, так само як і стратегії самокатегоризації, задаються стандартною координатною сіткою, де вісь абсцис – це рівень ідентифікації індивіда з групою етнічної меншини, а вісь ординат – це ступінь ідентифікації індивіда з групою етнічної більшості. Ці осі ділять простір на чотири квадрати, кожен із яких задає один з можливих стилів культурної адаптації або стратегії самокатегоризації: асиміляцію, акультурацію, дисоціацію і маргінальність. Але, як вже зазначалося, найцікавішим у цій моделі є те, що вона допускає можливість неузгодженості стилю культурної адаптації і самокатегоризації, що, по суті, дуже нагадує парадокс Р. Лап'єра, що відображає невідповідність між вербальними когнітивними оцінками або реакціями (у цьому випадку – на рівні стратегії самокатегоризації) і часто недостатньо усвідомленими невербальними проявами (у цьому випадку – на афективному або поведінковому рівнях стилю культурної адаптації).

Говорячи про стратегії самокатегоризації, дослідниця користується поняттям їх функціональної автономії від реального стилю культурної адаптації. Вона вважає, що їх відносна незалежність дозволяє пояснити той підйом етнічності, який спостерігається в усьому світі. Виходячи із запропонованої моделі, вона висловлює припущення про те, що характерною рисою останнього часу є зростання дисоціативної самокатегоризації при тому,

що з точки зору стилю культурної адаптації йде процес адекватної акультурації до приймаючих країн.

Для вивчення трансформації ідентичності в контексті міграції користуються не тільки розглядом її через призму акультураційних (або інтеграційних) стратегій, а й іншими способами, наприклад шляхом більш глибокого вивчення самого процесу категоризації. Прикладом подібного роду може служити дослідження, засноване на розрізненні *«критеріальних»* і *«корелюючих»* атрибутів будь-якої категоризації. Критеріальні атрибути розколюють універсум на безліч категорій і визначають їх межі, в той час як корелюючі атрибути вимірюють і описують особливості кожної категорії. Прикладами критеріальних атрибутів можуть бути різні варіанти класифікацій за різними підставами і в різних сферах, наприклад поділ людей за їх релігійною приналежністю – християни, мусульмани, буддисти і т. п. ; в професійній сфері – лікарі, будівельники, вчителі і т. ін. Прикладами корелюючих атрибутів є, скажімо, описувальні характеристики людей за допомогою прикметників (щедрі, ледачі, відповідальні і т. п.).

Польський науковець П. Боскі спробував застосувати ці ідеї до понять етнічної і національної ідентичності. З його точки зору, на питання – «Хто такі поляки?» або інакше – «Кого ми називаємо поляками?» відповідають з урахуванням критеріальних атрибутів, в той час як на запитання «Які вони, поляки?» відповідають, називаючи низку корелюючих атрибутів. Основні критерії, на яких будується поняття етнічної ідентичності, згідно з автором, це, перш за все, якісь культурні ознаки. Серед них на першому місці стоїть мова та релігія. Так, типовий поляк визначається як людина, яка говорить по-польськи і вихована в католицькій традиції. Крім цих критеріїв, необхідне також володіння структурою культурних знань, де зберігаються маркери культурного спадку – історичні імена і дати, географічні назви, найважливіші події і т. п., а також володіння культурно-релевантними символами – мається на увазі знання гімну, герба і т. ін. Таким чином, критеріальна ідентичність формується, перш

за все, в процесі цілеспрямованого шкільного навчання і становить усвідомлюваний пласт національної ідентичності.

На відміну від ознак-критеріїв, які, зрозуміло, етноспецифічні, корелюючі ознаки універсальні для всього людства. Тому для виявлення етноспецифічного варіанту корелюючих ознак створюється образ типового представника будь-якого етносу і наділяється певним етноспецифічним поєднанням універсальних ознак. Цей образ сприймається членами етнічної групи як якась точка відліку для визначення ступеня власної етнічної ідентифікації: чим більше схожим на цей образ сприймає себе індивід – тим вище ступінь його ідентифікації зі своєю етнічною групою.

