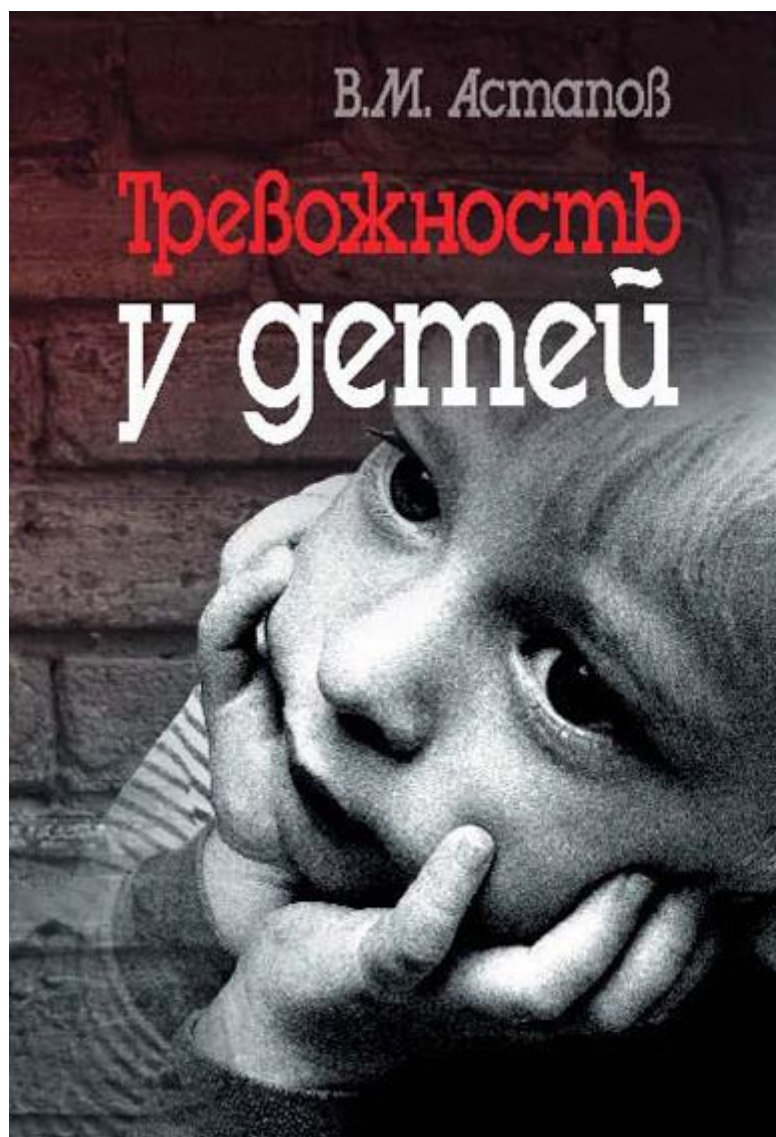


**Валерий Михайлович Астапов**  
**Тревожность у детей**



Текст предоставлен правообладателем  
[http://www.litres.ru/pages/biblio\\_book/?art=12039215](http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=12039215)  
«Тревожность у детей»: ПЕР СЭ; Москва; 2008  
ISBN 978-5-9292-0169-1

**Аннотация**

*Книга посвящена анализу места и роли тревоги в аффективных и поведенческих расстройствах у детей. Рассмотрены теоретические вопросы, касающиеся источников, причин и особенностей проявлений тревоги в детском возрасте, а также анализируются клинические и научные исследования тревожных расстройств, представленных в международных классификациях болезней. Предлагаются некоторые способы преодоления тревоги.*

*Книга рассчитана на практических и медицинских психологов, а также будет полезна детским врачам-психоневрологам и психотерапевтам.*

**В.М. Астапов**

# Тревожность у детей

© В.М. Астапов, 2008

© ПЕР СЭ, оригинал-макет, оформление, 2008

\* \* \*

## Введение

Психологические трудности, а также эмоциональные (аффективные) расстройства и нарушения поведения довольно часто встречаются у большинства детей. Эти явления в значительной степени составляют неотъемлемую часть развития и сами по себе не должны вызывать беспокойства. Кроме того, существуют некоторые аспекты нормального развития, которые кажутся похожими на психические расстройства.

Однако у некоторых детей могут наблюдаться искажающие процесс нормального развития психические расстройства, характеризующиеся такими эмоциональными состояниями как тревога, фобия, депрессия и др., которые требуют не только психотерапевтического, но и медикаментозного воздействия.

Эти эмоциональные расстройства, с одной стороны, представляют собой отклонения от нормы, а с другой – приводят к возникновению нарушений социальных контактов.

Спектр клинических форм этих расстройств в детском возрасте довольно широк и разнообразен. Важным обстоятельством, заставляющим обращаться к этой теме, является значительное возрастное своеобразие клиники этих пограничных нарушений, незнание которых часто приводит к диагностическим ошибкам.

Кроме того, необходимо подчеркнуть, что для рассматриваемых нарушений характерны клинические формы, присущие только детскому возрасту.

Большинство авторов придерживаются той точки зрения, что эмоциональные расстройства у детей не проходят бесследно, проявляются в особенностях личности и могут находить отражение в последующей жизни.

В последнее время на первый план в изучении патопсихологии детского возраста выдвинулась проблема анализа места и роли тревоги в аффективных расстройствах. При этом довольно часто они выступают как самостоятельная патология. Возможность возникновения аффективных синдромов уже в раннем возрасте в настоящее время не вызывает сомнений.

Поэтому, следует особо отметить, что данная проблема является междисциплинарной и касается не только детской психиатрии, но и возрастной, педагогической и медицинской психологии.

Вместе с тем, несмотря на большое количество исследований, проведенных как у нас в стране, так и за рубежом, феноменология и патопсихологические особенности эмоциональных отклонений у детей нуждаются в уточнении.

В представленной работе для анализа причин и механизма функционирования тревоги, а также той роли, которую играет тревога в аффективных расстройствах, нами использована только современная иностранная литература.

Две наиболее распространенные в мире классификации (DSM и МКБ) выделяют тревожные нарушения, встречающиеся во всех возрастных группах, и особо говорят о расстройствах, типичных для детского возраста, тем самым подчеркивая самостоятельный характер этого патопсихологического феномена. Кроме того, в обеих классификациях отмечается, что тревога может существовать не только как изолированный синдром, но и проявляться в рамках других нарушений.

Содержание данной книги можно разделить на три части: в первой рассматриваются теоретические вопросы, касающиеся источников, причин и особенностей проявлений тревоги в детском возрасте; во второй обсуждаются тревожные расстройства у детей,

представленные в международных классификациях, и приведен анализ клинических и научных исследований, необходимых для категоризации этих состояний; в третьей части (приложение) идет речь о приемах и методах преодоления тревоги.

Сложность и многозначность затрагиваемых в книге проблем ограничивает возможность углубленного их рассмотрения, но все же позволяет осветить достаточно большой круг вопросов.

Автор с благодарностью примет практические замечания, которые могли бы способствовать уточнению наших представлений о рассматриваемых вопросах.

## **Этимология понятия «anxiety»**

Для более детального изучения нам представляется интересным рассмотреть происхождение этого понятия в различных языковых культурах.

Предположительно оно имеет индогерманский корень – *angh*. В греческом языке он появляется в слове *αυχ*, обозначающем «плотно давить», «душить». Релевантные латинские слова также содержат корень – *angh*. В тезаурусе латинского языка (*Thesaurus latinae linguae*) мы встречаем такие слова, как *ango*, *angor*, *anxius*, *anxietas*, *angina*, в которых присутствуют значения «ограниченности», «сжатия».

В немецком языке идея «узости» и «сжатия» прослеживается в словах *eng* и *bange*, так же, как в слове *Angst*.

Если обратиться к Оксфордскому словарю английского языка, то мы имеем *anxiety* (тревога, тревожность), *anxious* (тревожный), *anguish* (страдание) и *anger* (гнев). Кроме того, встречаются и релевантные значения: *ange* – страдание, горе, несчастье; *anger* – страдание, сожаление; *anguish* – мучительная, гнетущая физическая боль или душевное страдание; *anxious* – душевная обеспокоенность относительно неизвестного события.

В различных языках явно видны общие черты этой группы слов, но видны также и различия.

Немецкое слово *Angst*, наиболее значимое слово с психологической точки зрения, означает степень страха, далекую от того, что обозначается английским словом *anxiety*.

Некоторые авторы в качестве немецких эквивалентов *anxiety* используют слова *Schreck* и *Fürcht*, обозначающие: страдание, страх, боязнь, ужас, испуг, оцепенение, смятение, хотя эти слова больше подходят для выражения более разрушающих эмоций, чем *anxiety*.

Так, Strachey (1963) в своих заметках, касающихся перевода трудов Фрейда, писал о трудностях при переводе слова *Angst*, напоминая, что Фрейд не придерживался последовательно различий, которые он сам проводил в употреблении этого слова. Strachey указывал на то, что *Angst* может переводиться любым из обычных английских слов – *fear* (страх), *fright* (страх, боязнь), *alarm* (смятение) – и, следовательно, нет необходимости фиксироваться на каком-либо термине.

Использование же слова *anxiety* как эквивалента *Angst* он считает недопустимым, ибо это понятие не имеет прямого отношения к тому, о чем писал Фрейд. В заключении Strachey возражает против перевода *Angst* как «*morbid anxiety*» (болезненная, патологическая тревога), указывая, что у Фрейда существовала теоретическая проблема в разведении *Angst* – «патологического» и «нормального».

В психологической литературе Англии и Америки, как указывает Sabrin, в первой четверти столетия *anxiety* не занимает того ведущего положения, как *fear* (страх), могущий быть эквивалентом *Angst*.

Можно предположить, что понятие тревоги (тревожности) стало многим знакомо из-за его ведущего положения в экзистенциальной философии, основоположником которой был Кьеркегор и которую широко распространили такие теологи, как Тиллих, и такие философы, как Хайдеггер, Ясперс и Сартр.

Кьеркегор настаивает, что страх (*Angst*) первого человека «совершенно отличается от боязни и других подобных состояний, которые вступают в отношения с чем-то

определенным: в противоположность этому страх является действительностью свободы, как возможность для возможности» (с. 144); «...тот, кто через страх (Angst) становится насквозь виновным, все же невинный, ибо он не сам стал таким, но страх, чуждая сила, подтолкнула его к этому, сила, которую он не любил, нет, сила, которой он не страшился; и все же он виновен, ибо он погрузился в страх...» (с. 145), и далее «...Angst можно сравнивать с головокружением... это головокружение свободы, которое возникает, когда дух стремится полагать синтез, а свобода заглядывает вниз, в свою собственную возможность, хватаясь за конечное, чтобы удержаться на краю...» (с. 146).

Это цитаты из известной работы Кьеркегора «Страх и трепет» (1993). Что же, по Кьеркегору, является предметом страха? Он пишет: «В том состоянии (т. е. в состоянии невинности) царствует мир и покой; однако в то же самое время здесь пребывает нечто иное, что, однако же, не является ни миром, ни борьбой; ибо тут ведь нет ничего, с чем можно было бы бороться. Но что же это тогда? Ничто. Но какое же воздействие имеет ничто? Оно порождает страх». (с. 143), «...ничто, являющееся предметом страха, вместе с тем все больше и больше превращается в Нечто... Ничто страха превращается здесь в переплетение предчувствий, которые, отражаясь друг в друге, все ближе и ближе подходят к индивиду, хотя опять-таки, будучи рассмотрены, по существу, в страхе, они снова обозначают Ничто; надо лишь заметить, что это не такое Ничто, к которому индивид не имеет никакого отношения, но Ничто, поддерживающее живой союз с неведением невинности» (с. 161).

Приведенные извлечения показывают, как трудна для понимания, в силу амбивалентности, теория Кьеркегора, и, как следствие, приравнивание Angst в его понимании и его последователей к Angst как современного психологического понятия.

Здесь мы не будем углубляться в метафизику страха, но сделаем заключение, что Кьеркегор, вводя понятие страха (Angst) как экзистенциального страха, говорит не о боязни чего-то определенного, а о страхе как неизбежной тревоге (anxiety), лежащем в основе человеческого существования и коренящегося в первородном грехе, ибо «ни один великий инквизитор не имел под рукой столь ужасных пыток, какие имеет страх, и ни один шпион не умеет столь искусно нападать на подозреваемого как раз в то мгновение, когда тот слабее всего, не умеет столь прельстительно раскладывать ловушки, в которые тот должен попасться, как это умеет страх; и ни один пронизательный судья не понимает, как нужно допрашивать обвиняемого – допрашивать его, как это делает страх, который никогда не отпускает обвиняемого – ни в развлечениях, ни в шуме повседневности, ни в труде, ни днем, ни ночью» (с. 242–243).

В конце XIX века понятие, которое выражалось словом Angst, больше относилось к инволюционной меланхолии, чем к тому, что стали в дальнейшем называть неврозом тревожности.

Wernike (1906) ввел в обращение термин «психоз тревожности», который позднее стал называться «тревожной депрессией» или «тревожной меланхолией».

В 1909 году Kraepelin описывал Angst как комбинацию неприятных ощущений с внутренним напряжением, включающую целостное телесное и душевное состояние. Он перечислил его многочисленные внешние проявления: стоны, убежание прочь, головокружение, чувство слабости, дрожь, потение и др. Kraepelin отмечает, что Angst возникает без всякого стимула, известного страдающему. Если Angst как рабочий термин у Wernike использовался для обозначения психоза тревожности, то у Фрейда (1895) – для описания субъективного чувства тревоги, связанного с висцеральными нарушениями (Angstneuroses).

Первое понятие не получило широкого распространения за пределами Германии. Второе, принятое Фрейдом, требует внимательного рассмотрения ввиду большого влияния на язык патопсихологии термина Angst.

В 25-й лекции он указал на то, что Angst сам по себе не нуждается в описании: «...каждый из нас когда-нибудь на собственном опыте узнавал это ощущение или, правильнее говоря, это аффективное состояние» (с. 250); затем добавляет, что проблема

«является новым пунктом, в котором сходятся самые различные и самые важные вопросы, решение которых должно пролить яркий свет на всю нашу душевную жизнь» (с. 251).

Главная статья Фрейда, касающаяся рабочего употребления термина, вышла в 1895 году. В ней он описывает синдром *Angst-nevroses* в терминах 10 главных черт:

- общая раздражительность;
- тревожное ожидание;
- острый страх (*Angst*);
- различные сочетания пунктов (1, 2, 3);
- ночные кошмары;
- головокружение;
- фобии;
- расстройства пищеварительного тракта;
- истерические проявления;
- симптомы могут быть хроническими и сопровождаться небольшой тревожностью.

Однако, наибольшие изменения взглядов Фрейда на этиологию тревоги отражены в его работе «*Hemmung, Symptom und Angst*» (1926). По существу он отказался от концепции тревожности как трансформированного либидо и признал, что тревожность является реакцией на опасность. *Angst*, теперь считает он, имеет несомненное отношение к ожиданию. Оно неопределенное, и ему недостает объекта, поэтому, – указывает Фрейд, – мы используем скорее слово *Fürcht*, чем *Angst*, если у него имеется объект. «Реальная опасность – это известная опасность и реалистическая тревога (*Realangst*), это тревога по поводу известной опасности... Невротической тревогой является тревога по поводу неизвестной опасности. Вводя эту опасность, неизвестную (эго) в сознание, психоаналитик делает невротическую тревогу не отличающейся от реалистической» (с. 140). «Опасная ситуация является узнаваемой, запоминаемой, ожидаемой ситуацией беспомощности. Тревога – это первоначальная реакция на беспомощность при травме и позднее воспроизводится в опасных ситуациях как сигнал...» (с. 162).

В 1929 году Jones привлек внимание к родственным понятиям – тревога, страх, боязнь, испуг, паника и опасение и заявил, что в патопсихологии термин «невротическая тревога» широко применяется для обозначения особого рода явлений, который может быть отделен от явлений, группирующихся вокруг понятия «страх». Затем он описал различия, включающие диспропорцию между внешним стимулом и ответом на него и диспропорцию между телесными психическими проявлениями.

Во французском языке Janet (1892) первым предложил относить к *angoisse* диффузное эмоциональное расстройство, а *anxiété* рассматривать как смутное, но перманентное состояние. Вслед за Janet Pishon (1939) дал более точное определение. Согласно ему, *angoisse* – это процесс, в котором интенсивное и острое психическое страдание синхронизировано с субъективным чувством сжатия горла, тахикардией и другими висцеральными нарушениями. *Anxiété* он описывает как хроническое психическое состояние, в котором присутствует дискомфорт нейровегетативного происхождения.

Еу (1951) написал большую и информативную работу о патологической тревожности, которую начинает с признания различий, имплицитно заключенных в терминах: *angoisse*, представляющий собой эмоциональное расстройство, испытываемое перед лицом надвигающейся опасности и характеризующееся телесными явлениями, и *anxiété*, являющееся более общим аффективным состоянием. Но в примечании к работе он отмечает, что будет употреблять *anxiété* и *angoisse* недифференцированно.

Baruk (1952) разрабатывает представления о различных видах *anxiété*, которое он считает всеобъемлющим термином, рассматривая *angoisse* как менее важное. Как и многие другие исследователи, он видит разницу между *anxiété* и страхом (*peur*) в том, что последний вызывается какой-то очевидной и могущей быть доказанной опасностью и исчезает, когда проходит опасность.

Испанская точка зрения наиболее полно представлена Ibog (1980) и близка

французской: при *angustia* (*angoisse*) доминирует аффективная сторона нарушений, а при *ansiedad* (*anxiété*) – психологическая; первая более статична, во второй присутствует движение, чувство беспокойного ожидания.

Хотя Auden (Цит. По Г.Каплан, Б.Сэдок; 1994) назвал современную эру «веком тревоги», такие авторы, как Sabrin (1957), Rycroft (1995), полагают, что множество различных толкований *anxiety*, имеющих как в психологической, так и в психиатрической литературе, свидетельствуют об отсутствии ясного представления о природе этого явления.

## **Базисная тревога**

### **Предпосылки развития тревоги**

Тревога в мире человеческих переживаний – явление столь распространенное и имеет столько разных особенностей, что очень трудно определить, с какого периода развития индивида следует начинать анализ предпосылок ее возникновения.

При желании можно начать изучение данного вопроса с раздражимости протоплазмы. Так, Grinker (1953) считает, что раздражимость – эта та основополагающая функция, из которой впоследствии возникла тревога.

Реакция испуга также является предпосылкой тревоги, по мнению Kubie (1941), так как в жизни индивида она играет роль связывающего звена между реакцией испуга и завершением мыслительного процесса.

По мнению Ramzy и Wallerstein (1958), существует тесная связь, что боль и страх порождают тревогу. Они считают, что есть тесная связь между первоначальной болью и страхом с одной стороны, и характером и уровнем последующей тревоги – с другой. Szasz (1959), однако, полагает, что на самом раннем этапе развития «Эго» боль и тревога сосуществуют как единое, недифференцированное неприятное ощущение. На следующей стадии, между 4-м и 9-м месяцами, ребенок уже воспринимает свое тело отдельно от человека, который заботится о нем. Начало такого отделения означает способность «Эго» к дифференцированной ориентации – на свое тело и на объект (мать). Соответственно, примитивное аффективное образование «боль – тревога» дифференцируется на боль, связанную с телом, и тревогу, связанную с объектом. Наконец, на третьей, взрослой стадии развития «Эго» опасность обозначает потерю необходимого объекта (изначально это была мать), и боль – сигнал об опасности лишиться части или всего тела.

Младенческая тревога сама по себе может рассматриваться как предпосылка «психической» тревоги. Blau (1955) отмечает, что, говоря о младенце, мы не можем вести речь о психологии аффекта, так как реакции аффекта носят чисто физиологический характер. Для обозначения этой примитивной, недифференцированной реакции он предлагает использовать термин «первичная тревога» или «примитивная тревога». То, что в основе реакции тревоги лежит инстинкт самосохранения, – факт, не требующий доказательств. По мнению Bazowitz и других (1955), настороженность характерна для всех живых существ, поскольку истоки ее – в раздражимости протоплазмы и животной бдительности, т. е. в свойствах, необходимых для выживания.

Тревога является, по большому счету, сущностью бдительности и осторожности – такова была точка зрения McDougall. Как указывает Rycroft (1968), он придает большое значение тому аспекту тревоги, который не является непосредственно очевидным. Суть этого аспекта в том, что тревога – это состояние, связанное с будущим.

Бдительность McDougall и сигнальная тревога Freud являются зеркальными психологическими концепциями, но они имеют очевидную связь с биологическими и неврологическими концепциями бдительности. В целях самосохранения организму приходится быть осторожным и осматрительным в силу возможности перемен в его окружающей среде.

Состояние тревоги представляет собой усиление настороженности для подготовки к

особой предвосхищаемой ситуации или к той, которая в данный момент осуществляет негативное воздействие на индивида.

Начало психических процессов осознания действительности связано, по мнению Rheigold (1967), с развитием отношений между младенцем и матерью. Боль и тревога первоначально могут представлять собой единое целое, дифференцированно соотносящееся с телом и объектом, так как боль и мать ассоциативно связаны в силу того, что младенец воспринимает мать как любой источник дискомфорта или боли, интуитивно чувствуя ее возможные разрушительные импульсы.

Так, Гринейкер (цит. по Блюму, 1996) не исключает, что ощущение опасности у ребенка появляется не в момент родов, а еще раньше, в пренатальный период. Он приходит к выводу, что конституция, пренатальный опыт и обстановка непосредственно после рождения играет роль в предрасположенности к тревоге. Этот тип тревоги отличается от более поздней тревоги отсутствием психологического содержания и осознания. На внешнюю стимуляцию плод реагирует увеличением активности, а шум вблизи матери вызывает учащение сердцебиения.

Гораздо большим, чем Гринейкер, считает влияние внутриутробного периода на развитие личности Фоудор. (Цит. по Блюму, 1996). Он пишет, что пренатальные условия и родовая травма создают биологическую основу, обуславливающую многие формы невротического поведения.

В своей работе «The Problem of Anxiety» (1936) Freud придает первостепенное значение процессу рождения, указывая, что на новорожденного обрушивается большое количество стимулов и он не обладает защитными механизмами для их переработки. Это первая опасная ситуация становится прототипом для более поздней формы тревоги.

Следует отметить, что Ранк (1924) первым отметил роль родовой травмы в развитии личности. Он рассматривает рождение как глубочайший шок на физиологическом и психологическом уровне, создающий «резервуар тревоги». Причина любых неврозов состоит в сильной тревоге при рождении, поздняя тревога может быть интерпретирована в ракурсе родовой травмы не просто как модели, а в качестве первоисточника. Отделение от матери представляет собой первичную травму, а последующие отделения любого рода приобретают травматический характер.

Однако Фрейд отрицает травматический характер родовой травмы: «Что представляет «опасность»? Акт родов является объективно опасным для жизни... Но психологически он вообще не имеет значения. Опасность рождения не несет психологического содержания». (Цит. по Блюму, с. 34).

Описывая механизмы влияния родовой травмы на развитие психики ребенка, Фоудор выдвигает следующие положения:

1. Интенсивность родовой травмы пропорциональна повреждениям, которые ребенок получает во время родов или сразу после появления на свет;
2. Любовь и забота о ребенке непосредственно после родов играют решающую роль в уменьшении длительности и интенсивности травматических последствий.

Напряжение, создаваемое угрозой для жизни ребенка приводит, по мнению Rheigold (1967), к аномальному развитию его Эго; такая личность будет каждый раз проявлять слабость в тревожной ситуации.

Ribble (1957) считает, что вызвать тревогу у младенца может неспособность со стороны взрослых полноценного удовлетворения его витальных потребностей – в пище, кислороде, во внешних стимулах. Материнские ласки – основной динамический фактор стимулирования физиологических реакций ребенка и условие преодоления им потенциальной тревоги. У детей, лишенных должной материнской заботы, необходимой для удовлетворения их витальных потребностей и физиологической интеграции, развиваются состояния напряженности.

К этому также следует добавить заболевания и повреждения, которые не только повышают уровень тревоги на данный момент, но и в этом раннем возрасте закладывают

почву для особой чувствительности организма к ситуации опасности в будущем. Почти все факторы, создающие основу для физиологических реакций тревоги, так или иначе связаны с матерью. Состояние напряжения, неудовлетворенная потребность в ласке в младенческий период говорит о плохой материнской заботе; кроме того, некоторые заболевания и повреждения могут свидетельствовать об игнорировании матерью своего ребенка или враждебном отношении к нему.

Freud (1926) предположил, что только несколько проявлений тревоги у детей легко выделяемы для нас, поэтому внимание должно быть ограничено ими. «Например, они проявляются в том случае, когда ребенок находится один, в темноте или видит, что вокруг посторонние вместо тех, с кем он привык быть – таких, как мать. Эти три условия могут быть названы и сведены к одному – потере любимого объекта, к которому он привык. И именно в этом ключ к пониманию тревоги» (136–137).

Это положение стало отправной точкой для нескольких современных теорий тревоги.

Bowlby (1969) предложил существенно пересмотреть некоторые положения психоанализа. «Важной причиной того, что в процессе взросления некоторые индивиды становятся склонными к тревожности, является то, что в детстве у них был период, когда они были слишком долго брошены на произвол судьбы или были частые отлучения от взрослых... Получив такой опыт в детстве, человек становится в процессе взросления сверхчувствительным к такого рода отделениям и потерям» (с.103).

Bowlby считает, что пагубный эффект зависит не только просто от отсутствия матери, которая может быть адекватно заменена, но и от определенного рода неадекватности матерей. В работе Ainsworth, развивающей представления Боулби, показано, что «матери, которые разным образом были недоступны для новорожденных, имели детей с четко выраженной «отлученной» тревожностью» (Ainsworth, 1971, с. 145).

Bowlby предложил довольно простую модель теории тревожности – ребенок обучается ожидать разлучения при первой своей привязанности в жизни, в результате он переносит это ожидание на последующие свои привязанности. Он сформулировал важнейший вопрос: «Почему, спрашивается, ребенок должен, находясь в темноте или с незнакомым человеком, быть таким тревожным, особенно если этот человек – «незнакомец» – очень внимателен и добр к нему?» (1969, с. 99).

Freud (1926) предположил, что причиной тревоги является пищевая потребность; разлученный ребенок начинает бояться «возрастающего уровня этой потребности, против которой он беспомощен», но этот уровень приобретается в собственном опыте, его может регулировать мать. Однако, это объяснение неадекватно. Оно, например, не объясняет тревожность, появляющуюся от незнакомого человека, которая возникает почти одновременно с тревожностью разлучения.

Нам кажется, что некоторые паттерны или сценарии поведения закодированы в нервной системе, и эти виды поведения реализуются при определенных стимулах: визуальных, звуковых и ольфакторных. Все они взаимосвязаны.

Возможно, дети получают стимулы, исходящие из паттернов поведения матери, которые в свою очередь сами являются внутренними (Klaus, 1975).

Затруднения, связанные с тревожностью отлучения, в свою очередь вызвали ряд вопросов, один из которых сформулировал Bowlby: почему тревожность отлучения повышается в возрасте 6–7 месяцев? Работа Spitz (1965) показала, что ребенок начинает различать небольшие части воспринимаемого окружения, как если бы это были изолированные части, затрудненные для восприятия. Эти небольшие части потом обязательно объединяются в целое. Примером может служить соединение вместе различных черт лица. Вначале значимыми являются только глаза, и ребенок будет улыбаться маске с глазами и ртом, выражающим гнев, или вообще без рта. Позднее рот становится необходимым для восприятия, в то время как профиль не вызывает никакой реакции. Потом и профиль вызывает улыбку и паттерн лица становится завершенным.

Кроме визуального, приобретается и другой опыт. Например, в начале жизни



эмоциональные состояния не всегда могут быть различимы по их телесным проявлениям. Хорошо выраженные состояния, такие как злость и напряжение, могут быть перепутаны с проявлением сострадания. Когда эти чувства становятся различимыми, они связываются с восприятием органов чувств другой модальности. Например, определенный образ матери может вызвать специфическую эмоциональную реакцию. Образ «кормящей матери» связывается с приятными физическими состояниями – теплотой и висцеральным комфортом.

Организация сознания ребенка, объединение ранее несвязанных элементов воспринимаемого мира, есть процесс концептуализации, т. е. приписывания значений тому, что воспринимается. Например, объединяя небольшие концепции «глаза», «губы», «волосы», ребенок создает новую концепцию «лицо».

Можно предположить, что различный опыт восприятия матери на первом этапе организован дискретно, так, что существует отдельно «мать, приходящая ночью», «мать, входящая в комнату», «мать около детской кроватки». Таким образом, «мать» – это набор из многих матерей – женщин, все они хорошо узнаются, но не взаимосвязаны.

С первого взгляда такая необычная гипотеза кажется затруднительной для изучения. Однако известный шотландский психолог Bower (1974) провел следующий эксперимент: «Я буду описывать новорожденных, которые размещаются напротив зеркал, воспроизводящих 2 или 3 образа человека. В одном случае новорожденному предъявлялись 2 или 3 изображения его матери, в другом он видел свою мать и 1 или 2 незнакомых женщины, сидящих в такой же позе, как и его собственная мать.

Новорожденные в возрасте менее 20 недель в случае многократного предъявления матери успешно реагировали с помощью улыбок, движением рук на каждую мать поочередно. При предъявлении незнакомой матери новорожденные так же счастливы и взаимодействуют с ней так, как если бы это была их собственная мать. Они не узнавали собственно различных матерей, в этом смысле я употребляю термин «идентификация», которой означает, что они не идентифицировали различные образы матери, принадлежащие одному и тому же человеку.

Новорожденные в возрасте более 20 недель игнорировали незнакомую и взаимодействовали со своей матерью. Однако при многократном предъявлении матери они становились удрученными, когда видели более чем одну маму. Я должен признать, что это показывает, что более маленькие новорожденные идентифицируют объекты с местом, и, следовательно, они думают, что у них множество матерей. Более взрослые новорожденные идентифицируют объекты по качеству, они знают, что у них только одна мама. Поэтому они становились удрученными при одновременном предъявлении нескольких изображений» (с. 83).

Это исследование позволяет предположить, что возраст 6–7 месяцев представляет собой стадию развития ребенка, когда впервые у него формируется «внутренняя представленность», согласно терминологии Schaffer (1971), единственной матери. Если это так, то этим частично можно объяснить появление тревожности отлучения в возрасте 6–7 месяцев.

Пока эта идея представляет собой какой-то теоретический интерес, она требует дальнейшей разработки, хотя бы даже незначительной. Развитие «внутренней представленности» является существенно значимым для отношений между объектами. Переход от частичного восприятия объекта к построению его целостного образа можно рассматривать как показатель процесса созревания. Это утверждение Schaffer, который определил тревожность отлучения, как краеугольный камень в когнитивном развитии ребенка, представляющий собой первое появление интегративной «внутренней представленности». Эта идея может быть проверена при изучении формирования привыкания, которое зависит от противопоставленности внешним объектам внутренней представленности.

Привыкание можно обнаружить уже в первые дни жизни. Это, конечно, очень ограниченное привыкание. Через 8-12 недель ребенок достигает того, что научается

различать простейшие и относительно ничего не значащие стимулы для понимания их в собственно терминах близости или отдаленности (McCall, 1971).

В возрасте от 6 до 7 месяцев ребенок сначала ведет себя так, как если бы он знал, что у него одна мама, мама единственная. Однако мы все еще не можем объяснить, почему ребенок испытывает тревогу, когда долго ее не видит.

Возможно, что ребенок в этом возрасте считает, что исчезнувший объект вообще перестает существовать. Piaget приводит пример поведения ребенка в возрасте 7 месяцев. «Жаклин пытается схватить игрушечного утенка на своем стеганном одеяле. Она почти схватила его, но неожиданно он выскальзывает и оказывается позади нее. Он упал почти рядом, но сзади, и оказался в складках простыни. Глаза Жаклин продолжают двигаться, двигается рука в этом же направлении. Но как только утенок исчез из поля зрения – действия сразу же прекращаются! До нее не доходит, что нужно посмотреть в складки простыни сзади, что было бы очень легко сделать (она делала все механически, без какого-либо поиска)... Затем я доставал спрятанного утенка и клал его около ее руки три раза. Все три раза она пыталась его схватить, но как только она была близка к этому, я сразу же нарочито очевидно прятал его под простыней. Жаклин немедленно убирала руку и успокаивалась. На второй и третий раз я дал ей почувствовать игрушку под простыней, и даже на короткий промежуток времени она дотрагивалась до нее, но до нее не доходило приподнять простыню». (Flavell, 1963, с. 132).

Однако более поздние исследования показали, что поведение Жаклин в действительности характеризует ребенка в возрасте от 4 до 6 месяцев. Позже этого возраста ребенок обычно может достать игрушку, спрятанную под каким-то укрытием.

Bower (1974) провел эксперименты, в которых выдвинул предположение о причинах того, почему ребенок не может отыскать спрятанную игрушку. Трех- и четырехмесячные дети наблюдали за движущейся игрушкой – паровозиком. Затем паровозик останавливали. Дети также останавливали свой взгляд на неподвижном поезде, а затем продолжали смотреть на тот отрезок пути, который прошел поезд до остановки.

Дети действовали так, как будто остановившийся поезд для них – это совершенно другой предмет, не тот, который двигался, как будто они наблюдали за двумя различными паровозиками.

Последующие эксперименты были связаны с предположением, что дети определяют идентичность движущегося объекта просто в понятиях движения. Движущийся за ширмой предмет воспринимается при появлении как совершенно другой объект, но и это не вызывает изменений в траектории движений глаз ребенка. Но когда объект появляется с другой стороны, ребенок начинает выражать беспокойство. Исходя из этого, можно предположить, что объекты идентифицируются не только по движению, но также по местоположению, а эта способность появляется у ребенка к пяти месяцам.

Исчезновение объекта со своего места может означать, что он перестал существовать, а его появление является демонстрацией его возрождения.

Эту концепцию Piaget описывает следующим образом: «Всё говорит за то, что ребенок воспринимает объект как сделанный или не сделанный... Когда ребенок видит частично появляющийся из-за ширмы объект, он предполагает, что этот объект существует целиком, он даже не считает, что эта целостность формируется «за ширмой», он просто допускает, что этот процесс формирования идет в момент появления из-за ширмы.

Так как положение объекта в пространстве является важной составляющей его существования, окружение ребенка постепенно наполняется такими понятиями как «мяч под креслом», «кукла в гамаке», «часы под подушкой», «мама около окна». Если мяч закатился под диван, он становится уже другим объектом: «мяч под диваном». Если мама готовит, она становится «мамой около плиты». Такой мир похож на «кинофильм, состоящий из статических кадров, которые сменяют друг друга, не давая никакой последовательности и целостного представления о всех кадрах». (Flavell, 1963, с. 151). В данном случае мы снова возвращаемся к теории «множественной мамы».

В период появления тревоги отлучения или немного раньше ребенок «уже не думает, что предмет продолжает оставаться предметом до тех пор, пока находится на данном месте, и что все предметы, находящиеся в данном месте, есть одни и те же предметы или что предмет остается предметом до тех пор, пока продолжает двигаться по одной траектории, являются одними и теми же предметами». (Bower, 1947, с. 202).

Однако «константность объекта» — это детская очевидная определенность, убежденность. Понимание того, что предмет продолжает существовать, несмотря на свое исчезновение, достигается только к 18 месяцам. Младенцы до 18 месяцев продолжают демонстрировать необъяснимую тенденцию идентифицировать объекты с местами. Они не могут смириться с невидимым месторасположением предмета. В возрасте 18 месяцев ребенок уже действует так, будто вещь постоянно существует независимо от того, видима она или нет.

Знаменитая фрейдовская история рассказывает о том, что маленький мальчик 18 месяцев может сделать такое для себя открытие, но ему постоянно требуется подкрепление. Ребенок бросает деревянную катушку, привязанную к веревке, дает ей исчезнуть, а затем тянет веревку, чтобы снова её увидеть. Эту процедуру он может повторить несколько раз. Вероятно, что «такое поведение связано с детской тревогой, когда мама временно отсутствует». (Freud, 1920, с. 14).

Предположение, что ребенок находится в состоянии дистресса при отсутствии матери, вытекает из факта существования у новорожденных тенденции идентифицировать объекты по их местоположению, но не объясняет возникновения самого дистресса. Для объяснения нам необходимо обратиться к особому типу мышления, который обнаруживается в тот период, когда проявляется тревожность отлучения.

Одним из описываемых этапов в развитии детской концептуализации Piaget называет и характеризует как «предоперациональное мышление». Оно проявляется до 6–7 лет, пока не появятся операции логического мышления.

Предоперациональное мышление характеризуется, в частности, такими особенностями, как анимизм и таинственность. Это отражается в детских представлениях о происхождении обычных событий. Например, «пятилетний ребенок может верить, что облака могут двигаться от того, что мы идем, и они нам подчиняются». (Flavell, 1963, с. 280).

Дети с предоперациональным мышлением верят, что они могут оказывать влияние на свое окружение. Так один испытуемый Piaget, которому было 2,5 года, раскачивался напротив маятника, чтобы заставить его двигаться. Он действует таким образом, как будто нет абсолютных различий между ним и миром вокруг него. Ребенок с предоперациональным мышлением исследует объекты с позиций собственной мыслительной деятельности. «Ребенок не способен четко различать события психологической и физической жизни; опыт человека постоянно интерпретируется и сравнивается с объективной реальностью, в которой приобретается этот опыт». (Flavell, 1963, с. 280).

Ребенок ведет себя так, как будто границы между ним самим и его окружением являются очень фрагментарными. Предполагается, что в первые дни жизни почти не существует границы и чувство границ развивается только к 6 или к 7 годам, но даже в этом возрасте оно еще полностью не сформировано. Если ребенок верит, что граница между ним самим и другими минимальна, то мама, которая находится с ним очень часто, воспринимается как нечто отдельное, однако очень необходимое, как часть собственной системы. Угроза её потери может чувствоваться как некая угроза части его физического состояния, поэтому данная теория может рассматривать тревожность как поведенческое проявление при отлучении от матери.

Предоперациональное мышление может участвовать в появлении тревожности отлучения разными способами, в частности, при амбивалентности. Теория амбивалентности может быть представлена в терминах вышеизложенной проблемы. Предварительно можно предположить, что взаимодействие с любыми объектами дает ребенку как приятный, так и неприятный опыт. Все объекты грубо можно разделить на «хорошие» и «плохие».

«Предоперациональный» ребенок, который амбивалентен до некоторой степени, чувствует себя в опасности, так как сила его воображения очень сильна. Если чувство, которое он испытывает к матери, является чувством злости, то ребенок рискует её потерять. Klein, исследуя эту проблему, отмечала, что «ребенок теперь боится, что его воздействие и воображение может вызвать смерть матери, и он останется один в своем беспокойном состоянии». (Klein, 1944, с. 148). Такие наблюдения указывают на работу детской концепции смерти. Идея смерти связана не только с отлучением, но также и с агрессией. У детей до 5 лет страх смерти тесно переплетается со страхом агрессивных импульсов. (Anthony, 1971).

С того момента, как ребенок может приписывать себе чувства матери, ребенок с агрессивными тенденциями верит, что временами его мама становится «плохой».

Klein приводит пример из клинической практики по поводу отлучения и связанного с ним страха. Она пишет: «Шестилетний мальчик заставлял меня играть роль «сказочной мамы», которая защищает его от «плохих родителей» и убивает их. Более того, я постоянно менялась: была то «сказочной», то «плохой» мамой. В качестве «сказочной мамы» я залечивала безнадежные раны, которые он получил от громадного дикого животного («плохие» родители), но в следующий момент я уходила и возвращалась уже как «плохая» мама. Он сказал: «В любой момент, когда «сказочная» мама выходит из комнаты, никогда не знаешь, вернется ли она прежней или превратится в «плохую» маму». Этот мальчик был в раннем возрасте необычно сильно привязан к своей матери и бесконечно верил, что грубость может убить его родителей, братьев и сестер. Получалось так, что если он видел свою мать минуту назад, он не чувствовал никакой уверенности, что она не умерла за этот промежуток времени». (Klein, 1944, с. 249). Она также отмечала, что «причина потребности ребенка в постоянном присутствии матери связана не только с тем, чтобы знать, что она не умерла, а с тем, что она не есть «плохая мама» (там же).

Эти различные идеи «множественной» мамы, константности объектов и предоперационального мышления связаны с проблемой развития детской тревожности при отлучении. Детский страх перед отлучением является «ключом» для понимания болезненной тревожности у взрослых. Если это предположение верно, то следы когнитивного развития индивида продолжают существовать в некоторых формах, но уже в зрелом возрасте.

В предположениях Klein содержится не только идея о том, что детская враждебность является причиной появления тревожности через страх отлучения, но также связана с экспериментальной моделью невротизма. Ребенок может оказаться в ситуации, когда он не может выбрать между двумя противоположными формами поведения. В случае амбивалентности могут быть следующие императивы:

- «Я не могу демонстрировать любовь, пока я одновременно чувствую ненависть»;
- «Я не могу демонстрировать ненависть, так как я могу убить то, что я люблю».

Пиаже считал, что осознание «конфликтующих между собой правил» является частью когнитивного развития. Bower (1974), описывая эксперименты на константность объектов, поясняет это следующим образом. Ребенок знает, что «объект идентифицируется по своему движению». Когда объект и движется, и останавливается, правила становятся конфликтными. Решение этой когнитивной дилеммы будет зависеть от формирования новых правил, которые включают в себя и предыдущие, например, – «объект может передвигаться с места на место».

Экспериментальная модель невротизма предполагает, что тревога может возрастать, когда «внутренняя представленность» заполненных ожиданий уже больше не связывается с проявлениями и сигналами внешней среды. Сам Фрейд полагал, что механизм приписывания может быть включен в тревожность: «Мы находим совершенно понятным, что дикарь боится ружья и пугается солнечного затмения, в то время как белый человек, умеющий обращаться с этим орудием и предсказать данное событие, в этих условиях свободен от страха». (1989, с. 251).

Новые стимулы, которые соответствуют структуре опыта, могут вызывать смятение, страх. Более того, Фрейд относит этот процесс приписывания к фазе тревожности отлучения

– неизвестности. «Маленький ребенок боится, прежде всего, плохих людей ... Но этих чужих ребенок боится не потому, что предполагает у них злые намерения ... Ребенок... пугается чужого образа потому, что настроен увидеть знакомое и любимое лицо, в основном, матери». (1989, с. 260).

Понятие соотнесения само по себе является недостаточным и может быть дополнено с помощью работы Lewis. Он различает состояние и эмоциональный опыт, считая, что появление в «самости» Джеймса двойственности – «частично знающий и частично знаемый» (1978, с. 189) – абсолютно необходимо до появления «опыта».

До этой стадии ребенок является довольно пассивным реципиентом событий, некоторые из которых могут вызвать явный дистресс. Lewis (1978) считает, с логических позиций, что опыт тревожности может появиться только тогда, когда разовьется «когнитивное оценивание». Развивая эту идею, он предполагает, что опыт тревожности может включать в себя осознание индивидом опасности, оно зависит не только от «когнитивного оценивания», но также и от оценки самого себя как отличного, отдельного существа. «В возрасте 6–8 месяцев ребенок начинает понимать, что внешние объекты являются отдельными, существуют сами по себе. Если ребенок знает, что объект существует отдельно от других объектов, то будет правильным сделать вывод, что знание других, самого себя, объектов развивается одновременно». (1978, с. 211).

Lewis относит генезис тревожности к детскому когнитивному развитию. При этом он подчеркивает, что даже когда процесс соотнесения является очевидным, то тревожность не будет развиваться до тех пор, пока ребенок не знает, что «он существует как отдельный организм» (там же).

## Тревога и страх

Теоретически, как подчеркивают многие авторы, разница между тревогой и страхом проста: страх – это реакция на конкретно существующую угрозу; тревога – это состояние неприятного предчувствия без видимой на то причины (причина существует только в сознании человека). Но при анализе конкретного случая состояния напряжения установить эту разницу довольно непросто. Часто очень трудно сказать, является ли наблюдаемая реакция страхом или тревогой, или чего в ней больше – страха или тревоги, или в какой момент страх переходит в тревогу и наоборот. Авторы, которые особо подчеркивают эту разницу, не всегда последовательны в ее применении к конкретным случаям. Freud, к примеру, рассматривает тревогу часто с точки зрения аффекта, игнорируя при этом объект, вызывающий ее; тем не менее, он определяет объективную тревогу как «естественное и рациональное» явление; следует называть его реакцией на восприятие внешней угрозы, на ожидаемый или предвидимый ущерб. Такая реакция – по сути своей страх, хотя и названа «объективной тревогой». В работе «Hemmung, Simptom und Angst» (1926) он утверждает, что правильное использовать слово «боязнь» вместо слова «тревога», если есть связь с реальным объектом, однако независимо от наличия такого объекта сам Фрейд во всех случаях использует термин Angst.

Тревога предполагает существование объекта. Freud показал со всей очевидностью, что если опасность неизвестна, это отнюдь не означает, что тревога – продукт беспочвенной фантазии. Тревога в этом случае основана на угрозе, существующей в человеческом бессознательном. Поэтому, как указывает Rheingold (1967), было бы целесообразным определить разницу между страхом и тревогой не в рамках наличия или отсутствия объекта, но опираясь на понятия внешнего и внутреннего объекта. При этом возникает проблема дифференциации внешних и внутренних источников угрозы. В случае фобии мы имеем вполне определенный внешний объект; для человека, страдающего фобией, угроза исходит извне, он же просто опредметил эту угрозу таким образом, что она оказалась соотнесенной со сравнительно нейтральным объектом или ситуацией. Многие люди страдают от самых различных страхов, которые связаны скорее с неприятными предчувствиями, чем с

реальными опасностями. «Внешнее» и «внутреннее» – понятия относительные; внешнее интерпретируется и оценивается организмом, внутреннее стремится к объективации.

Трудности, связанные с попытками провести четкую линию между внешним и внутренним, наглядно проявились в определении Zetzel (1955). Страх – это нормальная адекватная реакция на ситуацию внешней опасности; тревога – это (1) преувеличенная, то есть неадекватная реакция на ситуацию реальной внешней опасности; (2) преувеличенная реакция на малозначимую ситуацию внешней опасности; (3) реакция, похожая на страх, но при отсутствии ситуации внешней опасности или (4) преувеличенная, то есть неадекватная, реакция на ситуацию внутренней опасности.

При объективном подходе, для того чтобы отличить страх от тревоги, необходимо решить, является ли данная реакция адекватным, рационально направленным на самосохранение ответом на реальную, безусловную опасность, или же между стимулом и реакцией есть диспропорция. Если для одного человека какой-либо стимул может оказаться достаточным для того, чтобы вызвать страх, то для другого этот же стимул может не иметь никакого значения. С возрастом диспропорция становится все более очевидным, что источник аффекта находится в самом человеке. В том случае, когда объект отсутствует, или малозначим, или не представляет опасности, безусловно, реакцию следует рассматривать как иррациональную, являющуюся выражением тревоги. Субъект реагирует определенным образом не в силу объективных факторов, вызывающих страх, а в силу их объективной значимости для него, поэтому, как отмечает Drinker и Robbins (1954), в ситуации обычной или минимальной опасности организм может давать такие бурные реакции, как если бы столкнулся с угрозой для жизни. С другой стороны, то, что представляется тревогой из-за преувеличенной реакции, может быть в действительности коммуникативным страхом, обусловленным психотравмой, полученной в детстве. В данном случае возникает несколько вопросов. Где проходит граница между предположительно универсальным страхом змей и грызунов и индивидуальной фобической реакцией? Между детскими страхами, являющимися продуктом воображения или усвоения, и проявления чувства внутренней незащищенности? Между осведомленной озабоченностью и нехорошими предчувствиями? Становится понятным, что хотя мы во всех случаях имеем дело с объектом, слишком категоричное деление факторов на внешние и внутренние вряд ли целесообразно.