Вчений спробував розглянути, що відбувається з обома аспектами ідентичності у мігрантів. Дослідження проводилося на польських емігрантах у Канаді: нещодавно прибулих; тих, хто емігрував в кінці 40-х років після Другої світової війни; емігрантах другого покоління, що народилися і виховувалися в Канаді в сім'ях польських мігрантів.

Було показано, що протягом одного покоління критеріальна ідентичність із Польщею втрачається і замінюється на нову критеріальну ідентичність – з Канадою. Однак динаміка корелюючої ідентичності інша: збереження корелюючої ідентичності з Польщею відрізняється не тільки більшою стабільністю, але й у підсумку перевищує за рівнем нову корелюючу ідентичність з Канадою.

4.5.3. Форми психологічної допомоги мігрантам

Під час розгляду видів психологічної допомоги мігрантам необхідно, перш за все, розрізняти, на якому етапі міграційного процесу надається ця допомога. Так, психологи можуть залучатися на етапі підготовки до міжкультурної взаємодії, тобто ще до реальної зустрічі мігранта з новою культурою. У цьому випадку основним завданням психологів має стати ознайомлення майбутніх мігрантів із різноманітними аспектами тієї культури, в якій потрібно буде жити і добре орієнтуватися (з її історією, звичаями, традиціями, цінностями і т. п.), приділяючи особливу увагу тим аспектам, які найбільш відрізняють цю

культуру від «рідної» культури мігранта, а також практичне програвання різноманітних ситуацій, що допомагає застосувати отримані в процесі навчання знання на практиці. Для реалізації першої частини задачі залучаються різні типи навчальних програм – освіта, орієнтування, інструктаж і т. п. Друга частина завдання вирішується за допомогою різного типу тренінгів – когнітивного, поведінкового, моделюючого, атрибутивного, тренінгу самосвідомості (з акцентом на усвідомленні самого себе як представника певної культури) і їх поєднань [4].

Способом, який широко застосовується в останні роки для підготовки до міжкультурної взаємодії, є *«культурний асимілятор»*. Назва цього способу, напевно, не дуже вдала, оскільки його метою не є асиміляція до нової культури. Його основне завдання – допомогти людині навчитися бачити ситуації в різних сферах життєдіяльності так, як їх сприймають представники нової для нього культури. Перші «культурні асимілятори» розроблялися під керівництвом Г. Тріандіса і з'явилися в США на початку 1960-х років. Спочатку вони були культурно-специфічними, тобто призначалися для представників якоїсь однієї культури (американців), які готуються до міграції до певної країни. Пізніше з'явилася ідея створення універсального «культурного асимілятора», який міг би допомогти адаптуватися представникам будь-якої культури до «чужої» культури. Ця ідея була реалізована в 1986 році групою американських дослідників під керівництвом Р. Брісліна. Принципова можливість створення «універсального асимілятора» обґрунтовувалася тим, що, незважаючи на відмінність культур, всі мігранти проходять через схожі етапи адаптації, зустрічаються з подібними проблемами під час налагодження відносин у новій країні.

Як «культурно-специфічні», так і «універсальний» асимілятори будуються за єдиним принципом. В них представлені ситуації з різних сфер життя і діяльності, що викликають максимальні труднощі для міжкультурної адаптації. Банк таких ситуацій формується за даними літератури, преси, розповідей самих мігрантів, спостереженнями дослідників і т. п. Незважаючи на те, що «універсальний асимілятор» називається «універсальним», персонажі з

представлених у ньому ситуацій – це представники конкретних реально існуючих культур земної кулі.

Крім опису самих ситуацій, в «асиміляторі» запропоновані різні варіанти можливих інтерпретацій реакцій, емоцій, поведінки і їх причин у діючих персонажів. Завдання того, хто займається за допомогою «культурного асимілятора», – вибрати ту інтерпретацію, яка здається йому найбільш типовою для представника «чужої» культури. Вибравши певний варіант, той, хто проходить підготовку за допомогою «асимілятора», може з'ясувати, наскільки правильна його відповідь, бо в «асиміляторі» представлені пояснення до всіх можливих варіантів відповідей. Цей метод пропонують як для індивідуальної роботи, так і для роботи з ним у тренінговій групі. Нижче наведено приклад розбору ситуації з культурного асимілятора:

«Лабораторна з хімії.

Мігель, 16-річний студент із Мексики, пробув у США рік і міг говорити і розуміти англійську досить добре, щоб займатися в школі. Він добре закінчив рік, отримавши за тестами найвищі оцінки з літератури й історії. Однак у нього були проблеми з хімією: він отримав невисокі оцінки з більшості тестів, які ґрунтувалися на лекційних заняттях. Разом з тим його звіти з лабораторних робіт завжди були найвищої якості – факт, який його вчитель, містер Томпсон, приписував впливу і допомозі його партнера з лабораторних робіт Дейва, кращого студента в групі. Коли потрібно було скласти нові пари для проведення лабораторних робіт у другому семестрі, Мігелю було запропоновано попрацювати з Тімом, найслабшим учнем класу. Однак черговий звіт із лабораторної роботи, представлений Мігелем, був, як і раніше, чудовим, більше того – і Тім значно поліпшив свої показники. Містер Томпсон був спантеличений цією ситуацією. Як ситуація з результатами Мігеля з хімії могла б бути пояснена?

Яке з наведених нижче альтернативних пояснень цій ситуації Вам видається найбільш підходящим?

1. Мігель був неуважним на лекційних заняттях, у нього не було хорошого конспекту, чим і пояснюються слабкі результати за тестами, які він продемонстрував.

2. Мігель не звик до тестів. Його слабкі результати пов'язані з незвичністю ситуації для нього і з зайвим хвилюванням у цій ситуації.

3. Мігелю легше вчитися, коли він може робити і обговорювати зроблене з ким-небудь ще.

4. Мігелю бракує аналітичного мислення, необхідного для того, щоб мати успіхи в науці.

5. До лабораторних робіт менше вимог, ніж до матеріалу, представленого в лекціях.

Пояснення:

1. У тексті немає жодних свідчень про те, що Мігель був неуважним на лекціях або що у нього був поганий конспект.

2. Оскільки відомо, що попередні тестові випробування він проходив успішно, малоймовірно, щоб ситуація пояснювалася хвилюванням в ситуації тестування.

3. Це кращий варіант відповіді. Оскільки звіти з лабораторних робіт у Мігеля стійко хороші, можна припустити, що він відчуває себе більш комфортно і впевнено в ситуації поділу відповідальності під час спільної роботи. Акцент у лабораторних роботах на практичних формах діяльності, поясненні і груповій формі роботи більше відповідає культурно зумовленому когнітивному стилю і стилю навчання Мігеля.

4. Успіхи Мігеля в лабораторних роботах показують, що його аналітичні здібності досить хороші для розуміння і засвоєння наукових понять.

5. У тексті немає жодних свідчень про те, що до лабораторних робіт висуваються менші вимоги».

1. Павленко В. М. Етнопсихологія : підручник / В. М. Павленко. – Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2019. – 448с.
2. Павленко В.Н., Таглин С.А. Общая и прикладная этнопсихология. Учебное пособие. – М.: Т-во научных изданий КМК, 2005.
3. Почебут Л. Г. Кросс-культурная и этническая психология: Учебное пособие. — СПб.: Питер, 2012. — 336 с.: ил.
4. Стефаненко Т.Г. Этнопсихология: Учебник для вузов. – М.: Аспект Пресс, 2004.