В качестве другого возможного критерия для дифференциации страха и тревоги предлагается использовать поведенческую реакцию, которая показывает наличие или отсутствие у субъекта возможности и желания эффективно бороться с опасностью. Тревогу в этом случае определяют как состояние беспомощности перед лицом внешней угрозы, а страх – как состояние аффекта, в котором человек ведет себя целенаправленно по отношению к угрозе. Такой взгляд на проблему соотносит тревогу с ситуацией внешней опасности и требует решения вопроса об адекватности и эффективности поведенческой реакции. Трансформируется ли страх в тревогу, если действия человека оказываются неэффективными?

Такие факторы, как повторяемость, хронологическая последовательность также предлагаются в качестве дифференцирующего критерия. Даже если реакция на ситуацию внешней угрозы явно преувеличена, отсутствие ее повторяемости дает основание для квалификации ее как страха, особенно если стимулирующая ситуация незнакома и неожиданна для человека. Если субъект с такой же интенсивностью переживания реагирует на повторение знакомого стимула, то такую ситуацию можно квалифицировать как тревогу. Что касается хронологии (устойчивости аффекта в течение длительного периода после травматического момента), то некоторые люди с «синдромом усталости от боевых действий». (May, 1950) – последствием Второй мировой войны, продолжают сохранять прежнюю интенсивность реакций напряжения. То же характерно для тех, кто пережил огромные трудности в тылу, а также для узников нацистских концентрационных лагерей. (Кемпинский, 1998). Какова первоначальная реакция во всех этих случаях – страх или тревога, или и то, и другое, и означает ли текущая фаза продолжение первоначального

аффекта или трансформацию страха в тревогу?

Тиллих (1995) считает, что страх и тревога неразделимы – они имманентно связаны друг с другом. «Жало страха – тревога, а тревога стремится стать страхом» (с. 31). И в то же время он разделяет их следующим образом: страх подразумевает конкретный объект, при столкновении с которым человек может проявить мужество. Тревога же означает отсутствие какого-либо объекта и характеризуется соответственно отсутствием направленности и интенциональности. Хотя, в определенном смысле объект имеется и у тревоги, но только в виде понятия угрозы, реальный же источник угрозы при этом отсутствует; иначе говоря, в качестве объекта тревоги выступает «отрицание всякого объекта». Таким образом, тревога – это страх перед неизвестным, а это неизвестное в силу своей природы не может приобрести понятные очертания. В тот момент, когда «тревога в чистом виде» овладевает субъектом, те объекты, которые до этого были причиной страха, предстают как симптомы базисной тревоги, что им было в определенной степени присуще и до этого.

Не суть важно, как называть состояние предчувствия – страхом или тревогой. Можно определить страх как реакцию на ситуацию очевидной внешней опасности, и все остальное квалифицировать как тревогу. Важно то, что тревога не имеет объекта. Два вопроса имеют самое непосредственное отношение к пониманию тревоги: что является объектом угрозы и что или кто является ее субъектом? Что касается первого вопроса, то опасность, как правило, угрожает целостности живого организма, а в дальнейшем объектом становится целостность «Я» и потребности личностного уровня.

По мнению Vazovitz и других (1955), любой стимул, в принципе, может вызвать реакцию тревоги, так как все зависит от того угрожающего смысла, который имеет данный стимул для данного индивида. Сигнал может психологически восприниматься субъектом как некий значимый символ, актуализирующий его воспоминания о прошлых событиях или по какой-либо другой причине значимый для него. В качестве угрозы может выступать реальная опасность или что-то, предвещающее опасность. Человек стремится закрепить тревогу в значимом объекте реального мира, чтобы преодолеть чувство полной беспомощности.

Можно предположить, что фобия – это не просто попытка создать объект для того, чтобы наполнить конкретным содержанием неприятные предчувствия, но отрицание реального и (бессознательно) известного источника опасности, так как механизм вытеснения сохраняет угрозу в ее первоначальном виде.

Что касается общих отношений между страхом и тревогой, то наиболее распространенное мнение таково, что базисная тревога необходима для дальнейшего развития реакций страха. Goldstein (1939), к примеру, считает тревогу первичной и изначальной реакцией. Первые реакции ребенка на тревогу недифференцированы, а страхи – это более позднее образование, возникающее в результате того, как ребенок научается объективировать и особым образом относиться к тем элементам окружающей среды, которые могут ввергнуть его в «катастрофическое состояние».

Мау (1939) утверждает, что способность организма реагировать на угрозы его существованию и его потребностям есть тревога в общем и изначальном виде. Позднее, когда организм становится достаточно зрелым, чтобы различать специфические объекты опасности, защитные реакции также приобретают более специфический характер. Эти дифференцированные реакции на специфические объекты угрозы и являются страхами.

Таким образом, тревога – это базисная реакция, общее понятие, а страх – это выражение того же самого качества, но в специфической, объективированной форме.

## **Нормальная и невротическая тревога**

Психологическая проблема тревоги имеет еще один аспект исследования – установление различия между нормальной, рациональной тревогой и патологической, невротической тревогой.

Психиатры до недавнего времени рассматривали любую тревогу как невротическую, не принимая во внимание особенностей внешней ситуации, которые могут естественным образом обуславливать тревогу.

Эту точку зрения критикует Тиллих (1995), который полагает, что в теории много путаницы именно из-за отсутствия четких различий между экзистенциальными и патологическими формами тревоги. Установить такие различия невозможно одним лишь глубинным психологическим анализом. Без онтологического понимания человеческой природы невозможно создать стройную всеобъемлющую теорию лишь на основе исследований, проведенных психологами.

В целом философы и психологи-экзистенциалисты рассматривают тревогу как неотъемлемую часть человеческой жизни, а невротическую тревогу – как явление, возникающее на ее основе вследствие фрустрации в самоутверждении.

Кьеркегору (1993) принадлежат слова о том, что способность человека к свободе порождает тревогу. Во всякой ситуации, когда у человека есть возможность совершения какого-либо действия, потенциально присутствует тревога. Невротическая тревога возникает в результате неспособности человека реализовать эту свободу в ситуации нормальной тревоги. Тиллих (1995) рассматривает патологическую тревогу как следствие неспособности «Я» выдержать экзистенциальную тревогу.

Для экзистенциалистов практически любая человеческая активность связана с тревогой и, потенциально, с невротической тревогой: индивидуализация и конфликт между симбиотической привязанностью и отделением, принятие ответственности, осуществление выбора, поиск смысла и т. д. Одним словом, просто существовать – уже достаточная причина для беспокойства.

Allport (1961) следующим образом описывает экзистенциальный взгляд на проблему: «Человек обнаруживает, что его «бросили» в этот океан непостижимого мира. Ему едва удастся удержаться на поверхности, чтобы не попасть в скрытые течения страха и водовороты острой паники. Он живет в бурных водах нестабильности, одиночества, страданий, преследуемый призраком смерти и небытия» (с. 120).

Психиатры довольно долго игнорировали проблему различия между нормальной и невротической тревогой. Хорни считает, что различие между невротической тревогой и общей тревогой (Uranst) заключается в том, что последняя является выражением человеческой беспомощности перед лицом реальной опасности (болезни, лишений, смерти, сил природы, врагов), тогда как в первой беспомощность в основном является следствием репрессированной враждебности, а в качестве угрозы выступает предвосхищаемая враждебность окружающих.

Kelman (1957) также заявляет, что испытывать тревогу – вполне естественно для человека. Говорить же об иррациональности тревоги возможно только в плане ее источников, функций, отношений к ней человека.

Ostow (1959) отмечает, что общим для реалистической и невротической тревоги является их тенденция к актуализации, когда Эго захлестывает поток инстинктивной энергии или появляются признаки, что это произойдет. Для реалистической формы тревоги характерно воздействие внешних факторов в виде травматической ситуации и событий, ее повлекших. А для невротической формы тревоги характерно воздействие потока инстинктивной энергии или факторов, его обусловивших, что трактуется как прорыв слабо репрессивных влечений. Реалистическая тревога побуждает субъекта к поиску путей спасения от угрожающего объекта, но и в случае невротической тревоги субъект уходит от борьбы.

Так же, как и при разведении тревоги и страха, отделить нормальную тревогу от невротической гораздо легче теоретически, чем практически. Реакция на реальную, объективную угрозу – страх, но если к нему добавляется оттенок тревоги и событие приобретает бессознательную значимость для субъекта, то реакция приобретает невротический характер. Вопрос о том, существует ли «общечеловеческий феномен» тревоги



– это присущее человеку и лишаящее покоя знание о незащищенности его жизни является отдельной и до сих пор не решенной проблемой.

Почему среди людей существуют такие большие различия в отношении к субъективно интерпретируемым источникам тревоги (Urangst), в подверженности их воздействию? Различие, сделанное Фрейдом (1986), заключается в том, что нормальная тревога есть реакция на внешнюю угрозу, а невротическая – на какое-то «побуждающее требование».

Мау (1950) также утверждает, что нормальная тревога свободна от вытеснения и не задействует механизмы психологической защиты, тогда как невротическая тревога требует вытеснения и действия различных механизмов ограничения активности и сознания.

Подавление угрозы имеет своим результатом то, что индивид не знает источника своего опасения. Блокирование сознания, которое происходит при невротической тревоге, делает индивида более уязвимым по отношению к угрозе и таким образом усиливает невротическую тревогу.

Нормальная тревога есть реакция на угрозу ценностям индивида, которые он считает единственными для его существования как личности. При этом, как указывает Мау (1950), тревога как реакция:

- недиспропорциональна реальной угрозе;
- не включает подавление или другие механизмы интроспсихологического конфликта;
- поэтому не требует невротических защитных механизмов, но может быть ослаблена на уровне произвольного осознания, если необходимо изменить объективную ситуацию.

Как и любая рациональная тревога, она может быть использована конструктивно. Ранк (1924) подчеркивает, что нормальная тревога присуща всем переживаниям на всех возрастных периодах жизни индивида. Если эти потенциально формирующие тревогу переживания преодолены успешно, то они ведут не только к относительно большей независимости ребенка, но и к восстановлению отношений с родителями и с другими людьми на всех уровнях. Тревогу в этих случаях следует рассматривать скорее как нормальную, чем как невротическую.

McDougall (цит. по Rycroft, 1968) придает большое значение тому аспекту тревоги, который не является очевидным, если рассматривать тревогу с ее неизбежной озабоченностью, мучительностью, иррациональностью с точки зрения патологии. Испытывающий тревогу человек чувствует ее не по поводу того, что происходит, он тревожится о том, что может произойти.

Экзистенциалисты, уверяющие нас, что тревога – это неотъемлемый компонент индивидуализации и свободы, иногда сами указывают на истоки тревоги в отношениях между детьми и родителями. Даже если существует онтическая тревога, она так сильно отличается от клинической тревоги с ее межличностными корнями, садомазохистским ядром, вытеснением и защитами, что ей скорее подойдут названия вроде обеспокоенности, осторожности, озабоченности. Отделить такую реакцию от невротической в каждой конкретной ситуации – трудная проблема, поскольку чем глубже исследуешь смысл реакции, тем яснее становится, что не ситуация вызвала оправданное мрачное предчувствие, а сам человек нашел рационализированные причины своей «безобъектной» тревоги.

## **Интерперсональная концепция происхождения тревоги**

Freud (1926) в своей работе «Hemmung, Symptom und Angst» сделал прорыв в изучении проблемы тревоги, но в то же время он придал пониманию этого явления особый уклон, от которого патопсихология до сих пор не может освободиться.

Он сумел увидеть, что тревога имеет ситуационный прообраз в раннем детстве, что эта ситуация психотравматически воздействует на ребенка в силу его беспомощности и размеров опасности и что участие во всем этом матери неоспоримо. Но использование Freud понятия «комплекс смерти» и сделало невозможным установление связи между травматической ситуацией и угрозой, исходящей от матери.

В результате изначально допущенных перекосов позже приходилось пересматривать многие идеи, изменять точку зрения на механизмы тревоги, путаться в двусмысленностях и противоречиях. После длительных блужданий он, наконец, пришел к убеждению о том, что детская тревога связана со страхом наказания и страхом быть брошенным матерью.

В своем первоначальном определении понятия тревоги Freud не учитывал ни фактора Эго, ни межличностных отношений, рассматривая мать как объект, на который направлено либидо ребенка. Тревога оказалась просто нереализованным либидо, результатом трансформации либидо. С ребенком это происходит, когда матери нет рядом с ним, а со взрослым, когда его либидо подавляется либо вследствие ничем не завершающихся случаев сексуального возбуждения, либо вынужденного воздержания. Ни одна из этих гипотез не вызывает полного доверия. В то время как объяснение тревоги, как следствия невозможности реализовать либидо при отсутствии объекта (матери), представляется надуманным, в случае реакции ребенка на посторонних оно выглядит довольно правдоподобно. Присутствие незнакомого человека должно усиливать переживание ребенком факта отсутствия матери в данный момент. То, что ребенок может бояться чужих потому, что наделяет их злыми намерениями, Freud отверг как «несостоятельный теоретический конструкт». Что же касается различий в степени личностной тревожности среди детей, он объяснил их конституциональными различиями, а также имевшим место в детстве «чрезмерным удовлетворением либидо». Таким образом, получается, что как недостаточное, так и чрезмерное удовлетворение либидо дает одинаковый эффект. Утверждение о том, что обильная экспрессия либидо повышает уровень тревоги, противоречит другому положению теории либидо о том, что фрустрация и вытеснение либидо приводят к тревоге.

Затем на смену этой первоначальной теории пришла прямо противоположная: тревога есть причина, а не следствие вытеснения. Что же в таком случае является причиной тревоги? Снова либидо. «Притязания» либидо уже сами по себе создают ситуацию опасности, независимо от последствий их осуществления.

В невротической тревоге «человек испытывает страх перед собственным либидо ... Эго пытается уйти от требований либидо и поэтому относится к этой внутренней опасности так, как если бы она была внешней». (Фрейд, 1989, с. 258).

Но Фрейд сделал следующий шаг в исследовании проблемы, выдвинув идею о том, что внутренняя инстинктивная опасность – это компромисс с внешней, реальной ситуацией опасности – родительским наказанием. К примеру, сексуальные импульсы мальчика, направленные на его мать, вызывают в нем тревогу и подвергаются вытеснению, вызываемому опасностью наказания в виде кастрации, исходящей от отца.

Фрейд, по всей видимости, никак не хотел признать того, что стало абсолютно очевидным – связи между тревогой и враждебностью, хотя вначале он писал, «что ближайшая участь аффекта состоит в превращении в страх» (1989, с. 267). В работах Фрейда нет ни слова о трансформации гнева в тревогу. Равно как и о какой-либо внешней угрозе, обусловленной мотивом враждебности. Страх быть брошенным матерью и страх быть кастрированным отцом – плод фантазии. Нет ни намека на какие-либо реально существующие основания для таких представлений, равно как и в случае женской ненависти к матери, что также является одной из тем Фрейда.

Но что обуславливает «травматическую» ситуацию в детстве, чувство беспомощности перед лицом страшной опасности? Позднее тревога служит предупреждением об опасности, то есть сигналом возможности оказаться в травматической ситуации. Однако только ли отсутствие матери составляет содержание ситуационного прообраза? Фрейд также предложил рассматривать роды как еще одну форму травматического опыта. Но для того чтобы быть прообразом, опасность должна быть реальной, чтобы ребенок действительно ощущал исходящую от нее угрозу его жизни. Фрейд довольно скептически отнесся к идее, в свое время выдвинутой Rank (1924), и настаивал на том, что роды являются не реальной психотравмой, а символом отделения. Отделение ассоциируется у ребенка с наказанием, но

тогда угроза имеет потенциальный характер, а ребенок видит причину ее возникновения в своей собственной виновности.

Таким образом, Фрейд оставляет без ответа вопросы, имеющие ключевое значение для понимания проблемы базисной тревоги.

Являются ли роды действительно травматическим опытом и прообразом тревоги или они лишь символизируют отделение и в этом смысле не более, чем метафора? Что является внутренней ситуацией опасности у ребенка нао-Эдиповой стадии – признание либидо или фрустрация его экспрессии? Почему ребенок ощущает сверхсильную угрозу и испытывает тревогу от Эго, и будет защищать его посредством сигнальной тревоги? Почему наказание означает смерть (быть брошенным матерью) и увечье (быть кастрированным отцом)? Если бы Фрейд позволил себе связать тревогу с враждебностью, то есть рассматривал бы ее как реакцию на реальную внешнюю угрозу, он бы избавил себя от длительных и непродуктивных попыток, которые почти не приблизили его к пониманию проблемы.

Заслуга Klein (1948) в том, что она поставила враждебность в центр реакции тревоги. Проанализировав ситуацию детской тревоги, она обнаружила, что первостепенное значение имеют агрессивные импульсы и фантазии, генерализуемые различными источниками, но на определенной стадии детского онтогенеза эти процессы сходятся в одной точке и достигают кульминационной силы.

Тревогу, свойственную маленьким детям, возможно ослабить только воздействием этих импульсов и фантазий, при этом учитывая особую роль, которую играет агрессия в стимулировании тревоги. Ранние процессы интроекции и проекции приводят к появлению в структуре Эго рядом с положительными образами объектов чрезвычайно пугающих и преследующих (пресекутивных) образов. Эти образы ребенок воспринимает в свете своих собственных агрессивных импульсов, то есть он проецирует свою агрессию на те внутренние образы, которые образуют часть его раннего Супер-Эго. Первые защитные реакции Эго направлены против тревоги, вызываемой этими импульсами.

После того, как Фрейд заявил о концепции инстинкта смерти, Klein пришла к убеждению, что тревогу вызывает опасность, исходящая от этого инстинкта. Страх смерти является причиной тревоги, он не может быть устранен и участвует во всех ситуациях тревоги. Опасность, создаваемая действием инстинкта смерти, ощущается ребенком как атака, как нечто, преследующее его. Следствием такого опыта является представление о внешнем мире как о чем-то враждебном.

Эго направляет импульсы разрушения против первого внешнего объекта, с которым сталкивается ребенок – материнской груди. Ребенок ощущает, что отказ в материнской груди – это возмездие за враждебное отношение к ней с его стороны, и грудь, отказывающая ему в молоке, становится внешним представлением инстинкта смерти. Происходят постоянные флуктуации между страхами внутренних образов и внешних плохих объектов, между инстинктом смерти, действующим внутри и объективирующимся вовне.

Агрессивные импульсы ребенка, благодаря проекции, играют основную роль в образовании им образов преследования, эти образы усиливают пресекутивную тревогу, которая, в свою очередь, усиливает его агрессивные импульсы.

Klein (1948) устанавливает различия между двумя основными формами тревоги – пресекутивной и депрессивной. Первая связана с уничтожением Эго, вторая – с причинением вреда внутренним любимым образам и внешним любимым объектам разрушительными импульсами субъекта. Она также различает объективную тревогу, которая является страхом потери матери, и невротическую, определяемую как представление о том, что мать была уничтожена его агрессивными импульсами или находится под угрозой уничтожения.

Некоторые идеи Klein (1948) представляются эксцентричными, но ей более чем кому-либо удалось понять смысл импульсов разрушения и страхов, порождающих детскую тревогу, а также внести коррективы в концепцию Фрейда, лишив ее узконаправленного сведения всех процессов к либидо. Однако существенным недостатком ее теории является

отнесение детской агрессивности к инстинкту смерти и понимание роли матери только в рамках механизма проекции и интроекции. Как и в работах Фрейда, мать у Klein не несет ответственности. Позже она несколько изменяет свои взгляды и признает особую роль взаимоотношений между матерью и ребенком, но первичная тревога так и остается продуктом инстинкта смерти.

В то время как Klein много писала о чувстве тревоги при разлучении, она оставила мало замечаний по поводу того, как грудные и маленькие дети действительно ведут себя при отсутствии матери.

А. Фрейд (1993) была одной из первых, кто зарегистрировал такие наблюдения, однако она долгое время не придавала значения этой проблеме. Она указывает, что дети от одного года до трех лет проявляют бурную реакцию на уход, замечая, что способность любить у детей в этот момент оказывается лишенной своего привычного объекта. Их стремление к матери таким образом становится непереносимым и приводит к состоянию отчаяния.

Сформировав свои теоретические взгляды, она предположила, что объяснение привязанности ребенка к матери должно быть отнесено к теории вторичного побуждения, поскольку у грудного ребенка нет иных потребностей, кроме как потребностей тела, а что касается тревоги при расставании, то она является реакцией на боязнь того, что эти потребности тела окажутся неудовлетворенными.

В более поздних работах А. Фрейд описывает отдельные проявления тревоги на ранних этапах развития ребенка, каждый из которых характеризуется определенным отношением к объекту. Так тревога при разлучении (также, как и боязнь уничтожения, голодания, одиночества и беспомощности) считается ею первым этапом развития взаимоотношений с объектом и рассматривается как симбиотическая фаза, являющаяся одной из форм биологического единства матери и ребенка. На последующих этапах развития ребенка имеют место иные формы тревоги, отличные от тревоги при разлучении. Например, позднее сильное чувство тревоги при расставании относится за счет закрепления (фиксации) симбиотической фазы.

Рассмотренные теории контрастируют с более поздними интерперсональными теориями тревоги. Так, Kardiner (1959) и его единомышленники утверждают, что тревога фокусирует внимание сначала на перцепции и только потом на механизмах защиты, ограждающей организм от опасности, идентифицированной на стадии перцепции. Психология «Эго-адаптации» рассматривает эти процессы как функции, сформировавшиеся на самом раннем этапе в результате изолированно действующих внутренних сил организма. По мнению Kardiner, хотя и «возможно отказаться от понятий либидо и инстинкта смерти, едва ли можно отказаться от понятия инстинкта вообще, поскольку реакция тревоги имеет глубокие корни в инстинкте самосохранения и в инстинктивной способности ребенка улавливать материнские импульсы разрушения и яростно реагировать на них» (с. 342).

Со временем положения классического психоанализа подверглись существенным изменениям, хотя основные идеи остались почти неизменными. Появилась тенденция к учету в психоаналитическом исследовании новейших достижений возрастной психологии.

Первым свидетельством формирования нового научного направления явились лонгитюдные исследования детей, осиротевших во время войны. (Цит. по Блюму, 1996). В них обращалось внимание на роль катектических реакций и последствия лишения ребенка возможности общаться с матерью. Очень многое для понимания значения отношений между матерью и ребенком сделал Spitz (1965), проанализировавший первые предметные связи ребенка, выявивший функцию эмпатии в первичном отношении кормления.

Необходимым условием правильного развития ребенка, по его мнению, является внимательная опека, надлежащее эмоциональное отношение к нему со стороны матери. Особенно неблагоприятное воздействие оказывает на него отлучение от матери, приводящее к различным нарушениям. Разлука, длящаяся более пяти месяцев, вызывает так называемый госпитализм.

Кроме того, некоторые типы отношений между матерью и ребенком предрасполагают к

использованию определенных защитных механизмов, являющихся результатом своеобразного преобразования защитных физиологических механизмов в психологические.

Неблагоприятно сказываются на развитии ребенка и отрицательные черты матери, обуславливающие ее неспособность выступать в качестве должного первичного объекта идентификации и воспитывать его с помощью необходимых запретов и ограничений.

Возникшая благодаря работам Bowlby и Spitz тенденция искать причины неадекватного функционирования индивида в опыте, накопленном ребенком при установлении его первых связей с матерью, прослеживается в работах многих исследователей.

Одной из теорий, сформировавшихся в рамках этого научного направления, является теория Cuttu (1961). Как и Klein причину поведенческих расстройств он видит в конфликте между потребностью в любви и тем, как на нее отвечает окружение. Нормальное развитие возможно благодаря переходу от первоначального чувства любви, направленного только на мать, к чувству симпатии ко всем людям, включая мать. Если мать плохо выполняет свои функции или не умеет вовремя от них отказаться, у ребенка начинают формироваться тревожные отношения с другими людьми или же, если его связь с матерью становится чересчур сильной, у него формируется инфантильный характер. В обоих случаях отмечается регресс поведенческих реакций, формы которого зависят от типа отношений между матерью и ребенком.