31.03.2020

«Патопсихологія»

Тема «Розлади особистості». Класифікація розладів особистості за Б.В. Зейгарнік. Приклади відповідних розладів. Найбільш популярні в клініці методи дослідження розладів особистості (дослідження рівня зазіхань, самооцінки за Дембо-Рубінштейн, тест фрустраційної толерантності Розенцвейга та інші).

НАРУШЕНИЯ ЛИЧНОСТИ

Объяснена зависимость понимания нарушения личности от самого понятия «личность»

Задачи исследования личности в клинике (по Карвасарскому):

1. Изучение роли личности в происхождении нервно-психических и соматических болезней.
2. Определение значения личностного фактора в патогенезе болезней и формировании клинических картин.
3. Выявление особенностей изменения личности при разных заболеваниях.
4. Разработка эффективных личностно ориентированных методов психопрофилактики, психотерапии и реабилитации.

Рассмотрены следующие виды нарушений личности по Зейгарник:

- нарушение опосредованности и иерархии мотивов;
- формирование патологических потребностей и мотивов;
- нарушение смыслообразования;
- нарушение подконтрольности поведения;
- формирование патологических черт личности.

Как пример для первых двух нарушений приводился процесс развития алкоголизма. Упомянуты нервная анорексия и «атлетический невроз» (стремление заниматься физическими упражнениями для поддержания формы и успеха у противоположного пола) как пример неадекватного изменения системы потребностей и мотивов.

Примером нарушения смыслообразования были результаты исследования М. М. Коченова: задание отобрать три из предложенных девяти заданий, чтобы уложиться в отведенный лимит времени не выступало для больных шизофренией регулятором их поведения: «знаемый» мотив не являлся побудительным.

Как иллюстрация к нарушению подконтрольности поведения было использовано описание клинической картины характерной для «лобных больных» с парадоксальным сочетанием персевераций и «полевого поведения».

На примере больных эпилепсией был проанализирован процесс формирования патологических черт характера: брутальности, угодливости и педантичности в случае данного заболевания.

Перечислены и описаны наиболее распространенные тесты для исследования личности

1. Метод исследования уровня притязаний.
2. Метод Дембо-Рубинштейн.
3. Метод фрустрации Розенцвейга.
4. Метод незаконченных предложений.
5. Тематический аперцептивный тест (ТАТ)
6. Метод Роршаха.
7. Миннесотский многопрофильный личностный опросник (MMPI).
8. Подростковый диагностический опросник.
9. Тест Люшера.

1. Зейгарник Б.В. Патопсихология. 5-е издание. – М.: Изд-во МГУ, 2007.

2. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: Изд-во МГУ, 1999.

www.sgu.ru/sites/default/files/textdocsfiles/.../b.v.zeygarnik_-_patopsihologiya.doc

24.03, 31.03. 01.04.2020

Замість семінарських занять з курсу «Етнопсихологія», що повинні були проводитися для студентів 3-го курсу, в межах дистанційної форми навчання їм треба буде самостійно опрацювати нижченаведену літературу та написати відповідний реферат, висвітливши наступні питання:

Тема: «Етнічні стереотипи та способи їх дослідження». Теоретичні уявлення про етнічні стереотипи. Стереотипи, упередження та забобони. Культурні засоби ретрансляції етнічних стереотипів. Методи дослідження етнічних стереотипів.

1. Павленко В. М. Етнопсихологія : підручник / В. М. Павленко. – Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2019. – 448с.
2. Павленко В.Н., Таглин С.А. Общая и прикладная этнопсихология. Учебное пособие. – М.: Т-во научных изданий КМК, 2005.
3. Почебут Л. Г. Кросс-культурная и этническая психология: Учебное пособие. — СПб.: Питер, 2012. — 336 с.: ил.
4. Стефаненко Т.Г. Этнопсихология: Учебник для вузов. – М.: Аспект Пресс, 2004.