Так, например, если ребенок убежден в том, что мать всегда добра к нему, то проявление нелюбви с ее стороны приводит к возникновению у него чувства неполноценности, уверенности, что он «сам плохой», он теряет доверие к ней, реагирует появлением чувства тревоги. Если потребность в любви у него сильна, а дать однозначную оценку матери он не может, ребенок старается или «заставить» ее любить его, или пытается «отыграться» за недостаток любви. Кроме того, если мать опекает ребенка чрезмерно, неадекватно его возрасту, то он прибегает к поведенческим актам с элементами истерии.

Подобным образом рассматривается проблема поведенческих расстройств у детей и представителями швейцарской психоаналитической школы. Так, Walder (1968) полагает, что доминирование матери и изоляция приводят к тому, что ребенок не может выйти за пределы своего внутреннего мира. Внешний мир оказывает ему сильное противодействие. Столкновение с реальностью, происходящее раньше или позже, приводит к возникновению тревоги.

Walder описывает основные клинические синдромы межличностных нарушений в семье, рассматривая тревогу, отмечаемую у ребенка, как неотъемлемый компонент этих нарушений, появление общей деформации семейной жизни.

Rank (1924) как уже указывалось, видит причину возникновения тревоги в травме рождения. Ситуация рождения с неотъемлемым физиологическим и психическим шоком вызывает первичную тревогу. Эта тревога органически присуща индивиду и заявляет о себе во всех ситуациях, чем-то сходных с ситуацией рождения, и прежде всего – в ситуациях, содержащих элемент отделения. Поэтому особенно сильной тревога становится при отлучении от груди матери. Стремление к повторному единению с матерью бывает очень сильным и сохраняется всю жизнь.

Таким образом, по утверждению Rank, все расстройства невротического типа всегда имеют одну и ту же основу, а именно, – тревогу отделения, связанную с травмой, перенесенной при рождении. Эта тревога приводит к тому, что ребенок не чувствует себя в безопасности, оказывается предрасположенным к тому, чтобы быть зависимым, неуверенным в себе самом и правильности своих решений, неспособным проявить свои положительные качества.

В работе Хорни (1993) по данной проблеме устанавливается связь между «базисной тревогой» и «базисной враждебностью», возникающими в отношениях ребенка с родителями. Тревога считается базисной по двум причинам:

- она развивается на раннем этапе жизни субъекта;
- она порождает «невротические тенденции» (или защиты), от которых зависит

безопасность человека.

Любая угроза действию невротических тенденций, а также конфликт между ними, который нарушает психическое равновесие, продуцирует тревогу. Угроза воспринимается как потенциальная опасность разрушения основных структур личности потому, что только подчиняясь и следуя своим невротическим тенденциям, личность ощущает себя в безопасности.

Среди внутренних факторов, воспринимаемых как угроза, первое место занимает враждебность, но не потому, что враждебность как таковая вызывает тревогу, а потому, что ее проявление может содержать опасность для жизненно важных ценностей субъекта из-за возможной ответной реакции.

Базисная тревога, согласно Хорни, есть целиком и полностью результат нарушения отношений с родителями (или другими значимыми людьми). Для здорового личностного развития ребенка необходима любовь, понимание и поддержка в его стремлении к индивидуализации. Тревога – это результат конфликта тенденций или потребностей. Типичный конфликт, приводящий к тревоге, – конфликт между зависимостью от родителей, усугубляемый у ребенка ощущением, что его пытаются изолировать и запугать, и враждебными импульсами по отношению к родителям.

Враждебность может быть вызвана у ребенка различными причинами: «... предпочтение других детей, несправедливые упреки, непредсказуемые колебания между чрезмерной снисходительностью и презрительным отвержением, невыполненные обещания и, отнюдь не самое маловажное, такое отношение к потребностям ребенка, которое проходит через все градации – от временной невнимательности до постоянного вмешательства и ущемления самых насущных и законных желаний» (с. 64).

В этих случаях у ребенка развивается «чувство собственной незначительности, беспомощности, покинутости, подверженности опасности, нахождения в мире, который открыт обидам, обману, нападкам, оскорблениям, предательству, зависти» (с.74). Окружающая действительность порождает страх. Поскольку ребенок «лишается уверенности в своей нужности, ценности для других ...», он «... будет более ранимым и обидчивым, чем другие, и менее способным к самозащите» (с.71).

Ребенок воспринимает действительность как угрозу своему развитию, своим законным желаниям и устремлениям. Он чувствует, что его могут лишить индивидуальности. Он беспомощен и должен подавлять свою враждебность из-за страха, что его бросят или подвергнут какому-либо наказанию. Эта незащищенность в совокупности со страхом возмездия, который остается несмотря на вытеснение, является одной из причин базисного чувства беспомощности во враждебном мире. Желая освободиться от тревоги, ребенок развивает определенные личностные тенденции, которые приобретают импульсивный характер из-за их обусловленности тревогой. Назначение этих тенденций – безопасность.

Таким образом, мы располагаем достаточно ясной картиной интерперсонального варианта объяснения происхождения тревоги.

Нам бы хотелось обратить внимание на употребление Хорни исключительно слова «родители». Вообще, слова типа «родственники», «друзья» обозначают группу людей, но ведь ребенок устанавливает отношения не с группой как целым, а с каждым человеком в отдельности.

Что касается Хорни, то она игнорирует материнские разрушительные импульсы, которые порождают описываемые ею неблагоприятные ситуации. Поэтому ее так называемая «базисная тревога» на самом деле является невротическим воспроизведением того раннего этапа онтогенеза, когда и возникли страхи, отношения, враждебные реакции, порожденные действительно базисной ситуацией, и потом продолжали поддерживаться постоянным чувством угрозы, исходящей от матери. Отец становится участником борьбы как продолжение материнской угрозы, как союзник ребенка или в качестве того и другого одновременно.

Эта же критика может быть адресована и другим концепциям, рассматривающими

генезис тревоги из отношений с «родителями». Для Mowrer (1950) предпосылкой тревоги является «социальная дилемма», возникающая на раннем этапе отношений с родителями. С одной стороны, ребенок зависит от родителей, с другой – он испытывает страх перед ними и уйти от этой дилеммы, а следовательно, от тревоги он не может.

Механизм вытеснения срабатывает в связи с возникновением реальных страхов – как правило, страха наказания и страха потерять любовь. Это и порождает невротическую тревогу, а также замещающие симптомы как средство ее разрешения.

Фромм (1994) считает, что тревога есть следствие эмоциональных связей со «значимыми людьми», окружающими ребенка на раннем этапе. Фиксация на этих ранних моделях интерперсонального контакта делает людей психологически беспомощными и плохо адаптируемыми. Тревога похожа на состояние, в котором человек теряет контроль над собой.

Blau и Hulse (1956) рассматривают детскую тревогу как спровоцированную реакцию, обусловленную семейной атмосферой, в которой преобладают отношения отвержения и враждебности. Делая акцент на межличностных отношениях, эти теории происхождения тревоги размыывают системообразующий принцип примата материнского влияния.

В теории Sullivan (1948) на первый план выходит мать, но угроза, вызывающая тревогу, сводится лишь к наличию тревоги в самой матери и позднее к страху неодобрения. Если сигналы ребенка матери о желании снять напряжение встречают понимание, у ребенка возникает ощущение эйфории и безопасности. Если же эти сигналы вызывают у матери напряжение, у ребенка развивается тревога. Совсем маленькие дети похожим образом реагируют в случаях, когда проявляют тревогу, злость и т. п. Чтобы объяснить это своего рода эмоциональное «заражение», Sullivan ввел понятие «эмпатии» как вида контакта.

Вопрос заключается в следующем: является ли тревога ничем иным, как заражением материнским аффектом? Объяснение Sullivan можно считать правомерным только в том случае, если предположить, что ребенок «произрастает» из «материнского беспокойства», что его потребности не удовлетворяются и, соответственно, само существование подвергается опасности. Позднее ребенок начинает осознавать родительскую оценку, и его Я-концепция начинает формироваться на основе получаемых одобрений и порицаний. Те импульсы, которые генерируют тревогу у родителей, являются косвенной причиной тревоги и у ребенка, поскольку последнему свойственен страх перед неодобрением. Такие импульсы персонифицируются ребенком как «Я-плохой», импульсы же принятия его родителями персонифицируются как «Я-хороший». Когда же действие ребенка или даже само его существование встречает суровое неодобрение, ребенок испытывает разрушительную тревогу. Sullivan достаточно ясно показывает, что именно во взаимоотношениях с матерью у ребенка развивается страх осуждения, который порождает тревогу и лишает чувства безопасности.

Однако есть довольно заметное несоответствие между предлагаемыми Sullivan механизмами и характером детской тревоги. Нам представляется, что судя по характеру состояний ужаса и паники, которые наблюдаются у человека позднее, кстати, их описание есть и у Sullivan, есть основание считать, что механизм тревоги имеет более адекватный характер. Он считал, что ужас – это тревога космического уровня, а паника означает высокую концентрацию внимания и всех сил на одной цели – бегстве, стремлении быстро уйти от опасности, о которой субъект не имеет ясного представления. Если же принять, что ужас и паника – формы тревоги, то становится понятным, что детская тревога – это реакция на нечто большее, чем материнская обеспокоенность или неодобрение.

Почти во всех концепциях механизма тревоги угроза рассматривается как фактор, стимулирующий реакцию тревоги. Угроза обычно либо присутствует реально, либо явно подразумевается. По мнению Кьеркегора (1993), угроза – неотъемлемый элемент процесса актуализации возможностей или становления личности. Для Ранка угроза неотделима от независимости из-за «страха смерти». Для Юнга (1997, 1991) угроза – это возможность вторжения в сознание индивида иррациональных сил коллективного бессознательного.

Мы находим большие противоречия у Goldstein (1957) в его анализе тревоги. Для него тревога – это субъективное состояние организма в «состоянии катастрофы». Это состояние возникает, когда личность ощущает угрозу своим основополагающим жизненным ценностям. Только угроза жизни, а не боль или другая ситуация опасности способны породить тревогу. В состоянии тревоги субъект испытывает ощущение «распада личности». У него «все, что препятствует самореализации, приводит организм к дезорганизации и катастрофе, субъективно ощущаемых им как тревога» (с. 105).

Ведя речь о детской тревоге, следует заметить, что ребенок часто сталкивается с проблемами, с которыми не может справиться. Поскольку тревога является выражением настоящего состояния субъекта, она никоим образом не связана с какими-либо состояниями в прошлом, в которых также возникала тревога.

Goldstein связывает тревогу с опытом прошлых лет. В результате родов разрывается изначальное органическое целое, которое образуют ребенок и мать, и «катастрофические состояния, тревога, нарушения нормального развития могут последовать, если связь не восстанавливается» (с. 109). Возможность образования нового единства зависит от внешних условий, в особенности от поведения матери. Необходимо не только адекватно удовлетворить потребности ребенка, но и что более важно – восстановить связь между ребенком и матерью, «иначе возможны катастрофические состояния, вынести которые у ребенка не хватает сил» (с. 110).

Теории происхождения тревоги, как правило, постулируют фактор дефицитарности: отсутствие матери, неправильный уход за ребенком, неспособность «восстановить изначальное целое».

Vazowitz и др. (1955) утверждают, что в основе тревоги лежит прошлый опыт субъекта, связанный с недостаточным удовлетворением потребностей, недостаточным уходом или кормлением в детском возрасте.

Bowlby (1960) считает, что если в момент активации систем инстинктивного реагирования матери не оказывается рядом, ребенок испытывает тревогу. Он также полагает, что при условиях теплых, близких, стабильных взаимоотношений между ребенком и матерью тревога не может развиваться до уровня патологии и что многие состояния тревоги прямо или косвенно связаны с депривацией.

Другие исследователи, однако, не находят какой-либо корреляции между тревогой и «материнской депривацией». Напротив, одной из отличительных особенностей человека, испытывающего дефицит материнского участия в той или иной форме в детстве, является отсутствие тревоги.

Bender (1950) также свидетельствует, что у детей, воспитывающихся в детских учреждениях, отсутствует напряжение и реакция тревоги. (Тревога отделения – это, разумеется, совсем другое дело. Она является следствием враждебно зависимых отношений между матерью и ребенком).

Cattell и Scheier (1961) сомневаются, что фрустрация или депривация сама по себе может вызвать тревогу. Они пишут, «что эксперименты над животными и самоанализ человека не дали четких эмпирических доказательств того, что депривация и чрезмерное, не удовлетворяемое внутреннее напряжение непосредственно провоцируют страх» (с. 396).

Они полагают, что на уровне понятий связи могут возникать при выстраивании следующей последовательности: депривация фиксируется на реальном или воображаемом препятствии, затем переходит в злость и агрессию, которые заканчиваются тяжелым наказанием. Очевидная универсальность этого представления для всех культур и народностей может служить достаточным основанием для того, чтобы считать субъективно ощущаемую депривацию опасным сигналом возникновения тревоги. Таким образом, тревогу вызывает не депривация, а угроза наказания, которое может последовать за агрессией, направленной на источник фрустрации.

В обычной ситуации ухода за ребенком трудно отделить депривацию в чистом виде от враждебного материнского отношения. У ребенка может развиваться тревога не потому, что



он проявляет агрессию или хочет проявить агрессию в отношении своей матери, как источника фрустрации, а потому, что он убежден, что мать намеренно отказывает ему в удовлетворении его потребностей, движимая чувством враждебности. Тогда тревога – это реакция на материнскую враждебность, на вызванный ею гнев из-за опасности возмездия. Если в отношениях с матерью ребенок ощущает безопасность, он переносит и депривацию, и определенную степень неодобрения без повышения уровня тревоги; у него не возникает мрачных предчувствий, связанных с отделением или страхом потерять любовь матери или ее принятие.

Некоторые авторы особо отмечают возможность получения травмы в раннем возрасте, не указывая при этом на мать как на ее источник. Grinker (1956) утверждает, что понятие стимула тревоги должно рассматриваться в свете внутренних ожиданий ребенка, уходящих корнями в ранний период его беспомощности, когда он ощущал опасность как для его отдельных защитных функций, так и для жизни в целом. По этой причине переживание тревоги включает в себя интенсивный страх и предчувствие угрозы, представление о которой слабо структурировано на интеллектуальном уровне.

Stern (1951) определяет тревогу как предвосхищающее воспроизведение травматических ситуаций, имевших место в раннем детстве.

Bieber (1960) считает, что причинение вреда является главной причиной в психопатологии. Как только у субъекта возникает ощущение, что ему причиняют вред или могут причинить вред, его защитные реакции автоматически приводятся в действие. Одна из этих реакций – тревога, и ее интенсивность отражает представление о степени угрозы.

Мать, как источник причинения вреда и возникновения тревоги, упоминается в психологической литературе в двух принципиальных положениях.

Garre (1962) отмечает, что степень материнского неприятия ребенка и желания избавиться от него определяется интенсивностью ее представления о нем, как об обузе. Ребенка охватывает чувство, что его жизни угрожает опасность; а именно это чувство образует базисную тревогу. У него возникает страх не только перед тем, что мать не защитит его от опасности или откажется от него, но что она сама уничтожит его.

Flescher (1955) считает, что даже на стадии утробного развития плода отрицательно сказывается материнское отвержение и враждебность. Интуиция ребенка позволяет ему улавливать агрессивные импульсы, которые вызывают в нем страх. На эту угрозу он должен был бы отвечать контрагрессией, но страх блокирует его враждебные импульсы.

Эти несколько теорий тревоги, изложенные обзорно, не претендуют на детальный анализ проблемы, но позволяют сделать вывод о том, что представленные теории содержат слишком разные точки зрения, чтобы их можно было бы объединить в единое целое. Мы предлагаем собственную точку зрения, подкрепленную настолько это возможно положениями других концепций.

Фрейд внес огромный вклад в решение проблемы тревоги – это реакция на ситуацию опасности. Ситуации опасности, имеющие место в пренатальный период и в момент родов, создают потенциал тревоги (закладывается физиологическая сензитивность). В младенческий период факторы угрозы, внешние и внутренние, могут способствовать усилению предрасположенности к тревоге, но в это время тревога уже приобретает определенные формы. Существует ли связь между детской тревогой и тревогой, возникающей на более поздних этапах жизни? Многие исследователи данной проблемы считают, что ранняя тревога является прообразом дальнейших реакций тревоги. Это означает не просто воспроизведение первоначальной модели реагирования, а активацию изначальной предрасположенности. Факторов, вызывающих тревогу, бесконечно много, угроза же сохраняет свою первоначальную сущность. В таком случае справедливо предположить, что тревога имеет некий единый источник. Этот источник имеет две составляющие – ситуацию опасности и ее представительство в сознании.

Но ребенок не способен определить объект, он чувствует опасность и реагирует организмически, при этом и его восприятие, и реакции представляют собой скорее

биологические, чем психологические процессы. Характерное для его состояния тревоги напряжение имеет недифференцированный характер. Детские представления – это страх и тревога или генерализованные проявления инстинкта самосохранения – психического явления, отличного от тревоги. Позднее состояние тревоги – это страх, но не перед настоящей угрозой, а перед хранящейся в памяти ситуацией реальной опасности, имевшей место в детстве. Поскольку эта ситуация не была опредмечена, создается впечатление, что тревога не имеет объекта, являясь беспредметной.

Инфантильный характер происхождения тревоги объясняет источник чувства беспомощности, свойственного аффекту тревоги. Дальнейшее рассмотрение вопроса о том, «что именно подвергается угрозе», показывает, что это не только физическая целостность субъекта, но и такие психологические факторы, как Эго, стремление к свободе, к самореализации. Существование ценностей человека делает понятным, почему тревога возникает рефлексивно, позднее же она приобретает функцию упреждения (сигнала) и позволяет мобилизовать Эго-ресурсы для предотвращения опасности.

Тревога также возникает в случае ослабления механизмов защиты или при устранении невротического симптома. В связи с этим возникает предположение о существовании тревоги в латентной форме, так как если она является аффектом, то «бессознательная» или «свободно плавающая» тревога может считаться потенциальным образованием или некой «предрасположенностью».

Страх является адекватной реакцией в ситуации очевидной сиюминутной опасности, а неадекватная реакция в этом случае обуславливает возникновение тревоги.

Поскольку человек не знает действительного источника тревоги, то фиксация страхов и наполнение соответствующим содержанием многочисленных объектов представляет собой попытку человека определить, чего он боится, и научиться управлять ситуацией. Потребность в безопасности, означающая стремление избежать состояния беспомощности при столкновении с опасностью, усиливают эту тенденцию к конкретизации тревоги. Совершенно очевидно, что невозможно провести четкую границу между страхом и тревогой.

Когда мы считаем, что вытесняем тревогу, на самом деле мы вытесняем представление об угрозе, то есть о том, что угрожает.

Представление о матери как об источнике опасности – вот что не допускается в сознание. Нам представляется, во-первых, что ребенок витально зависим от своей матери и верит в ее поддержку. Мысль о том, что человек, давший жизнь, враждебно агрессивен – невыносима; само существование подобной предрасположенности в психике матери ведет к отрицанию не только ребенка как ценности, но и его права на существование. У всех нас мысль о материнской враждебности вызывает ощущение чего-то противоестественного. Даже когда человек осуждает свою мать, он не расстается со своей верой в ее доброе отношение к нему. Поскольку материнская враждебность сосуществует с искренней материнской заботой, ребенок испытывает замешательство и чувство вины перед своими мыслями.

Согласно Mowrer (1950), отрицание этой вины может само по себе стать источником тревоги. Во-вторых, само осознание материнских разрушительных импульсов очень опасно, поскольку это означало бы актуализацию угрозы.

Многие дети на собственном опыте убеждаются, что ничто так не вызывает у матери гнев, как подозрение в том, что ребенок осознает ее недостаточно сильные материнские чувства к нему. В одних теориях (Sullivan, Fetscher, Garre) содержится прямое указание на мать как источник опасности, в других (Horney, Mowrer, Fromm) – косвенное, когда автор упоминает «родителей» или «значимых других».

Можно предположить, что детская изначальная тревога перед опасностью враждебного отношения матери может быть предпосылкой базисной тревоги, а также может являться прообразом и сущностью более поздних реакций тревоги.

## **Психологические основания концепции тревоги**

Обсуждение роли тревоги в поведенческих и личностных расстройствах у детей мы начнем с представления различных концепций, объясняющих факт появления неблагоприятных изменений в поведении человека.

Довольно подробное рассмотрение различных психопсихологических концепций тревоги обусловлено стремлением проанализировать эту сложную проблему, так как только характеристика возрастных особенностей поведенческих расстройств не может заменить знаний о причинах и механизмах этих расстройств.

Одной из первых теорий личности как таковой и нарушений ее функционирования, называемых психоневрозами, является теория Janet (1910). По его мнению, психоневрозы обуславливаются недостатком психической силы, необходимой для функционирования. Этот недостаток может быть детерминирован соматическим заболеванием, травмирующими переживаниями или деструктивными психическими навыками, среди которых в первую очередь следует упомянуть неуверенность в себе, углубляющуюся отказом от совершения усилий.

По Pearson (1969), каждый человек действует на разных уровнях, требующих неодинакового напряжения душевных сил. Активность, сочетающаяся с высоким напряжением, – это прежде всего активность, требующая хорошего контакта с окружающей действительностью и умственного синтеза. Когда какое-то действие оказывается невозможным, энергия, предназначенная для его выполнения, разряжается на более низком уровне. Эта разрядка приобретает форму биполярного невроза или истерии – психастении с характерной для низшего уровня избирательностью поступков. Поведение истерика демонстративно, он податлив по отношению к внушению, склонен к бегству и болезни. Невротик погружается в беспочвенные мечтания, постоянно чувствует себя утомленным, изолированным от других людей. Интроверт подвержен приступам самоуничтожения, жаждет любви, неустойчив, неприспособлен. Во всех этих случаях мы имеем дело с регрессом, возвратом с наиболее высокого уровня социальных действий, согласующихся с рациональными соображениями и опытом, на уровень действий импульсивных, совершаемых под влиянием внушения. Состояние тревоги – это следствие неверия в себя, предвосхищения неудач и появление тенденции к бегству. Таким образом, болезни, психические травмы и обладающее деструктивным действием неверие в себя являются основной причиной недостатка психической силы, возврата на низлежащий уровень функционирования, вследствие чего механизмы поведения разлаживаются.

Радикальное изменение представлений о сущности нарушения в функционировании личности связано с именем Фрейда (1986). В первую очередь здесь следует упомянуть об открытии им подсознательного механизма психики, явлений подавления тревоги и защитных механизмов, обеспечивающих ее ослабление, о его теории конфликта сил, действующих в человеке, с требованиями окружения. По мнению Фрейда, в человеке есть мощные силы инстинктивных влечений (Ид), главным образом, сексуального влечения, находящие выражение во внешнем поведении и проникающие в сферу сознания.

Социальные условия, нормы, обычаи исключают свободное выражение инстинктов. Поэтому возникновение влечений всегда сочетается с проявлением тревоги, ощущаемой как неспецифическое состояние неприятного напряжения.

Невротически измененное поведение – это выражение неудачи, постигшей Эго. Такая неудача обуславливает импульсивное выражение эмоций, повышения уровня тревожности и приведение в действие защитных механизмов, призванных служить устранению напряжения. То, как ослабляется тревога, определяет форму невроза. Большинство проявлений невроза – это свидетельства тенденций вытесненных из сознания импульсов к возвращению в него, симптомы функционирования защитных механизмов и психического истощения вследствие конфликта между Ид и Эго.

Jung (1960) также ищет причины отклонений от нормы в конфликтах, скрытых в подсознании больного. Однако это бессознательное определяется не примитивными

инстинктами, а, напротив, является средоточием мудрости, местом глубокого проникновения в действительность, в историю всего человечества, в кладовую его богатейшего опыта. Каждый индивид, не зная этого, причастен к истории мира в целом, представляет собой человечество, живет, будучи погруженным в коллективное бессознательное, которое обеспечивает непрерывность истории и принципиальное единство различных культурных групп.

Люди страдают и болеют в тех случаях, когда отдельные компоненты их личности оказываются неуравновешенными, не соответствуют друг другу, не интегрированы. Непрекращающийся конфликт различных элементов личности – вот истинная первопричина любого расстройства. Не умея ликвидировать этот конфликт, разучившись пользоваться интуицией, индивид лишает себя возможности пользоваться богатством группового опыта, содержащегося в коллективном бессознательном, верованиях, мифах, фольклоре и даже в магических обрядах – другими словами, в наиболее первичных символах, то есть архетипах.

Adler (1928) причины поведенческих расстройств усматривает не только в подавлении, фиксации или регрессии либидо, сколько в факте существования определенного психического конфликта (конфликта потребности в могуществе с впечатлениями собственной неполноценности по сравнению с окружением) и неумении разрешить его надлежащим образом.

Обусловленное фактическим положением ребенка по отношению к взрослым чувство неполноценности сопутствует индивиду всю жизнь. На каждом этапе развития его упрочению сопутствует социальный или профессиональный статус, уровень образования или внешний вид и т. п. Кроме того, это чувство всегда переживается по-настоящему, и именно оно лежит в основе стремления к могуществу и потребности в компенсации. Поведенческие расстройства социопатического или невротического характера являются следствием использования неадекватных способов разрешения конфликта.

Суть невроза заключается в мнимом повышении уровня собственной значимости; возникает он у индивидов, которым недостаточно смелости для компенсации своей неполноценности. Обычно невроз приобретает форму бегства в болезнь или составления нереальных жизненных планов.

Положения классического фрейдизма были развиты рядом исследователей. Эриксон (1996), ссылаясь на каноны ортодоксального психоанализа, описал личностные расстройства как эффект фиксации либидо на определенной сфере или же на определенном способе функционирования.

Фиксация на определенном способе функционирования, представляющем собой распространение сферы деятельности организма на социальные реакции, может приводить к закреплению следующих форм поведения:

- воплощающей, предполагающей взятие и получение;
- задерживающей, направленной на сохранение внутреннего содержания;
- элиминирующей, предполагающей отвержение;
- исследующей, предполагающей углубление во внешний мир, несмотря на его сопротивление.

Фиксация поведенческих реакций с преобладанием одного из перечисленных выше процессов обычно является следствием получения ребенком психической травмы. Такая фиксация обуславливает не только характерологические различия, но и трудности в воспитании данного индивида.

На каждом этапе развития возможно возникновение нарушений определенного типа. От реализации этой возможности зависит нормальное или патологическое состояние тех или иных компонентов личности. Для первого периода детства характерны нарушения установки на «автономность»; второе детство – период, когда возникают расстройства типа отсутствия доверия; третье детство – период возникновения расстройств проявления инициативы. Школьный возраст дает ответ на вопрос о правильности или неправильности формирования таких черт, как изобретательность или некомпетентность. Пубертатный период чреват

опасностью нарушений, затрагивающих чувство собственной личностной идентичности; зрелость определяет творческий потенциал, находящий выражение в труде, тогда как зрелый возраст – период формирования и проявления способности к принятию жизни как таковой и внутренней интеграции.

Klein (1948), также развивающая основные положения фрейдизма, видит сущность генезиса поведенческих расстройств в ином. По ее мнению, многие трудности, с которыми приходится сталкиваться в процессе воспитания, или нежелательные поведенческие реакции могут расцениваться как признаки неугасимого конфликта противоположных тенденций.

Реальность человека носит глубоко конфликтный характер с момента его рождения. Уже ребенок, которому всего несколько дней, обнаруживает способность испытывать страх, приводить в действие защитные механизмы и устанавливать связи катектического типа. Основной катектический объект – мать; он включает в себя как хорошие, так и плохие с точки зрения потребности ребенка элементы. Стремление к идентификации с «хорошим» объектом и его удержанию при себе, а также уничтожение «плохого» объекта вызывает амбивалентное отношение к одному и тому же индивиду. Борьба двух тенденций – любви и стремления уничтожить – вот содержание основного конфликта, переживаемого индивидом.

Тревога – это не реакция на возвращение вытесненного содержания, а эффект пробуждения агрессивных, деструктивных тенденций. Они-то и являются истинной причиной нежелательных поступков ребенка и его страдания. Ребенок, любя мать, уничтожает ее, переживает ее утрату и испытывает чувство вины. Идентифицируясь с ней, он вместе с тем чувствует себя подвергшимся разрушению. Стремясь исправить причиненное зло, он становится на путь сублимации. Однако этот конфликт сохраняется. Для сохранения психического здоровья необходимо выражение данного конфликта, хотя бы символическое. Отсутствие такой возможности приводит к серьезным нарушениям. Расстройство возникает в том случае, когда поведение матери исключает возможность познания ребенком любви в большей мере, чем ему необходимо.

Отношения между матерью и ребенком изучал и Bowlby (1951), который усматривал в нарушениях этих отношений основную причину неправильного развития личности. Он сформулировал положение, гласящее, что если ребенок оказывается в детстве лишенным материнской заботы, то это приводит к необратимым последствиям. Bowlby подробно описал страх быть отлученным от матери и стадии его развития на протяжении первых четырех лет жизни. В привязанности, ласке, добром слове и утешении ребенок нуждается больше, чем в пище. Любое отлучение от матери он воспринимает как угрозу ему самому. Эта угроза воспринимается так же живо и чревата столь же серьезными и не заставляющими себя ждать последствиями, как недоедание. Попытка преодоления этого состояния представляет собой сублимацию, заключающуюся в замене целого частью. Она может проявляться, например, в упорном сосании ребенком своего пальца, тем более интенсивном, чем неустойчивее отношения между ним и матерью.

Неправильное освобождение от тесной зависимости от матери и эмоциональной связи с ней ведет к возникновению сильной тревоги и «деформации» поведения по отношению ко всем людям. Страх, зафиксировавшийся в ситуации разлучения, позже проявляется в ненависти, оказывающей возмущающее влияние на отношения индивида с окружением.

Аналогичным образом трактуется генезис личностных расстройств в психоаналитической теории Spiering (1949) и работах ее последователей. Причины поведенческих расстройств у детей, а следовательно, и у взрослых кроются в аномалиях первичных отношений между матерью и ребенком. При этом особенно важную роль играет поведение матери, обусловленное ее личными проблемами, чертами личности или отношением к ребенку. Исключительно сильное неблагоприятное влияние на развитие ребенка оказывает состояние возбуждения матери, ее чрезмерная доминантность, непонимание ею потребностей ребенка, неспособность любить его и полностью посвятить себя ему. Действие этих факторов делает невозможным возникновение различных предпосылок положительного характера, необходимых для формирования чувства доверия к

другим людям и уверенности в собственных силах. Нарушение таких предпосылок исключает признание реальными впечатлений, полученных при столкновении с окружающей действительностью.

Внутреннее беспокойство затрудняет обращение ребенка к внешнему миру, являющееся необходимым условием развития. Этим объясняется сложность нахождения самого себя, разграничения того, что является внешним, а что – внутренним, интеграции личностных структур и установления связей с окружением. Недостаток доверия делает невозможным перенесение напряжения. Процесс воспитания затормаживается. «Я» не может выделиться из внешнего фона, найти для себя место в реальном мире, познать присущие ему характеристики. В силу этого «Я» остается «разлитым», не учитывает какие-либо законы внешней среды, не способно определить внешние пределы. Столкновение с действительностью, которому ребенок любящей матерью подготовлен не был, вызывает у него резкий протест, тревогу, противодействие или отрицание мира.

Доминирование матери обуславливает явления другого рода. Мать постоянно посягает на внутренний мир ребенка, лишая его этого мира. Возможности самостоятельного развития у ребенка невелики. Внешний мир оказывает ему сильное противодействие, заставляя выйти за пределы мира внутреннего. Потребности и желания самого ребенка отходят на задний план, он даже не знает их, поскольку они как бы заслонены потребностями и желаниями других людей. В такой ситуации ребенок вынужден напрягать свои силы. Чем меньше их у него, тем в большей степени он оказывается зависим от тех, кто посильнее, пока, наконец, эта зависимость не становится полной. Формируется личность, в которой нет ничего личного, спонтанного, которая весьма подвержена влияниям внешнего мира и определяется его требованиями. Поведение детерминируется окружением и не связано с внутренней жизнью индивида.

Столкновение с реальностью, происходящее раньше или позже, часто чревато нарушениями адаптации. Такие дети инфантильны, капризны, запущены в моральном отношении. Любое препятствие представляется им личной обидой, несправедливостью. Они не способны правильно оценить ни межличностные отношения, ни качества отдельных людей, не знакомы с чувством уважения, ответственности, вины. Нередко это маленькие тираны, всегда сваливающие вину на других. Причиной данного расстройства является личностная незрелость матери, неверие в свои силы, а также отсутствие педагогических знаний.

Неврозы могут возникать не только после прохождения стадии депрессивного положения, когда внутренние и внешние структуры ребенка становятся более интегрированными, а сам он обретает способность познания мира. Изменяющаяся внешняя ситуация, необходимость вести себя по-разному по отношению к разным людям и при выполнении разных заданий означает резкое повышение требований к качеству психического функционирования. Неразрешенность определенных конфликтов в силу амбивалентности чувств приводит к проявлению чувства вины, представляющего собой угрозу целостности «Я». В движение приводятся механизмы защиты единства, оказавшегося в опасности. Со временем подавление, на которое расходуется много энергии, приводит к изменению личности в целом. Контакты с действительностью становятся более однообразными, неприятное чувство собственной неполноценности, вины, тревоги, не связанной с конкретным объектом, закрепляется. Смена обстановки уже не может обеспечить реорганизацию личности.

Работы последователей Sperling положили начало трактовке поведенческих и личностных расстройств у детей как симптомов семейной патологии. Так, Akkerman (1966) описал основные клинические синдромы межличностных нарушений в семье, рассматривая отклонения, отмечаемые у ребенка, как неотъемлемый компонент этих нарушений, проявление общей деформации семейной жизни.

Аналогичным образом трактовалась эта проблема в рамках так называемого культурного психоанализа и социальной психиатрии. При этом они исходили из фактов

существования специфических семейных групп (шизофреников и социопатов), а также своеобразного равновесия в семьях, в которых ребенок либо болен, либо пользуется положением всеобщего любимчика. Высказывается соображение, что моральные отношения в семье – это фактор, оказывающий на эмоциональную жизнь ребенка патогенное влияние, ставшее в результате этого аномальным, в свою очередь обеспечивает изменение жизни всей семьи. Симптомы расстройств, отмечаемые у ребенка, позволяют понять, что неладно в семье. В основе обеих форм патологии лежит механизм обратных связей, идущих и в ту, и в другую сторону.

Работы Rank, Ferenczi, Reih положили начало новому подходу, известному под названием культурного психоанализа. Rank сформулировал положение, гласящее, что причины всех невротических расстройств кроются в травме рождения; невроз – это естественное следствие и проявление данной травмы. Ситуация рождения с неотъемлемым от нее физиологическим и психологическим шоком вызывает первичный страх. Этот страх органически присущ индивиду, его личности и проходит постепенно, на протяжении жизни. Он заявляет о себе во весь голос во всех ситуациях, чем-то сходных с ситуацией рождения, а прежде всего в ситуациях, содержащих элемент отделения. Поэтому особенно сильным страх становится при отлучении от груди, при попытке отделения от матери в связи с вхождением в социальную среду и т. п. Стремление к повторному единению с матерью бывает очень сильным и сохраняется всю жизнь.

Таким образом, все расстройства невротического типа всегда имеют одну и ту же основу, а именно страх отделения, связанный с травмой, переносимой при рождении. Этот страх приводит к тому, что индивид не чувствует себя в безопасности, оказывается предрасположенным к тому, чтобы подчиняться, быть зависимым, неуверенным в себе самом и правильности своих решений, неспособным проявить свои положительные качества в полной мере и брать на себя ответственность.

Этого же положения придерживается Ferenczi (1949), указывая, что невротики – это люди, которые часто испытывают состояние напряжения и «эмоциональный голод» вследствие того, что они в детстве «недополучили» любви и одобрения.

Reih (1959) выдвинул положение, согласно которому сама личность человека, его характер – не что иное, как проявление расстройств. Способ бытия, осанка, фигура – все это признаки определенного типа защиты, позволяющей индивиду существовать. Они тесно связаны с его прошлым, а также с тем социумом, в котором он существует.

Эти взгляды тесно переплетаются с идеями Хорни, Салливена и Фромма, содержащими убеждение, что причины психических расстройств кроются, прежде всего в социальной среде индивида.

Хорни в монографии «Невротическая личность нашего времени» впервые дает детальную интерпретацию неврозов с точки зрения жизни в данной культурной среде.

По ее мнению, психическое нарушение не должно считаться неизбежным средством функционирования инстинктивных стремлений, будучи эффектом расстройства межличностных отношений, ответом на провокацию со стороны внешней среды. Стремление к могуществу – это не естественное влечение, а один из многих возможных защитных механизмов. В развитии у ребенка невроза огромную роль играет среда и в первую очередь – воспитание и определенные культурные влияния. Отчасти в проявлении невроза повинен и сам больной, извлекающий из факта своего заболевания определенную пользу.

Невротические расстройства – это образцы поведенческих актов межличностного характера, сформировавшиеся на основе того, что происходит в семье. Уже на первом году жизни у ребенка могут произойти события, которые обусловят нежелательное направление его развития. К таким событиям относятся, главным образом, аномалии в интеракциях членов семьи и в первую очередь – отрицательное отношение к ребенку, порождающее в нем тревогу или неприятие родителей с последующим формированием враждебности. Аналогичное деструктивное влияние оказывают непоследовательность в воспитании и попустительство. Ошибки такого рода приводят к образованию нежелательных – с

педагогической точки зрения – эмоциональных диспозиций, оказывающихся дальнейшей причиной возникновения перед ребенком ряда трудностей, количество которых увеличивается в соответствии с механизмом действий «порочного круга». Возникает конфликт противоположных тенденций: «к» другим людям и «от» них; ребенок начинает сомневаться в том, что его любят, у него появляется так называемая первичная тревога. Далее происходит формирование невротических состояний, индивид становится замкнутым, агрессивным. Приводятся в действие защитные механизмы, представляющие собой определенные способы преодоления трудностей и вместе с тем оказывающиеся причиной появления новых трудностей.

Индивид страдает от того, что с ним приключилось, но и потому, что противодействуя опасным влияниям, он ставит перед собой «невротические» цели:

- нахождение «истинных» ценностей, которые только кажутся индивиду таковыми, как, например, идеализированный образ самого себя;
- овладение ценностями противоположного характера, что приводит к внутреннему конфликту.

Все это способствует усилению тревоги, которая наряду с поведенческими реакциями защитного характера, ослабляющими ее, является основным проявлением произошедших с личностью невротических изменений. Обычно поведенческие реакции этого рода представлены подчиненностью, лживостью, агрессией, бегством в болезнь и т. п. и генерализуются по отношению к большинству представителей социального окружения и ситуации.

Именно чрезмерная генерализация, ригидность и принуждение являются основными симптомами невротичности. В трудах Sullivan и Фромма, опирающихся на положения теории Adler, генезису личностных расстройств уделяется еще большее внимание. Sullivan (1953) охарактеризовал личностные расстройства как нарушение межличностных отношений. Согласно его теории, личность человека является продуктом его воздействия на других людей и их воздействия на него. Ребенок, благодаря своей способности сопереживать, получает представление об установках родителей. Беспокойство, гнев, неодобрение матери приводят к тому, что его самочувствие ухудшается. Следствием этого является утрата чувства принадлежности к группе и принятия другими. Использование различных форм неодобрения, без которого нам трудно представить себе систему воспитания, приводит к усилению страха быть отвергнутым. Ребенок сдерживает социально нежелательные поведенческие реакции. Это «затормаживание» обуславливает рост напряжения, делая еще более выраженной боязнь интеракций. Страх в определенной степени обеспечивает удаление из поля сознания ситуаций, вызвавших его, и приводит к дезорганизации поведения. Поведенческие расстройства возникают как реакции, направленные на ослабление страха и тревоги. Стремление добиться одобрения изменяет личность человека, неоднократно «деформирует» ее, приводя в соответствие с тем, что одобряется.

Многие нарушения являются следствием личностных деформаций, происшедших в раннем детстве. Они возникают в связи с определенными возрастными особенностями, неадекватностью и примитивизмом оценок происходящего. Неспособный воспринимать действительность как совокупность причин и следствий, ребенок осознает лишь некоторые закономерности (например, улавливает последовательность явлений, но не видит в этом причинно-следственной связи). Возведение случайных связей между явлениями в ранг общих законов приводит к особенностям восприятия действительности, неправильной самооценке. Если соответствующие элементы опыта носят отрицательный характер, у ребенка усиливается тревога, чувство утраты безопасности, нарушается процесс общения с другими людьми, дезорганизуется поведение.

По Фромму (1994), личность деформирована у большинства людей. Эта деформация бывает разной по характеру. Он полагает, что единственным конструктивным решением данной проблемы является образование так называемой продуктивной личности, то есть



личности, способной любить и творить, сохранять самое себя и бороться за преобразование действительности. Однако обычно человек находится в состоянии беспочвенных мечтаний, которые облегчают жизнь, отказывается от своей индивидуальной целостности и специфичности, теряет уважение к самому себе, а, следовательно, в дальнейшем – и к другим людям, утрачивает способность любить; это справедливо по отношению к большинству людей.

В духе классических «культурных» теорий выдержана концепция расстройств Роджерса (1994). Она выстроена на положениях так называемой *self-theory*, согласно которой основной из присущих человеку тенденций является стремление к усилению своего «Я».

Изначально каждый индивид может и способен взять на себя ответственность, но для этого ему нужна прежде всего соответствующая атмосфера – атмосфера полного, безоговорочного принятия, которой, как правило, нет. Более того, ему приходится сталкиваться с категоричными суждениями, оценками, ценностями, высказываемыми и навязываемыми другими людьми и противоречащими его собственным суждениям и оценкам. Результатом этого диссонанса является возникновение беспокойства и тревоги, подавление собственных стремлений или искажение реальности, прежде всего самооценки. Человек становится невыносимым, эгоистичным, агрессивным по отношению к окружению. Он не знает себя, не умеет дать себе правильную оценку и управлять собственным развитием. Социальные препятствия тормозят развитие его врожденного регулятивного механизма, обеспечивающего правильную самооценку и самоактуализацию путем непрерывного и конструктивного преобразования самого себя. Реакции индивида часто не согласуются с его фактическим «Я». Чем больше это расхождение, тем более ригидна структура «Я», защищающегося от разрушения.

Своеобразным развитием теории интерперсональных отношений явилась теория представителей калифорнийской школы, в которой поведенческие и личностные расстройства интерпретируются как следствие возникающих в условиях неполноценного общения нарушений межличностных контактов.

Один из представителей этой школы Batson (Цит. по Geller, 1973) описывает личностные расстройства у детей как следствие нарушения обмена информацией в семье. Многоуровневость системы коммуникаций в некоторых ситуациях тормозит нормальный процесс усвоения значений. Речь идет о ситуациях, когда по различным каналам поступает информация, представляющая собой несогласующиеся и даже противоречивые требования и оценки. Поведение ребенка на вербальном уровне оценивается не так, как на прочих уровнях системы коммуникаций. При повторении ситуаций указанного рода поведение ребенка дезорганизуется и он принимает защитную позу, сказывающуюся на последующих интеракциях. Индивид начинает «докапываться» до скрытого смысла человеческих поступков, становится подозрительным или трактует ответы других людей дословно, без учета ситуативного контекста.

По-новому взглянуть на проблему нарушений поведения индивида позволили результаты исследований нейрофизиологов и бихевиористов.

Так, Eysenck (1966), использовавшим положения теории Павлова, была разработана концепция, в которой получило отражение то, что было достигнуто при разработке теории научения и с помощью факторного анализа. Образование неправильных форм поведения зависит не только от ситуации, но и от некоторых индивидуальных свойств, к которым относится нейротизм, психотизм и выраженность экстра- или интроверсии. Нейротизм – это прежде всего так называемая эмоциональность, или лабильность вегетативной нервной системы. Она представляет собой врожденную черту, и от нее, главным образом, и зависит возникновение невроза. В случае высокой эмоциональной реактивности действие даже слабых стимулов может вызвать очень сильную тревогу. Количество впечатлений такого рода и легкость выработки условных реакций определяет степень обусловливания тревоги. Эта способность у экстравертов и интровертов далеко не одинакова. Наиболее тяжело протекают неврозы у невротиков с чертами интроверсии. Из-за легкости выработки

тормозных условных реакций процесс социализации заходит у них слишком далеко. Чрезмерная социализация, связанная с развитием чувства вины и препятствующая проявлению тревоги, обуславливает перенос эмоционального напряжения на вегетативную нервную систему и приводит к возникновению депрессивных эмоциональных состояний. У экстравертов же обычно отмечается определенная недостаточность процесса социализации, следствием чего являются асоциальные и антиобщественные поступки.

Развитие бихевиористских теорий привело к радикальному изменению трактовки поведенческих расстройств у человека. Теории Watson, Mowrer, Skinner обусловили переориентацию исследователей с анализа переживаний индивида на изучение его поведения и связей поведенческих реакций с внешней ситуацией. Было установлено, что поведенческие расстройства являются следствием того, что ребенок испытал: объяснение этих нарушений стало даваться с использованием категорий, характеризующих механизмы научения. Патологические эмоции и аномальные поведенческие акты возникают в результате обуславливания. Многие расстройства представляют собой ответ на действие специфической системы подкрепления, усвоенную форму поведения. Такие навыки формируются не вследствие неудовлетворения потребностей, поскольку само неудовлетворения потребностей обусловлено наличием расстройства, носящего, если можно так выразиться, фундаментальный характер и определяемого как формирование способа снятия тревоги в сложной ситуации.

Теория научения существовала и развивалась в рамках различных научных направлений и творчески использовала то, что было установлено нейробиологами, исследователями, занимающимися проблемами индивидуальных различий, мотивации, фрустрации и психоанализом. В своем крайнем выражении она была связана с утверждением, что специфические законы возникновения расстройств, формирования невротических установок и неадекватных ожиданий как таковые отсутствуют. Все так называемые нарушения являются нормальной реакцией здорового организма на действующие (случайно и специально организованные) системы стимулов и способы подкрепления. Расстройства возникают в соответствии с теми же законами научения, которые обуславливают формирование установок и поведенческих реакций, признаваемых правильными.

Wolp (1969) утверждает, что поведение невротика представляет собой закрепленный навык неадаптивного поведения, приобретенный путем научения физиологически здоровым организмом. Научение этого рода происходит в ситуациях, связанных с возникновением тревоги, а именно в тех ситуациях, когда одновременно действуют и положительные, и отрицательные стимулы и когда их дифференцирование весьма затруднено. В обоих случаях психологическое давление делает бегство невозможным, нормальным ответом на что является расстройство регулятивных механизмов. Невроз возникает одновременно с закреплением неадекватных форм поведения, которые вначале были единственно возможной и правильной реакцией на попадание в слишком сложную ситуацию. Поведение невротика – это усвоение способа снятия тревоги.

Анализ сложных форм человеческого поведения, проводимый со ссылкой на процессы обуславливания, вызывал ряд возражений.

Так, Bandura (1968, 1969) выдвинул положение, согласно которому поведение человека не может быть сведено к условным рефлексам, а основной механизм возникновения расстройств – к обуславливанию. Ведущую роль в научении играет подражание, в особенности подражание сложным формам социального поведения. Именно подражание лежит в основе невротических изменений поведения. Ребенок либо непосредственно усваивает такие невротические образцы поведения родителей, как проявления тревоги, беспокойства, подчиненности, недоброжелательности, недоверия, либо подражает другим людям в совершении поведенческих актов, которые противоречат другим образцам и нормам, оказываются причиной проявления тревоги. Пытаясь ослабить чувство тревоги, ребенок усваивает ряд поведенческих реакций, овладевая, например, навыками агрессивных

действий, а затем учась тому, что агрессивность проявлять нельзя.

Dollard и Miller (1969) предприняли попытку синтеза теории научения и психоаналитической теории, полагая, что это позволит лучше разобраться в сущности личностных расстройств. По мнению этих исследователей, причина неврозов кроется в блокировке потребностей, обусловленной далеко зашедшей социализацией. Невротики – это избыточно социализированные и слишком заторможенные люди. Их первичные влечения заблокированы такими «вторичными влечениями», как тревога, чувство вины и т. п.

В силу самой своей сущности детство предполагает перенесение психических травм и конфликты между инстинктивными влечениями. Ведь в этом возрастном периоде ребенок чрезвычайно беспомощен, а требования, предъявляемые к нему, явно превосходят его возможности. Социальные требования, как правило, идут вразрез с естественными реакциями ребенка. Они непонятны ему и приводят к очень сильным эмоциональным конфликтам, для разрешения которых необходимо их понимание и способность предвидеть, отсутствующие у ребенка по причине недостаточного развития речи и мышления. Ситуация еще более осложняется фактами противоречивости самих требований, непоследовательности их предъявления, строгости родителей и их нежелания давать четкое вербальное определение необходимых понятий. Все это приводит к чрезмерному усилению у ребенка инстинктивных влечений, конфликту противоположно направленных влечений, формированию у него дурных привычек и неправильных ожиданий, ассоциированию многих ситуаций с тревогой и генерализации последней. Особое значение при этом имеет опыт, приобретенный в процессе выработки навыков принятия пищи, ухода за собой (поддержания чистоты).

В ситуациях соответствующего рода ребенок учится определенным реакциям, становится обладателем более или менее твердых убеждений. Так, например, в условиях чрезмерно жесткого контроля со стороны матери во время тренинга чистоты у ребенка, по мнению Dollard и Miller, может сложиться впечатление, что за ним следит недремлющее око. Наказания и разнообразные отрицательные подкрепления, применяемые по отношению к ребенку, могут способствовать формированию у него убеждения, что поскольку неизвестно, правильна ли данная реакция, не следует рисковать и осуществлять ее. Вследствие этого он будет стараться осуществлять как можно меньше движений, сузит спектр своих реакций, перестанет отвечать на стимулы новыми реакциями. Так формируется чрезмерная тревожность, подчиненность, безынициативность.

Проблема потребностей индивида и их блокировки затрагивалась в теории мотивации. Один из ее создателей Murrey (1953), особое значение придает событиям, случившимся в раннем детстве. Отмечающиеся у взрослых людей индивидуальные различия и разнообразные нарушения системы потребностей являются результатом неблагоприятных влияний, которым они подвергались, будучи детьми. Чрезвычайно важно для ребенка то, что он живет со своими родителями. Потребность располагать возможностью опереться на что-то абсолютно надежное и устойчивое является основной для человека. Если такой опоры нет, взрослые люди испытывают тревогу, а маленькие дети чувствуют, что «земля уходит из-под ног». Ребенок полностью зависит от семьи. То, что он является ее членом, обеспечивает удовлетворение всех его потребностей, позволяет ему рассчитывать на продолжение существования, «место под солнцем», получение определенных предметов, овладение способами обращения с ними и т. д. Стабильность этого рода является необходимым условием процесса научения. Она нарушается в такие критические моменты, как рождение, отлучение от груди, начало ходьбы. В последующем утрата опоры связывается с такими явлениями, как несогласие в семье, раздоры между отцом и матерью, конфликт семьи с социальной средой, непоследовательность в поведении родителей, развод отца и матери, их отсутствие, болезнь, смерть, дефективность, инородность и непонимание, частые смены места жительства, материальная неустроенность. Все эти факторы приводят к нарушению внутреннего равновесия ребенка, вселяет в его душу смятение, заставляет его ощущать себя «находящимся на краю пропасти», испытывать постоянную неуверенность.

Как и отсутствие опоры, деструктивно влияют на ребенка любые ситуации, в которых ребенку грозит опасность (отсутствие физической поддержки, одиночество, темнота, буря, несчастные случаи, животные), а также ситуации утраты или потери. Наиболее значимы отсутствие или утрата любви родителей (отвержение). Чувство утраты любви родителей прежде всего приходится испытывать детям, которых не любят, бросили, на которых не обращают внимания. Определенное значение имеют также: утрата ребенком принадлежавших ему предметов (в случае использования специфического способа наказания), отсутствие общества, особенно остро ощущаемое единственным ребенком в семье, изоляция, наличие соперника (в лице брата или сестры), делающего невозможным удовлетворение некоторых потребностей ребенка, плохое обращение с ним взрослых или сверстников, различные проявления агрессии (побои, ограничения, кричание), доминантность родителей и избыток опеки с их стороны, «эмоциональный шантаж», преждевременное ознакомление со сферой сексуальных отношений, неудачи и предательства, дефекты и болезни. Различные недостатки и утраты приводят к образованию у ребенка таких комплексов, как комплекс изолированности, отсутствия опоры, грозящей опасности и т. п. Кроме того, они являются причиной чрезмерного развития некоторых потребностей, в том числе потребности в безопасности, избегании страданий и чувства неполноценности, а также потребностей подчиняться, совершать агрессивные действия, быть пассивным, не контактировать с другими людьми, быть похожим на других и пр. С этими потребностями связано формирование тревожности, робости, стеснительности и скованности, слишком высокой чувствительности к неодобрению, чувства вины, уступчивости, апатии, безынициативности, замкнутости, склонности к совершению поведенческих актов деструктивного характера.

Allport (1970) при анализе генезиса аномального поведения также использует категорию потребности и ссылается на положения теории научения. Он обращает внимание на то, что в процессе формирования и развития так называемой автономной мотивации возможно возникновение серьезных расстройств. До тех пор, пока ребенок полностью зависит от своего окружения и не располагает достаточными возможностями самовыражения, ему часто грозит опасность шоковых реакций. Переживания, с которыми может справиться взрослый человек, ребенку трудно понять, назвать и перенести. Поэтому психические травмы в раннем периоде развития ребенка так тяжелы и отражаются на дальнейшем развитии ребенка, приводя, главным образом, к фиксации определенных социально нежелательных мотивов. Не менее значимы изменения, происходящие в пубертатный период. Решающую роль в этом случае играет не столько трудность правильного понимания события и сложность приобретения необходимого опыта, сколько повышенная чувствительность. Исключительно важное значение имеют те события, которые становятся поводом для пересмотра представления о самом себе и изменения целей жизни. Они приводят к личностной переориентации или к фиксации тревоги и затормаживанию развития.

Синтез положений гуманистических теорий личности и теории научения лег в основу рассмотрения личности через призму категорий, относящихся к усвоению определенной совокупности ролевых предписаний. Личностные расстройства стали описываться со ссылкой на нарушения процесса усвоения роли, а психоаналитическое понятие идентификации отошло на задний план, уступив место понятию комплементарности ролей. Комплементарность в данном случае обозначает согласованность поступков и ролей, выполняемых разными членами группы, и их взаимодополняемость. В нормальных условиях в иерархии ролей ведущей роли одного из членов группы соответствует ряд подчиненных ролей остальных ее членов. Разделение ролей дает основание для того, чтобы каждый член группы ждал вполне определенных действий от других ее членов. Однако бывают ситуации, когда принцип комплементарности ролей нарушается и приобретает особый характер. Так происходит в тех случаях, когда какой-либо из членов группы не выполняет роли, свойственной его возрасту, полу, профессии, социальному статусу и т. п., беря на себя роль,

не совпадающую с социальными ожиданиями, и ожидает от других поступков, не соответствующих принятым ими ролям.

Естественной средой развития ребенка является семья, поэтому его поведенческие расстройства находятся в тесной связи с нарушениями процесса правильного выполнения членами семьи своих ролей. Недостаточная зрелость, невротические проявления родителей могут стать причиной отклонения в выполнении принятых ими ролей. Незрелые, гипертрофированные потребности одного или обоих родителей становятся причиной для формирования неправильных ожиданий по отношению к ребенку (не согласующихся с его положением и возрастом), непринятия во внимание поступков и потребностей ребенка, не согласующихся с этими ожиданиями. Возникает диссонанс, нарушение принципа комплементарности, приводящие к конфликтам.

Родители пытаются разрешить конфликт с помощью наград и наказаний, используя такие процедуры, как оценка, принуждение, ожидание, выговор и т. п. Неготовность родителей к применению более рациональных методов, к постижению и изменению собственных установок приводит к интернализации конфликта ребенком. Как защита от связанной с конфликтом тревоги и результат стремления удовлетворить незрелые потребности родителей формируется механизм так называемой отрицательной комплементарности. Со стороны ребенка он представляет собой частичное приспособление к неправильным ожиданиям родителей, а со стороны последних – неосознаваемую фиксацию на некоторых желательных аспектах поведения ребенка. В итоге невозможным оказывается развитие нормальных, положительных эмоциональных связей ребенка с его окружением, что способствует развитию тревоги.

Durand-Dassier (1969) анализирует проблему межличностных отношений, используя понятие симметрии и взаимодополняемости. Правильными он считает отношения симметрично взаимодополняющие, в которых выражается связанность процесса взятия и противоположного ему процесса. Нормальный взрослый человек пользуется самыми разными способами для того, чтобы полностью выразить себя; кроме того, он нуждается в других людях, в наличии своего второго «Я». Невозможность вступления в контакт со своим вторым «Я» или нарушение соответствующих связей приводит в действие защитный механизм – с активацией «центра страдания» и осознанием испытываемых мучений, что способствует изменению ситуации в лучшую сторону.

В случае незрелости, вместо симметричных взаимодополняющих отношений возникают отношения асимметричные. Фрустрация не причиняет страдания, а вызывает злость. Возможна также полная блокировка экспрессии. Лишенный этих естественных средств самовыражения, индивид утрачивает способность приводить свои потребности в соответствие с потребностями других людей. Возрастает вероятность активации и проявления тревоги в форме бегства. Функционирование тревоги может приводить к подавлению активности других состояний и уменьшать ранимость индивида. Проявления собственных чувств начинают сознательно сдерживаться, средства экспрессии используются для «затормаживания». Вместе с тем напряжение, обусловленное тревогой, приводит к тому, что когда к индивиду приближаются другие люди, он оказывается как бы парализованным, лишенным внутреннего содержания, неспособным к установлению отношений.

На всем протяжении жизни ребенка его отношения с родителями остаются иерархическими и асимметричными. При этом обычно ребенок является свидетелем развития взаимоотношений отца и матери и принимает участие в этом процессе, что оказывает существенное влияние на его собственное развитие. Если отношения между родителями представляют собой иерархическую и асимметричную систему, то у ребенка складывается представление, что самый сильный всегда самый лучший, он слишком долго не замечает различий между собой и родителями, а его отношения с ними остаются незрелыми, что препятствует его самовыражению. Если родители инфантильны, демонстрируют неадекватные модели поведения, то ребенок либо начинает искать модели поведения в другом месте, либо служит родителям средством компенсации.

Злоупотребление иерархическими отношениями, типичное для инфантильных родителей, со временем приводит к тому, что ребенок утрачивает способность выражения своих чувств. Все попытки экспрессии сразу же затормаживаются вследствие боязни ребенка быть оставленным родителями. В конце концов ребенок перестает выражать даже то, что от него ожидают, теряет контакт с самим собой и другими людьми.

Все вышеизложенные теории последовательно использовались для более тонкого анализа расстройств поведения ребенка. Попытки проведения такого анализа предпринимались прежде всего психиатрами и медицинскими психологами, а также специалистами, занимающимися процессами воспитания, использующими достижения науки в практической деятельности. Особенно это можно отнести к исследователям из европейских стран.

Berge (1970), исследуя нарушения поведения у детей, трактует их как следствие столкновения с обычными встречающимися трудностями, обусловленными не чем иным, как происходящей в определенных условиях гипертрофией нормальных черт. Поведение, по его мнению, это ответ на проявления представителей окружения, и в зависимости от этого поведенческое расстройство может обнаруживаться неприспособленностью к семейной, школьной или более широкой социальной среде. Трудности в воспитании – это предположительный диссонанс между ребенком и средой, внешнее проявление его внутренних трудностей.

Воспитание означает ограничение экспансии ребенка и проявлений его индивидуальности, направленные на то, чтобы сделать его приемлемым для других и обеспечить сохранение состояния равновесия. Сопротивление ребенка, поиск им своего места в жизни проявляется как трудности воспитания.

Ребенок борется за свою независимость, отказываясь приспосабливаться к окружающей действительности. Критические фазы этого процесса приходятся на третий и седьмой годы жизни, а также пубертатный период.

Важное значение для выхода из очередных кризисов имеют отношения с матерью (отлучение от груди, тренинг чистоты). Если кризис понимается только отчасти, а выход из него находится неправильный, он может привести к нарушениям характера и стать вторым «Я» ребенка. Так происходит в тех случаях, когда родители в той или иной мере неправильно воздействуют на него и прежде всего – неправильно участвуют в его жизни. Ребенок нуждается в любви, но не любой. Любовь матери, в которой он нуждается, должна обладать определенными качественными характеристиками, как и любовь отца. Это всегда должна быть любовь к нему, какой он есть, а не каким его хотят видеть родители. Ребенок нуждается в любви, ничем не обусловленной, бескорыстной. Будучи уверенным в том, что его любят именно так, он выполняет любые требования; в противном случае он чувствует себя никчемным, неинтересным даже себе и не видит в жизни смысла.

Аномалии любви родителей к ребенку бывают разными. Одна из них заключается в требовании исключительных прав, сочетающимся с отвержением (когда мать сама не любит ребенка, но не хочет, чтобы он любил кого-то другого). Часто мать только симулирует материнскую любовь. Ребенок чувствует это, испытывая постоянную неуверенность и сильную тревогу, выражением чего являются поведенческие расстройства. Случается также, что мать испытывает к ребенку чувство не столько любви, сколько собственника (считает его частью самого себя, а не отдельным живым существом). Трудности иного рода возникают в ситуации, когда родители хотят, чтобы ребенок знал, во что он обходится, когда сами они не проявляют любви, но, недооценивая любовь ребенка к ним, постоянно добиваются её доказательств. Нередко также родители проецируют на ребенка собственные конфликты. Основные формы неприспособленности к семейной среде представляет собой следствие существования определенной системы требования любви, отказов в ней и обусловленной всем этим агрессии. Трудный ребенок – это часто ребенок, несчастливый в семье своих родителей. Если конфликт не проявляется открыто (например, когда выражение соответствующих чувств ребенку запрещено), он развивается, уже будучи недоступным

наблюдению представителей окружения. В этом случае для него характерна тенденция к интериоризации и «погружению» вглубь психики, следствием чего являются невротические расстройства или характеропатии. Невроз – это продукт давления со стороны эго; характеропатии – это бунт суперэго, который ищет одобрения вопреки всему; преступные наклонности – это следствие преобладания Ид.

Примером современной трактовки генезиса поведенческих расстройств может служить его интерпретация Lewicki (1960). По мнению этого исследователя, в возникновении расстройств этого рода важную роль играют как особенности внешней ситуации, так и личность. В отдельных случаях значимость данных факторов оказывается различной. Существуют личностные дефекты, оказывающиеся основной причиной образования патологических форм поведения; есть и такие черты личности, которые в определенных ситуациях проявляются как социально нежелательные формы поведения. Личностные изъяны предрасполагают к несколько иным формам поведенческих расстройств. Эти дефекты зависят от характера отношений индивида с окружением, неполучения тех или иных необходимых для личности впечатлений и различных органических расстройств. Причиной недостатка необходимого опыта обычно являются особенности окружения индивида. Длительные стрессы, связанные с влияниями окружения (в особенности в случае совершения родителями ошибок в процессе воспитания), приводят к формированию порочных способов адаптации. Ограничение активности ребенка лишает его шансов овладения эффективными способами приспособления.

Поведенческие расстройства у детей часто расцениваются как трудности в воспитании. Эти отклонения, проявляющиеся в таких поступках, которые не согласуются с целями воспитания и вместе с тем характеризуются устойчивой тенденцией повторяемости, не могут быть предупреждены посредством обычных мер воспитания. Трудные дети – это дети либо агрессивные и злые, либо робкие, забитые, чрезмерно чувствительные, тревожные.

Влияние родителей является самым значимым и сильным, а следовательно, и наиболее глубоким и устойчивым. Поэтому аномалии отношений в семье делают ребенка более восприимчивым к отрицательным воздействиям со стороны более широкого социального окружения. При этом на ребенка влияет вся совокупность сознательных и неосознаваемых поведенческих актов родителей (их несдержанность, слишком эмоциональный и недостаточно рациональный подход к ребенку). Ребенок вступает в область патологии, овладевая эффективными способами приспособления к неправильным отношениям в семье своих родителей. Так происходит формирование порочной системы стремлений, искаженного представления о действительности, являющегося причиной возникновения в последующем ряда конфликтов. Привычка в данном случае играет роль фиксатора. Особенно сильное патогенное влияние оказывает неправильное воспитание, то есть воспитание родителями, относящимися к ребенку недоброжелательно или с безразличием, или балующими его и непоследовательными в своих действиях.

Примером так называемой психиатрической трактовки поведенческих расстройств у детей, проводимой с использованием достижений медицины, положений психоанализа и теории научения, может служить то, как эти расстройства интерпретируются Rassekh-Azadjomand (1962). Она полагает, что не все нарушения поведения у детей являются признаками характеропатий. Обычно поведенческие расстройства не связаны с глубокими патологическими и структурированными сдвигами. Еще реже в их основе лежат определенные особенности конституции. Как правило, они представляют собой более легкие, простые расстройства, обусловленные закреплением вредных навыков. Причиной таких расстройств являются ошибки, допускаемые в процессе воспитания, плохие бытовые условия, реже – одновременное действие сложных наследственных и средовых факторов.

Неприспособленность заключается в блокировке эмоционального развития, проявляющейся в поведении, которое носит деструктивный характер. К наиболее частым признакам относятся: отставание в учебе, конфликты с окружением, установка противодействия и агрессии, тревога, замкнутость. Существенную роль в генезисе

неприспособленности играют как социальные факторы, так и обстановка в семье. Это обуславливает повышение ранимости, отсутствие связей между поколениями, одиночество, снижение уровня моральных качеств и религиозности, напряженность, тревогу, неуверенность. К особенно неблагоприятным социальным факторам относятся изоляция семьи, «отсутствие» родителей вследствие их перегруженности работой, воспитание вне дома, смешение мужской и женской роли.

К факторам, связанным с особенностями функционирования семьи и способствующим возникновению у детей поведенческих расстройств, относятся, прежде всего, распад семьи, аномалии структуры семьи, эмоциональные дефекты, ошибки, допускаемые в процессе воспитания (в том числе, слишком авторитарный и императивный стиль воспитания, несогласованность и импульсивность педагогических воздействий, избыточная опека ребенка или предоставление его самому себе), плохой пример, неправильное использование свободного времени, низкий социально-экономический статус семьи.

В некоторых случаях причины поведенческих расстройств носят явно эндогенный и врожденный характер. Возникновению этих расстройств способствуют нарушения развития, психопатический склад характера. Определенное значение имеют также перенесенные ребенком болезни, явление госпитализма.

Lutz (1968) считает, что любое расстройство в первую очередь детерминировано окружением. Даже такие нарушения, как замедление общего развития, могут быть следствием психических травм (например, травм, обусловленных эмоциональным отталкиванием ребенка родителями). Вместе с тем некоторые поведенческие расстройства изначально определяются эндогенными причинами. К таким расстройствам относится невропатия, являющаяся выражением врожденных конституциональных отклонений в функционировании нервной системы, в особенности ее вегетативного отдела. Она проявляется повышенной чувствительностью к внешним и внутренним раздражителям и выступает в качестве причины многих аномальных реакций, в том числе плача, защитных реакций, нарушения сна, аппетита и т. п. Форма внешних проявлений невропатии отчасти определяется подражанием и подвержена возрастным изменениям. Однако она всегда остается следствием чрезмерно активного восприятия раздражителей, напряжения, проявляющегося, главным образом, в изменениях вегетатики и сложности восстановления утраченного состояния равновесия.

Другой современный исследователь, занимающийся данной проблематикой, Reikowski (1976) в своей последней концепции, согласно которой личность представляет собой систему регуляции поведения, трактует личностные расстройства как проявления нарушения равновесия этой системы. Система регуляции сохраняет внутреннее равновесие и способность к эффективному функционированию в том случае, когда она обеспечивает поддержание определенных отношений с окружением, в особенности, если обеспечивается постоянная стимуляция и возможность действий. Весьма важную роль играют зависящий от выполнения этого условия оптимальный уровень активации и нормальное функционирование всех подсистем.

Так, затягивающаяся депривация потребностей может приводить к их примитивизации и снижению уровня переносимости отсрочки.

«Я» может становиться неуравновешенным в случае недостатка информации, позволяющей удовлетворить потребность в интеграции (чувстве тождественности), контроле (чувстве безопасности) и в том, чтобы что-то значить (чувстве собственной ценности). Аналогично этому в информации указанного рода нуждается и система ценностей. При резком ограничении объема поступающей информации возможна деперсонализация. Реакция на изменение в системе ценностей может приобрести форму невроза существования (экзистенциального невроза).

Наличие или отсутствие необходимых стимулов, невозможность выполнения тех или иных действий вызывают специфические реакции со стороны системы регуляции. В случае недостаточного развития способности к контролю и ориентации возбуждение оказывается



слишком сильным. Напряжение возникает и в тех случаях, когда не сформированы соответствующие исполнительные схемы, существуют определенные внутренние препятствия, возникает внутренний конфликт, а также когда выполнение действия затормаживается ввиду появления новых целей. Величина напряжения зависит от положения данной структуры в системе, степени ее возбуждения и сформированности активных ассоциаций. Устойчивое напряжение может быть обусловлено длительно сохраняющимся состоянием неуверенности, тревоги, конфликтов, заторможенности, чувством собственной неадекватности и т. п.

Равновесие оказывается тем более устойчивым, чем лучше усвоены способы приспособления. Аномальное протекание процессов научения, напряженность структур, врожденное отсутствие определенных способностей могут вызвать серьезные его нарушения. Если равновесие оказывается сохраненным «за чужой счет», налицо явление так называемой асоциальной адаптации. Адаптации этого рода способствуют недоразвитость системы и пониженная чувствительность к сигналам опасности.

Если индивид не располагает средствами разрядки и не владеет необходимыми способами адаптации, возникает тенденция к искажению поступающих сигналов. В случае низкого уровня внешнего и внутреннего контроля механизмы искажения сигналов и маскировки внутренних стремлений начинают функционировать постоянно, превращаясь в защитные механизмы. Это сочетается с напряженностью и неумением индивида справиться с самим собой, перерождающимися в тревогу, которая является формой защитной реакции. Расстройство этого рода может затрагивать отдельные сферы личности или же вовлекать в патологический процесс все ее компоненты.

При несформированности адекватных способов адаптации и недостаточности защитных механизмов личность перестает справляться с выполнением функции регуляции.

Порой личностное расстройство может приобрести форму деперсонализации (если оно затрагивает структуру «Я») или сознательного регресса.

Нами были охарактеризованы патопсихологические теории, пытающиеся объяснить причины и сущности нарушений приспособления у человека и роли тревоги в этих нарушениях. Предполагается, что основные формы и механизмы нарушений приспособления у детей и взрослых в принципе одинаковы. Сущность и механизм развития расстройства отдельными авторами описываются по-разному. Каждая очередная теория в той или иной степени является отрицанием предыдущих теорий, одни и те же явления порой интерпретируются диаметрально противоположным образом.

Первые теории, объясняющие нарушения приспособления, были сформулированы с использованием понятия нарушения равновесия со средой и указанием на симптомы расстройств этого равновесия. Jannet, объясняя появление этих симптомов, опирался на теорию распада высших уровней и возврата на более низкий уровень развития.

В дальнейшем Cutty развил эту идею в теории эмоционального регресса.

Классический фрейдизм обогатил теорию понятием внутреннего конфликта и защитных механизмов. По Фрейду, сущность расстройства сводится к факту неудачи «Я» при попытке разрешения конфликта между Ид и требованиями социального окружения. Также отмечается недоразвитость функции Эго, приводящая к тому, что поведенческие акты не подвергаются интеграции.

Последователи Фрейда, трактовавшие причины и сущность конфликта несколько иначе, чем он, видели основную причину возникновения патологического процесса именно в конфликте. По их мнению, расстройства обуславливаются конфликтом между сознанием и бессознательным, отсутствием между ними взаимодействия, комплексами и фиксацией (Jung), использованием непродуктивных способов разрешения конфликта, механизмами бегства и сверхкомпенсации (Adler) или же блокировкой возможности эмоционального выражения конфликта и вторичной дезорганизацией (Klein).

Walder и другие исследователи склоняются к мнению, что основной причиной поведенческих расстройств является отступление от принципа объективности в отношениях

с внешним миром, нарушения процесса развития чувства реальности, свойственного индивиду, и правильного соотношения объективного и субъективного мира. Все это приводит к серьезному расстройству «Я» и тому, что адаптация носит поверхностный характер, чревата возникновением конфликтов, является мнимой и характеризуется размытостью границ между «Я» и «не-Я».

Эриксон интерпретирует фиксацию развития как основной механизм любых нарушений характера. Расстройство – это фиксация на одном из предыдущих этапов развития или определенном способе функционирования, являющемся следствием неудачи, постигшей индивида при попытке разрешения наиболее значимых психосоциальных конфликтов.

Понятие конфликта, как главной причины возникновения трудностей в процессе приспособления описывались и представителями гуманистического направления, рассматривавшими конфликт в связи с недостатками и давлением окружения. Согласно Хорни, конфликт противоположных тенденций, являющийся следствием нарушения межличностных отношений, становится причиной возникновения тревоги и приведения в действие сложных защитных механизмов, влияние которых в последующем сказывается на всей совокупности поведенческих актов.

Sullivan, Фромм, Rank усматривают в тревоге причину всех видов отклонений от нормы. Боязнь неодобрения, изоляция и отделение обуславливают подавление тенденций, неспособность к осознанию индивидом самого себя, бегство и иррациональные компромиссы, погружение в мир иллюзий, утрату личностной идентичности, автономности и индивидуальности.

Иные причины нарушений процесса приспособления указываются психологами, признающими правильность положений теории научения. По мнению теоретиков бихевиоризма, индивид, как таковой, здоров. Социально нежелательные формы его поведения – это последствия закрепленных вредных с точки зрения требований окружения навыков, приобретенных в результате применения этим окружением на сознательном и неосознаваемом уровне определенных подкреплений. Менее ортодоксальные сторонники такой интерпретации отмечают, что поведенческое расстройство может оказаться следствием нарушения процесса регуляции в ситуации, в которой нарушенный поведенческий акт является единственным ответом, обеспечивающим ослабление тревоги (Wolp). Оно может быть свидетельством усвоения «невротических» способов приспособления, используемых в окружении и порождающих конфликты (Bandura) или же приводящих к чрезмерной социализации (Eysenck).

В теории мотивации сущность расстройств определяется как слишком одностороннее развитие мотивации, как конфликт, обусловленный невозможностью удовлетворения потребностей, вызывающий тревогу. По мнению Dollard и Miller, конфликт мотивов, а точнее, первичных и вторичных влечений, обуславливает блокировку первичных влечений, избыточную социализацию, напряжение, тревогу, упрочение ошибочных убеждений и дезорганизацию поведения.

В современных теориях межличностных отношений, а также в регулятивных теориях причины поведенческих расстройств объясняются как аномалии социальных отношений, которые приводят к тревоге и формированию ошибочных установок. В последней концепции Reikowski депривацию потребностей, недостаток информации, необходимой для функционирования «Я» и системы ценностей, неусвоенность адекватных способов приспособления перечисляет как возможные причины возникновения личностных расстройств. Сущность последних заключается в деперсонализации либо же в постоянном напряжении, тревоге и дезинтеграции системы в целом.

Некоторые исследователи склоняются к мысли, что в индивиде, отличающемся плохой приспособляемостью, есть что-то особенное, ненормальное. Они видят в аномальных формах поведения проявления нормального функционирования, хотя и достигших крайней степени выраженности и представляющие собой не более, чем максимальную выраженность

нормальных черт (Кречмер, Jung, Eysenck). Различия между нормой и патологией носят исключительно количественный характер.

Allport придерживается мнения, что процессы, присущие здоровой личности, совершенно отличны от процессов, свойственных личности аномальной, чем кстати объясняется невозможность постижения здоровой личности с помощью понятий, относящихся к невротической личности.

Как отмечалось, первопричину личностных расстройств усматривают в патологическом изменении перцепции, инстинктивных влечений, мотивов и ценностей, в блокировке или нарушениях процессов внутренней регуляции отношений с миром, в неправильной организации или дезорганизации всей структуры личности, в функциональном расстройстве «Я» или же в возникновении интериоризованного конфликта, а с ним – тревоги, связанной с действием защитных механизмов, постепенно приводящих к дисфункции системы в целом.

Вместе с тем данная проблема еще не решена, а специфические особенности личностных расстройств у детей еще требуют своего уточнения.

Эти особенности определяет сам факт развития. Незрелость психики и личности ребенка и их характерные черты приводят к тому, что и патология личности ребенка носит специфический характер.

Ряд исследователей утверждают, что именно детство является периодом наибольшей чувствительности к различным возмущающим влияниям. В подтверждение правильности этого положения они ссылаются на свидетельства наибольшей прочности первых впечатлений, чрезвычайно высокой чувствительности и низкой сопротивляемости нервной системы, а с ней и полной беспомощности ребенка в сложных ситуациях и в случае возникновения конфликта. Отсутствие необходимых для нахождения выхода из трудных положений умений, к которым относятся умения общаться, понимать смысл происходящего, неувоенность основных способов приспособления, физическая слабость и незрелость нервной системы – вот причины постоянного переживания ребенком тревоги вследствие психических травм.

Хотя эта точка зрения не лишена оснований, она слишком односторонняя. Дело в том, что наряду с указанными факторами известно множество свидетельств сравнительно низкой частоты возникновения у детей серьезных расстройств. Несформированность, пластичность, изменчивость психики ребенка открывает широкие возможности компенсации действия неблагоприятных факторов. Трудности, испытываемые ребенком, – это то, с чем он раньше не сталкивался, а психологические детерминанты их появления непостоянны и вариативны. Прогноз тяжести расстройства в большей степени зависит от степени патологичности окружения, чем от сиюминутного психического состояния ребенка.

Это позволяет предположить, что, хотя ребенок испытывает сильное чувство тревоги и напряжения в ситуациях, оставляющих взрослого относительно спокойным, а влияние ранних впечатлений может быть разнообразным и сохраняться долго, обычно его личность глубоких патологических изменений не претерпевает, причем последствия воздействий не всегда оказываются отрицательными. В ту пору, когда ранимость ребенка выражена в наибольшей степени, структура его личности еще полностью не сложилась, в силу чего она не может быть серьезно повреждена. Остаточные явления перенесенных тревог могут включаться в развивающуюся личность в качестве существенных компонентов и оказаться в подчиненном положении в функционировании новых личностных структур.

Нам представляется, что расстройства, наблюдаемые у детей, не вписываются ни в одну из категорий, пригодных для описания нарушений, отмечаемых у взрослых. У детей мы сталкиваемся, скорее, с преходящим состоянием, нежели с нозологической единицей, с временным аффектом, обусловленным конкретной системой отношений с окружением.

## **Современные представления о природе тревоги**

В течение последних десятилетий немногие психические проблемы подверглись таким активным экспериментальным, эмпирическим и теоретическим исследованиям, как состояние тревоги (anxiety). Ранее оно было обозначено в различных философских концепциях и о нем писали Декарт, Спиноза, Тиллих, Кьеркегор и др., а начиная с конца XIX века, благодаря работам Фрейда, эта проблема стала ключевой в психоанализе и психиатрии. В настоящее время она привлекает все больше исследователей, изучающих особенности поведения и психики как здоровых людей, так и людей с патопсихологическими особенностями.

Несмотря на большое число исследований, посвященных этой проблеме, концептуальная разработка центрального для нее понятия «тревоги» в современной психологической литературе остается недостаточной (Spilberger, 1966; Mangusson, 1962; Lewitt, 1971; Sarason, 1972; Bowlby, 1975).

Многогранность и семантическая неопределенность понятия тревоги в психологических исследованиях является следствием использования его в различных значениях. Этим термином обозначается и гипотетическая «промежуточная переменная» (Hull, 1945), и временное психическое состояние, возникшее под воздействием стрессовых факторов (Mowrer, 1940; Basselman, 1940; Bazowitz, 1964; Лазарус, 1970; Дельгадо, 1971; Spilberger, 1955; May, 1979), и фрустрация социальных потребностей (Sullivan, 1953; Lingdren, 1956; May, 1979), и свойство личности (Cattell, 1961; Eysenck, 1975).

По справедливому мнению Spilberger, «многие исследователи используют термин «тревога» в различных значениях и чаще, как правило, в двух основных значениях, которые взаимосвязаны, но относятся все-таки к совершенно различным понятиям» (1983, с. 12), речь идет о смешении в одном термине понимания тревоги как психического состояния и тревоги как свойства личности.

Рассмотрим последовательно эти понятия. Одним из наиболее остро дискутируемых является вопрос о том, каковы отличительные признаки тревоги как психического состояния и в чем его отличия от таких родственных состояний, как страх, стресс, волнение и т. д. Попытки найти ответ на этот вопрос ведутся в двух планах:

- феноменологический анализ специфических для состояния тревоги психологических, физиологических и биохимических показателей;
- характеристика источника и направления воздействия угрозы.

Попытки выделить психическое состояние, которое можно было бы обозначить как тревогу, на основе феноменологических показателей пока не увенчались успехом. Данные, полученные разными исследователями, очень противоречивы, особенно это касается физиологических, соматических и биологических показателей (Bazowitz, 1955; Cattell, 1972; Cattell, Scheur, 1961 и др.). Это становится понятным, если учесть, что, с одной стороны, многие показатели, которыми пользуются исследователи (учащение пульса, понижение электросопротивляемости кожи, повышение АД) являются, по-видимому, общими показателями эмоционального возбуждения вне зависимости от качественного своеобразия эмоций, а с другой стороны, они отражают отмечаемый многими авторами индивидуальный характер подобных реакций при эмоциональных состояниях.

В большей степени согласуются данные о психологических показателях, отличающих тревогу от других эмоциональных состояний. Основой для их интерпретации является оценка ситуации как содержащей определенную угрозу, возможность неуспеха (Лазарус, Аверилл, 1972; McReynolds, 1976 и др.). Следует отметить, что выделение прогностической оценки психического состояния, отражающей его качественное своеобразие, является в настоящее время центральным звеном во многих исследованиях (Arnold, 1960, 1967 и др.). Выражая отношение человека к ситуации, такая оценка дает возможность уловить субъективный, собственно психологический аспект эмоций.

В соответствии с такой постановкой вопроса состояние тревоги может быть определено по эффективной окраске когнитивного компонента. Однако, в этом случае возникает опасность чрезмерного расширения представления о состоянии тревоги, так как под это

понятие можно подвести любые состояния, связанные с восприятием угрозы, неблагополучия, опасности.

Наибольшие трудности возникают при различении состояния тревоги и страха. Некоторые авторы рассматривают их как синонимы (Lindsey, Aranson, 1968; Izard, Tomkins, 1966; Lewitt, 1971), другие пытаются определить их как взаимоподчиненные состояния (Дельгадо, 1971; Mowrer, 1936). Большинство авторов отмечает, что тревога и страх – разные явления. В некоторых работах (Cattell, 1972) выявляются различия тревоги и страха по целому комплексу психологических, физиологических и биологических показателей. Однако мы встречаемся и с такими утверждениями, что если субъект испытывает страх, то он переживает потребность в немедленных действиях (уходе от ситуации или попытке ее преодолеть), проявляя недифференцированную активность (Epstein, 1972; Spilberger, 1972), скорее свойственную состоянию тревоги. Существует также точка зрения, согласно которой страх является врожденной реакцией на опасность, а тревога – приобретенной. Более распространенным является разграничение состояний тревоги и страха, основывающееся на анализе источника и направления тревоги. Согласно одной из точек зрения, страх рассматривается как реакция на определенную и непосредственно воспринимаемую опасность, а тревога как реакция «безобъектная». Она возникает при переживании угрозы, несмотря на отсутствие реальных сигналов опасности в ситуациях неизвестности и неопределенности. Хотя подобный взгляд на тревогу чрезвычайно распространен и закреплён в семантическом значении слов в европейских языках, в том числе и в русском, в экспериментальных работах он редко встречается в чистом виде. Отчасти это связано с тем, что «беспредметные», «безотчетные» переживания, хотя и наблюдаются в норме, более свойственны патологии (Ruscroft, 1972). Поэтому наиболее детально подобная точка зрения разрабатывалась в психиатрии, психопатологии, психоанализе, экзистенциальной психологии. Вместе с тем в изложенном подходе содержится важный момент, который указывает, что состояние тревоги переживается в тех случаях, когда объективные условия не являются угрожающими – опасность неизвестна, но возможна. Это позволяет выделить четкий дифференцирующий признак – несоответствие, неадекватность данного состояния наличной ситуации. Такой взгляд отличается от понимания состояния тревоги как продуцируемого объективно-угрожающими условиями ситуации (Sarason, Spilberger, 1975; Martens R., 1977 и др.). Последнее не дает возможности выделить тревогу из группы эмоциональных состояний, являющихся реакцией на угрожающую ситуацию.

Не менее важное значение для понимания тревоги как психического состояния имеет ее дифференциация от стресса. В работах некоторых авторов (Carton, 1971) состояние тревоги и стресса выступают как синонимы. Связано это, по-видимому, с тем, что исследователи проблемы стресса отошли от первоначального понимания и стали использовать это понятие для характеристики особенностей состояния индивида в экстремальных условиях на физиологическом, психологическом и поведенческом уровнях понятие тревоги (Лазарус, 1970). Для понимания природы этих состояний особое значение имеет характеристика стресса со стороны вызывающих его экстремальных факторов.

Анализируя состояние тревоги и стресса, мы должны отметить различия между характеристиками тревоги как эмоционального состояния и стрессорами, вызывающими его. Особое внимание следует уделить понятию угрозы как психологической реальности. Важно отметить, что ситуации, объективно признающиеся стрессовыми, большинством людей оцениваются как угрожающие. Однако являются или не являются они таковыми, зависит все же в первую очередь от субъективной оценки. Кроме того, даже ситуации, относимые к безопасным, могут отдельными индивидами расцениваться как потенциально угрожающие.

Отсюда следует, что, в отличие от понятия «стрессор», отражающего объективные особенности ситуации, термин «угроза» может использоваться для описания субъективной оценки ситуации, несущей психологическую опасность для индивида, которая характеризуется как состояние тревоги. Применение термина «тревога» целесообразно для обозначения определенного эмоционального состояния, характеризующегося

субъективными ощущениями напряжения и формированием прогноза о возможном неблагоприятии в развитии событий. Возникает это состояния в ситуации неопределенной опасности и угрозы и часто бывает обусловлено неосознаваемостью источника опасности.

Предложенная характеристика состояния тревоги позволяет более четко определить взаимосвязь его содержания с традиционным пониманием тревоги как относительно устойчивого индивидуального свойства.

В литературе оно обозначается по-разному:

- тревожность как свойство личности (в некоторых источниках – характера);
- склонность к тревожным состояниям;
- тревожность как диспозиция или черта.

Наиболее распространенным является представление о тревожности как устойчивом свойстве, предполагающем повышенную склонность к переживаниям состояния тревоги (Cattell, 1961). Некоторые авторы (Ruebush, 1963) рассматривают тревогу как хроническое эмоциональное состояние. Предполагается, что в этом случае индивид тревожен постоянно, во всех ситуациях. Однако такие случаи скорее относятся к патологии.

В некоторых работах тревога как свойство личности рассматривается как хроническая предрасположенность реагировать эмоционально даже в ситуации незначительной угрозы и напряжения. Этот подход сближает тревогу с повышенной эмоциональностью, чувствительностью к эмоциогенным ситуациям. Крайним выражением такого подхода является позиция Eysenck (1953) и психологов школы научения (Taylor, 1956; Spens, 1956), в которой тревога или невротичность (для Eysenck эти понятия синонимичны) выступают как одно из проявлений эмоциональной возбудимости. Такое представление также влечет за собой вывод о слабости, неуравновешенности нервных процессов как причине повышенной тревожности. В этом контексте тревога рассматривается как свойство темперамента (Стреляу, 1982).

Тревожность как черта личности может означать мотив или приобретенную поведенческую диспозицию, которая предрасполагает индивида к восприятию широкого круга объективно безопасных обстоятельств как содержащих угрозу, побуждая реагировать на них состоянием тревоги, интенсивность которой не соответствует объективной опасности (Хекхаузен, 1986).

Особенно необходимо остановиться на исследованиях Spilberger (1966), оценивающего тревогу как черту личности, выступающую как мотив, или приобретенную поведенческую диспозицию. Она выражается в предрасположенности индивида к восприятию широкого ряда объективно безопасных ситуаций в качестве угрожающих и отвечает на угрожающие обстоятельства состоянием тревоги, интенсивность которого не соответствует объективной величине опасности. В экспериментальных исследованиях этого автора показано, что индивиды, для которых характерно высокое значение Т-диспозиции (тревога как черта личности), будут скорее демонстрировать высокое значение Т-состояния (тревога как состояние) в ситуациях, угрожающих самооценке, чем индивиды с низким значением Т-диспозиции. Кроме такой связи интенсивностей, была показана экстенсивная зависимость: чем выше Т-диспозиция, тем шире круг ситуаций, воспринимаемых как угрожающие и вызывающие Т-состояния. Ответ на вопрос о существовании различия в интенсивности или экстенсивности Т-состояния, различающихся по Т-диспозиции, зависит от того, в какой степени данный человек воспринимает определенную ситуацию как опасную или угрожающую, что, в свою очередь, зависит от предыдущего индивидуального опыта.

По мнению ряда авторов, тревогу можно представить не как черту личности, проявляющуюся в широком диапазоне условий и ситуаций, а как выбор ситуативных поведенческих черт, которые определяют интенсивность тревоги в разных обстоятельствах (Sarason J., 1972; Endler N., 1974; Zuckerman M., 1976). Так, Sarason (1972) ввел понятие «тестовой» или «экзаменационной» тревоги, отражающей склонность к возникновению этого состояния в ситуациях экспертизы, экзамена, тестирования. Показатели тестовой тревожности в большей мере соответствовали успешности выполнения тестовых заданий,

чем показатели общей тревоги. При интерпретации результатов автор исходил из концепции общего уровня драйва Hull в видоизмененном варианте, в соответствии с которым драйв рассматривается как сильный и специфический стимул (Miller, Dollard, 1950). С этой точки зрения тревога как черта представляет собой индивидуальную реакцию на сильный внутренний стимул, создаваемый, в свою очередь, ситуативными раздражителями.

В развитии теории интроверсии и экстраверсии Eysenck (1975) Gray (1978) предположил, что существует взаимосвязь между состоянием и личностными качествами. По мнению Gray, у экстравертов доминируют скорее позитивные реакции, чем негативное подкрепление. Поэтому экстраверты стремятся к удовлетворению желаний и отличаются нечувствительностью к отрицательному подкреплению. Что же касается интровертов, то они сильнее реагируют на отрицательные и слабее на положительные подкрепления. Такой паттерн реагирования делает интровертов более подверженными тревоге по сравнению с экстравертами.

Однако, как пишет Hoehn-Saric (1981), повышенный уровень личностной тревоги можно обнаружить у представителей любого типа личности.

Тревога взаимодействует с чертами личности и изменяет их. Убедительным примером такого взаимодействия может служить взаимосвязь между личностной тревогой и импульсивностью. В ходе изучения только этих двух свойств Barratt (1972) продемонстрировал, что тревога положительно влияет на деятельность импульсивных личностей. Однако индивиды с высоким уровнем тревожности и импульсивности испытывали страх и при этом не могли контролировать свою импульсивность. Вследствие этого данные индивиды хуже адаптировались в межличностных контактах, нежели те, которые обладали высоким уровнем тревожности, но низким уровнем импульсивности.

В ряде исследований установлена связь между тревожностью и таким личностным образованием, как уровень притязаний. Оказалось, что тревожность может приводить к формированию неадекватного уровня притязаний двояким образом: либо побуждая к чрезмерной осторожности (снижение уровня притязаний), либо затрудняя оценку ситуации и собственных возможностей (в этом случае могут возникать большие сдвиги как в сторону повышения, так и в сторону снижения уровня притязаний). (Рейковский, 1979).

Есть и такие индивиды, которые, судя по всему, не осознают тревогу, несмотря на то, что реально ее переживают (Weinberger et al., 1979). Этот тип людей носит название «репрессивного». Они отрицают уровень тревоги, несмотря на то, что реагирует на нее на невербальном уровне теми же физиологическими показателями, что и высокотреховные индивиды.

Личностная тревога, а именно тенденция реагирования состоянием тревоги на стрессовые ситуации, обусловлена, по крайней мере, частично, наследственно. В связи с этим Eysenck (1975) предположил, что средний уровень нейротизма, который приблизительно соответствует личностной тревоге, установился благодаря естественному отбору и образует оптимальное распределение тревоги среди населения.

Исследования показали, что у монозиготных близнецов наблюдается большое сходство в эмоциональных реакциях, включая напряжение и застенчивость, нежели у дизиготных (Kender, 1986; Marks, 1987).

Lesch (1996) с группой сотрудников установил, что нейротизм связан с генной регуляцией транспортировки сератонина, подтвердив тем самым генную основу личностной тревоги на молекулярном уровне. Тревога, являясь сложной эмоцией, усиливает возбуждение и фиксирует внимание на источнике потенциальной опасности. Кроме того, тревога индуцирует воспоминания о событиях, окрашенных переживанием страха, формируя условные реакции и модифицируя когнитивные структуры, изменяя последующую реакцию индивида на ситуацию опасности.

Согласно теории Ланге, индивид в возбужденном состоянии замечает физические изменения в своем организме (Джеймс, 1991), и лишь потом к нему приходит осознание соответствующей эмоции.

Таким образом, получилось, что за идентификацию эмоциональных состояний ответственны в большей степени изменения в функционировании периферийной, нежели центральной нервной системы.

Позже Cannon (1937) предположил, что эмоции генерируются подкорковыми центрами головного мозга, а не изменениями на периферии. Papez (1937) расширил эту теорию, описав эмоциональные круги в структуре лимбической системы. Далее Дельгадо (1971) на основании исследования животных заключил, что существуют 3 группы структуры мозга:

- не связанные с эмоциями;
- связанные с поведенческими проявлениями эмоций, например, гипоталамус, который при стимулировании дает псевдоаффективные, но не условные реакции;
- связанные как с поведенческими проявлениями, так и с эмоциональным опытом.

Очевидно, как пишет Hoehn-Saric (1979), ни одна из систем, взятая отдельно, не может отвечать за проявления тревоги. Тревогу следует рассматривать как конечный продукт взаимодействия систем, включающих ядра ствола головного мозга, лимбическую систему, переднелобную кору и мозжечок.

Лимбическая система и миндалина в рамках этой системы, возможно, генерируют эмоции и контролируют эмоциональные и автономные реакции на стрессовый стимул. Кроме того, гиппокамп и миндалина играют важную роль в процессе когнитивного научения и памяти, включая усвоение, сохранение и угасание страха.

Лобные доли выполняют общую исполнительную функцию: они вовлечены в процессы оценивания, планирования, координации стратегий и принятия решений (Fuster, 1989). Каждая из этих систем вносит свой вклад в формирование реакций тревоги на внутренние и внешние стимулы.

Тревога вызывает физиологические изменения, которые подготавливают организм к реакции на опасность.

Malmo (1966) предполагает, что нейрофизиологической основой тревоги является расстройство гомеостатических механизмов ретикулярной формации, которое выражается в нарушении координации и активности ее тормозных влияний. Он подчеркивает, что вегетативные нарушения у тревожных лиц связаны с нарушениями функций лимбической системы.

Eysenck (1967) поддерживает точку зрения о существовании двух относительно независимых активирующих систем: ретикулярной, активирующей кору головного мозга, и лимбической, связанной с эмоционально-мотивационными аспектами поведения и активностью нервной системы. Нестабильные интроверты склонны к так называемой условно-рефлекторной тревожности, которая получила название «психической» (Hamilton, 1959). У нестабильных экстравертов преобладают вегетативные симптомы тревожности, так называемая «соматическая» тревожность (Buss, 1962).

В ряде исследований установлена связь параметров волны ожидания с уровнем тревожности. Найдено снижение амплитуды волны ожидания у лиц с повышенной тревожностью. Этот эффект был особенно сильным в условиях действия отвлекающих факторов (McCallam, 1975; Knott, Irvin, 1973).

Реакция тревоги может представлять собой либо замирание и бегство, либо нападение (Lazarus, 1970). В состоянии острого страха у индивида мгновенно активизируются автономные системы. Симптомы страха означают сначала резкое усиление деятельности парасимпатической системы, которая затем сменяется активностью симпатической системы (Dellhorn, 1965). Несильный страх активирует обе автономные системы с доминированием симпатического компонента (Hoehn-Saric, McLeod, 1988).

Изучение физиологии острого страха на людях представляет определенные трудности. Эндокринные изменения при сильной тревоге заключаются в повышении эпинефрина, кортизола, гормона роста и пролактина, а также уменьшения тестостерона у мужчин (Ursin et al., 1978). Уровень эндокринной реакции зависит не только от уровня тревоги, но и от новизны ситуации и от конституциональных факторов. У тревожных индивидов стресс



вызывает сильные автономные реакции, которые снова нормализуются после того, как стресс прошел.

Повышенное мышечное напряжение является наиболее распространенной физиологической реакцией, сопровождающей как состояние тревоги, так и личностную тревожность. Возможно, это результат центрального возбуждения.

Автономные реакции у индивидов с личностной (хронической) тревожностью и у не тревожных – различны. Стрессовые задания вызывают у тревожных индивидов более слабые, но и более продолжительные автономные реакции. Эта особенность связана со сниженной автономной пластичностью и указывает на слабую адаптивность (Hoehn-Saric et.al., 1995). Такая реакция менее экономна, чем та, которая наблюдается у не тревожных индивидов. Сниженная автономная пластичность свойственна людям с любым типом хронического тревожного расстройства, а также людям, плохо адаптируемым и тревожным. Она может отражать конституциональную предрасположенность к тревожным расстройствам, а также частичную приспособленность к сильной тревоге. Например, при просмотре фильма с неприятным сюжетом испытуемыми с высокой и низкой тревожностью оказалось, что высокотревожные реагировали уменьшением кортизола в выделенной слюне (Hubert, de Jong-Meyer, 1992). Пациенты с хроническими посттравматическими расстройствами также обнаруживают сниженный уровень кортизола (Yehuda et al., 1990).

Таким образом, уменьшение автономной пластичности может также отражать безуспешные попытки восстановить гомеостаз. Наконец, она может отражать ослабление тревоги индивида при решении задач, которые не воспринимаются им как значимые для него (Shapiro, Crider, 1969). Тем не менее, люди со сниженной автономной пластичностью могут обнаруживать избыточные физиологические реакции, сталкиваясь с ситуациями, значимыми для их патопсихологических особенностей.

Предполагается, что изменения физиологического статуса – необходимое условие приобретения и поддержания реакций страха. Сильный стресс всегда связан с повышением центрального возбуждения, равно как и с автономными и эндокринными изменениями, хотя их интенсивность у разных индивидов неодинакова (Ursin et al., 1978). Однако после того, как страх уже был пережит однажды, в дальнейшем он может сопровождаться в основном изменениями мышечного тонуса и лишь некоторыми автономными изменениями. Даже панические состояния, наиболее острые проявления тревоги, могут не сопровождаться регистрируемыми физиологическими изменениями. Так, в проведенном эксперименте Lenz и др. (1995) панику у пациента вызывали посредством электрического раздражения области таламуса. При этом физиологические изменения не наблюдались. Это дает основание полагать, что после того как реакция тревоги сформирована, субъективное переживание тревоги соответствует, скорее, представлению, хранящемуся в памяти, чем реальным физиологическим проявлениям. Hochmann (1966) обнаружил, что у застенчивых людей такие соматические изменения, как покраснение, могут сигнализировать о начале тревоги и дальнейшем нарастании этого процесса.

Как показали Schachter and Singer (1962), возбуждение и сопутствующие ему физиологические изменения нуждаются в когнитивном способе ввода информации, чтобы вызвать определенные эмоции, включая тревогу.

Эмоциональные реакции можно идентифицировать на основе самоотчетов и выражения лица, однако необходимо, чтобы это было дополнено измерениями физиологических показателей, без которых труден процесс идентификации (Hoehn-Saric, McLeod, 1993).

Последние исследования предполагают, что некоторые физиологические параметры, такие, как кожная проводимость, служат для определения общего уровня возбуждения, тогда как другие параметры, например, мигательный рефлекс, более непосредственно связаны с эмоциями (Lang et al., 1990).

Следует подчеркнуть, что физиологические реакции у разных индивидов также различны: в зависимости от возраста, конституциональных особенностей и приобретенных

паттернов физиологического реагирования.

Общеизвестно, что индивид не имеет достаточного представления о реакциях своего организма. Субъективные оценки собственного физиологического состояния и происходящих в нем изменений часто не соответствуют данным объективных методов исследования. Например, уровень субъективно ощущаемого страха у опытных парашютистов ниже показателей физиологической реактивности (Epstein, 1967). С другой стороны, пациенты с общим тревожным расстройством, успешно прошедшие курс психотерапии, определяли у себя соматические изменения, ориентируясь в большей степени на свое психическое состояние, чем на физиологические показатели. Такое расхождение между изменениями организма и их субъективной оценкой обусловлено факторами ожидания и внимания. Тревожные индивиды направляют внимание вовнутрь, тогда как не тревожные в большей степени сосредоточены на внешних событиях и не обращают внимания на свои физиологические ощущения. Кроме того, на восприятие собственных физических состояний влияет прошлый опыт, который может приводить к повышенному вниманию к своим ощущениям и их неправильному истолкованию (McLeod et al., 1986).

Тревога вызывает качественные изменения в когнитивной деятельности. Индивиды с высоким уровнем личностной тревоги дают отличные когнитивные оценки угрожающим стимулам, отличающиеся от оценок индивидов с низкой тревогой.

Высокотревожные имеют особую избирательную тенденцию, благоприятствующую восприятию стимулов, содержащих угрозу (Eysenck, 1991). По мнению Clark и Beck (1989), индивиды с высоким уровнем тревоги обладают плохо адаптивными когнитивными схемами. Их когнитивной деятельности свойственны искажения, не связанные с решаемой задачей, а также когнитивная асимметрия (Ingram и Keudal, 1987).

У нетревожных индивидов тоже могут наблюдаться подобные особенности, однако у индивидов с тревожными расстройствами они значительны, поскольку соединяют события внутреннего и внешнего мира с физическими или психологическими угрозами, что делает этих индивидов более уязвимыми.

Закон Yerkes-Dobson (1908) гласит, что на деятельность влияет уровень возбуждения. Легкая тревога оказывает положительное, стимулирующее влияние, а сильная тревога – отрицательное влияние на деятельность субъекта. Высокотревожные индивиды всегда насторожены и «сканируют» информацию, лежащую за пределами их внимания. Такая стратегия повышает их готовность к опасности, исходящей от внешней среды, но одновременно и создает трудности в фокусировании внимания на основной деятельности (Mathews et al., 1990). Степень влияния тревоги на деятельность субъекта зависит не только от сложности решаемой задачи, но и от скорости нахождения способов ее решения.

Одной из основных составляющих тревоги является беспокойство. Поскольку тревога связана с неопределенностью, тревожным индивидам свойственно проявление беспокойства и формирование тревожных ожиданий. Ожидания амбивалентны. По мере того, как у индивида растет осознание потенциальной опасности, он становится более тревожным, но при этом снижается вероятность того, что событие застанет его врасплох и он полностью окажется во власти тревоги (Epstein, 1972).

Данные наблюдения позволили Roemer и Borkovec (1993) выдвинуть гипотезу о том, что беспокойство, постоянное чувство негативного ожидания, используется тревожными индивидами для подавления аффективных и физиологических реакций. Беспокойство воспринимается самим субъектом как стремление избежать опасности (Borkovec и Hu, 1990).

Как видно из приведенного анализа, множество различных подходов в изучении тревоги, имеющих в литературе, свидетельствует об отсутствии ясного представления о природе этого явления. Одни авторы трактуют тревогу в рамках доступных наблюдению поведенческих признаков, другие – в рамках защитных механизмов, третьи склонны связывать ее с прошлыми событиями, четвертые определяют ее как физиологическую реакцию, как разновидность аффекта.

Sarbin (1957) вообще предлагает отказаться от термина anxiety, считая его слишком

«художественно туманным» и предлагает вместо него использовать термин «когнитивное напряжение». По его мнению, это позволит направить усилия исследователей в сторону поиска фактического материала.

Reingold (1961) считает, что различия в определениях могут привести к путанице в понятиях в случае, если рассматривать каждое определение как единственно правильное. Если же их рассматривать как дополняющие друг друга, никакой путаницы не будет.

Иллюстрацией такого «дополняющего подхода» описательного характера может служить определение «anxiety» в монографии Noues и Hoehn-Saric (1998):

«Тревога – это одно из универсальных состояний и, как таковое, является неотъемлемой частью жизни человека. Тревога выполняет функцию биологической системы предупреждения, которая активируется опасностью. Тревога также возникает вследствие утраты значимого объекта или интрапсихического конфликта, а именно – конфликта между потребностями субъекта и требованиями среды или между конфликтующими ценностными системами. Тревога – это отрицательная эмоция, которая связана с телесным дискомфортом. В отличие от депрессии тревога – это реакция на угрозу и направлена в будущее. Угроза может представлять собой опасность или отсутствие поддержки, неизвестность. Нормальная тревога подготавливает индивида к защитному реагированию. Такой уровень тревоги позволяет справиться с неприятной ситуацией, тогда как высокий уровень тревоги оказывает ослабляющее и даже дезорганизующее действие на психику человека. Тревога выходит за рамки нормы, когда ее интенсивность и длительность непропорциональны возможному ущербу, а также когда она возникает в нейтральной ситуации или в ситуации, не содержащей объективной угрозы.

Тревога – это сложное состояние, характеризующееся как психическими, так и соматическими проявлениями, а также гипервозбуждением. Кроме того, она часто сопровождается поведенческими реакциями. Психические проявления представляют собой аффективные реакции в диапазоне от напряжения до страха и в крайней степени – паники. В когнитивном аспекте тревога проявляет себя в виде затруднений, связанных с выбором действий в той или иной ситуации и неуверенностью в отношении будущего. Сюда же можно включить беспокойство, страх, предчувствие беды, страх неспособности справиться с обстоятельствами и страх усиления тревоги до такой степени, при которой она может стать причиной публичного смущения. С тревогой связан гнев, уменьшение которого может вести к пропорциональному снижению тревоги. Временное состояние депрессии возникает, когда человек теряет уверенность в том, что способен контролировать тревогу. Соматические проявления тревоги можно разделить на мышечные и вегетативные. Мышечные ощущения варьируются от едва ощутимого напряжения до тремора, спазмов, иногда мышечной слабости. Общее мышечное напряжение отражает уровень центрального возбуждения. Однако не все мышечные группы одинаково реагируют на тревогу. Как правило, усиление активности мышц головы, шеи и плеч вызывает дискомфорт и боли в этих областях. Иногда тревога вызывает локальные дисфункции, как-то писчий спазм или ларингоспазм.

Вегетативные проявления характерны при сильной тревоге, но они различаются по интенсивности и типологичности. Некоторые люди конституционально расположены к определенным вегетативным реакциям, таким как, потение, сердцебиение, и обнаруживают вегетативные реакции даже при легкой тревоге. Вегетативные проявления включают сердцебиение, покраснение, ощущение повышения температуры тела, потение, влажность ладоней, сухость во рту, сдавливание в груди, ощущение нехватки воздуха, учащение дыхания, колики в животе, тошноту, позывы к мочеиспусканию и дефекации.

Гипервозбуждение варьирует от состояния повышенной готовности до чрезмерной настороженности и ощущения стимульной перегруженности. При сильной тревоге гипервозбуждение приводит к сложности или невозможности концентрации внимания. Ночью гипервозбуждение проявляется в виде бессонницы.

Поведенческие проявления включают в себя покраснение или побледнение, видимую дрожь, напряжение в голосе, беспокойство, замирание, смех и плач, а также чрезмерную

болтливость. В зависимости от личностных черт тревога может приводить к избеганию, бегству в фантазии, формированию зависимости от других, поискам успокоения, обращения к другим за советами, поискам всевозможных способов, чтобы отвлечься. Тревога может также усиливать подозрительность и приводить к агрессивным действиям» (с. 1–2).

## **Тревожные расстройства у детей**

### **Классификация тревожных расстройств**

Общеизвестной истиной является то, что тревога представляет собой универсальное переживание, крайне необходимое для выживания, и дети не являются исключением, хотя можно ожидать, что их тревога отличается от тревог взрослых, отражая незрелость центральной нервной системы, неопытность и более ограниченную, более защищенную социальную экологию.

Аффективные расстройства относятся к числу наиболее распространенных психических нарушений у детей и подростков. При этом достаточно часто – 2 % от общей популяции детей (Costello et al, 1998) – они выступают как самостоятельная патология. Однако феноменология и патопсихологические особенности эмоциональных отклонений у детей нуждаются в уточнении.

Понятие развития, в смысле изменения функции с возрастом, является изначальным не только для детской психологии, но и для детской психиатрии, относится это и к возрастным изменениям тревожности у детской популяции.

В одном из известных исследований детских страхов Miller и его сотрудники (1972, 1974) на основе теории развития отметили, что страх изменяется как функция в зависимости от когнитивного развития ребенка. В частности, чтобы развился страх перед каким-либо определенным объектом, он должен восприниматься постоянным, как это понимал Пиаже, подчеркивая, что такая способность развивается к 9–12 месяцам. Miller и др., однако, не делают достаточно очевидного заключения, что в возрасте до 1 года тревожность будет большей частью инстинктивной, рефлексивной и прежде всего ориентированной на выживание. Существенный вклад в эти взгляды на тревожность детей, как инстинктивную, внесла психоаналитическая теория, начиная с описания Фрейдом «фобии лошади» у маленького Ганса и достигнув наибольшего развития и важности в идее привязанности Bowlby и в связанном с ней, но тем не менее отличающемся, положении узнавания знакомого улыбкой в исследованиях Spitz. Хотя ребенок научается улыбаться знакомым раньше, отчетливое различие чужих и известный «страх чужих» впервые проявляется в возрасте около 6 месяцев. Немного позже крик легко вызывается просто тем, что мать оставила ребенка одного слишком надолго или в незнакомом окружении, т. е. разлукой. Но прежде чем появится тревога из-за чужого и тревога из-за разлуки, легче всего вызвать ее у младенцев очень сильной и неожиданной сенсорной стимуляцией: визуальной, слуховой или кинестетической.

Хотя тревожность из-за разлуки (отделения) и тревожность из-за чужого не развиваются до 6-12 месяцев, последующие исследования показали, что предпосылки этих процессов опережают актуальное появление этих двух видов тревожности, хотя как именно рано они начинают действовать первоначально на мать или на младенца, пока еще спорный вопрос (Rutter, 1972).

Таким образом, представляется разумным выделить четыре различных вида детской тревожности, а именно примитивную реактивность, тревожность разлуки, страх чужих и боязнь определенных событий или объектов. Хотя, по мнению Werry и Aman (1980), можно утверждать, что эти четыре типа тревожности появляются в хронологической последовательности, но сомнительно, чтобы какой-либо из них полностью исчез в процессе взросления.

Легко также видеть, как реактивная тревога, тревога из-за чужого и из-за разлуки могут приводить к научению ребенка, в то время как боязнь определенных объектов (включая людей, ситуации, предметы) в некоторых случаях может иметь результатом избегание или научение по оперантному типу.

В какой же степени эмпирические данные свидетельствуют в пользу этой последовательности развития? Хотя наше знание о развитии тревожности у младенцев и детей дошкольного возраста далеко не полное, обзор Rutter (1976) наводит на мысль, что до 2-3-летнего возраста преобладает тревожность из-за внезапной сенсорной стимуляции и следующие за ней тревога из-за чужого и из-за разлуки. Затем боязнь темноты и животных становится явной до 5 лет, иногда на год или два ее заменяют воображаемые страхи – страхи нереального (привидения, чудовища); далее, примерно с 7 лет, преобладают взрослые виды страхов – страх смерти, болезни и социальная тревожность. Miller et al. (1974) описывают развитие страхов нереального немного по-другому, датируя их появление несколько раньше, но в других отношениях между этими обзорами различие невелико, видимо из-за того, что в обоих использованы в основном одинаковые источники, относящиеся к дошкольному периоду.

В 1972 году Miller et al. провели категоризацию страхов 712-летних детей с помощью факторного анализа, сведя их к четырем базовым категориям: страх физического повреждения и разлучения; страх естественных природных явлений, животных и др.; социальная тревожность и смешанная группа.

Тревожность, как отдельный симптом, может наблюдаться изолированно, без других свидетельств нарушений. В исследованиях Miller (1974) и Rutter (1976) подчеркивается, что страхи и тревоги являются естественным состоянием у детей от 2 до 6 лет и в среднем их бывает три, тогда как почти у 50 % детей в возрасте от 6 до 12 лет бывает 7 различных страхов и тревог. Однако, как показали исследования Miller и его сотрудников, родители не обращают на эти страхи внимания, считая их нормальными, за исключением тех ситуаций, когда они имеют социальные основания. Хотя фобия школы наблюдалась только у 1 % изученной популяции, она составила 69 % обращений к специалистам, тогда как довольно редкий вид страха, а именно боязнь спать одному, составила 9 % обращений. Только частота обращений по поводу страха темноты – 6 % соответствовала частоте его встречаемости в популяции. Таким образом, замечают Werry и Aman (1980), нужно воздержаться от решения называть эти страхи фобиями. Страх должен серьезно мешать социальной функции ребенка, а не родителей. Так страхи, причиняющие неудобство родителям по ночам, особенно у детей дошкольного возраста, не соответствуют этому положению, тогда как тревоги, связанные со школой, могут быть так квалифицированы.

В клинических исследованиях, как указывают некоторые авторы (Rutter, 1976; Quay, 1979), несмотря на проблему «смешанных» нарушений, «чистая» тревожность, рассматриваемая как черта-расстройство, признается допустимой. Эта предрасположенность к тревоге обусловлена личностными особенностями (Spilberger, 1972; Eysenk, 1985; Gray, 1987; Cloninger, 1988).

Однако единодушного мнения по этой проблеме нет. Одни считают, что тревожность как черта имеет достаточно благоприятный прогноз (Robins, 1979), особенно до 10-летнего возраста. В других исследованиях отмечается связь между тревогой и чертами тревожной личности, но остается непонятным, носят ли эти черты преморбидный характер или отражают влияние хронической тревоги на личность ребенка (Nestadt et al., 1992). Все это указывает на недостаточную разработанность данной проблемы.

В последнее время на первый план в изучении психопатологии детского возраста выдвинулась проблема анализа и места тревоги в детских поведенческих и эмоциональных расстройствах. Обсуждается также вопрос, считать ли тревогу единственным феноменом аффективных нарушений или же существуют различные варианты тревоги в зависимости от нозологической сущности расстройства.

Две наиболее распространенные в мире классификации (DSM и ICD)<sup>1</sup> выделяют тревожные нарушения, встречающиеся во всех возрастных группах, и особо говорят о расстройствах, типичных для детского возраста, подчеркивая тем самым самостоятельный характер этого патопсихологического феномена. Кроме того, в обеих классификациях отмечается, что тревога может существовать как изолированный синдром, так и проявляться в рамках других нарушений.

В классификации DSM – III – R выделяется три варианта тревожных расстройств, в которых тревога играет ведущую роль:

- расстройство изоляции (при разлуке);
- поведение избегания;
- расстройство в виде чрезмерной тревожности.

Тревожное расстройство при разлуке особенно свойственно маленьким детям, зависящим от опекающих их лиц, и возникает в связи с тем, что они переживают ряд характерных страхов в период своего развития – страх потерять мать, страх быть потерянным или уничтоженным, страх одиночества, страх переезда, страх разлучиться с родителями, страх темноты. Когда наступает необходимость расставаться с родителями и идти в школу, развивается синдром школьной фобии или отказ от посещения школы. Нередко предчувствие разлуки влечет за собой возникновение различных болезненных расстройств (головные боли, тошнота, рвота), не связанных с соматическими заболеваниями. В некоторых случаях возникают вспышки раздражения с плачем и требованиями не оставлять одного дома.

Описываемые расстройства развиваются от дошкольного возраста до 18 лет, а продолжительность этих состояний не более 2 недель.

Сходные проявления представлены и в классификации ICD-10 под названием «Тревожное расстройство в связи со страхом разлуки в детском возрасте». Однако этот раздел дополнен положением о «Фобическом расстройстве детского возраста», где подчеркивается, что фобии могут проявиться в необычно раннем возрасте и касаться широкого круга проблем и различных ситуаций, имеющих связь с определенной фазой развития ребенка.

Второй вариант тревожных расстройств, также встречающихся в детском возрасте, выделяется в классификацию DSM – III – R как «Расстройство в виде избегания» и характеризуется устойчивым и чрезмерным избеганием контактов с незнакомыми людьми, что приводит к нарушению социальной функции. При этом ребенок не утрачивает контактов с наиболее близкими ему людьми. Это расстройство возникает у детей с 2,5 лет и длится по меньшей мере 6 месяцев.

В классификации ICD-10 описанная категория тревожных расстройств присутствует в разделе «Социальное тревожное расстройство детского возраста». Поскольку у детей страх и боязнь незнакомых людей встречается и в норме, указанное расстройство может диагностироваться только при наличии нарушения социальных контактов и адаптации.

«Расстройство в виде чрезмерной тревожности» рассматривается в DSM – III – R как третий вариант тревожных расстройств детского возраста. Существенной особенностью этого нарушения является переживание очень высокого уровня тревоги, не имеющей реальных оснований. Дети с такими расстройствами очень застенчивы и все время беспокоятся о событиях, которые могут произойти в будущем. Они боятся показаться несостоятельными в событиях, которые могут произойти в будущем, в обществе сверстников или во время выполнения какого-либо задания, испытывая постоянное чувство неуверенности в себе и угрозу для их самооценки. При этом часто высказывают необоснованные жалобы соматического характера. Такие дети требуют постоянной

---

<sup>1</sup> DSM – Диагностическое и статистическое руководство по психическим заболеваниям (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Американской Ассоциации Психиатров (APA). DSM – III – R (1987); DSM – IV (1994); ICD – 10-я версия Международной Классификации болезней.

моральной поддержки со стороны взрослых. Это состояние продолжается, как правило, 6 месяцев и может сопровождаться сопутствующими и простыми фобиями. Однако это состояние представляет собой изолированное расстройство и не входит в структуру более тяжелых психических нарушений детского возраста.

В классификации ICD-10 также представлен раздел «Генерализованное тревожное расстройство детского возраста».

В целом, в предложенных классификациях дается сходное определение тревожных состояний, характерных для детского возраста.

### **Специфические фобии**

Термин «фобия» происходит от греческого слова «phobos», что означает патологический сильный страх, объектом которого могут быть различные предметы или ситуации (события). Патологические страхи стали предметом изучения начиная с Гиппократов, но сам термин «фобия» был введен только в XIX веке. Freud (1895) отличал общие фобии от реалистических страхов, в то время как Kraepelin (1915) рассматривал их в единстве.

Согласно Miller et al. (1974), страхи становятся фобиями, когда влекут за собой превышение нормативного проявления, заданного данной ситуацией, не могут быть обоснованы или логически опровергнуты, неконтролируемы, ведут к избеганию предмета страха, сохраняются в течение длительного периода, плохо приспособляемы и не являются специфическими для определенного возраста и уровня развития. Как показал Marks (1987), фобии могут возникать в ответ на почти любой объект или ситуацию. В действительности некоторые учебники по психиатрии начала века называют более ста фобий. По таксономическим основаниям фобии объединены в определенные группы. Основными видами фобии являются специфические фобии (боязнь каких-либо определенных явлений или предметов): агорафобия, социальные фобии, фобии животных. Человек, у которого отмечена несложная форма специфической фобии, может не иметь других психологических проблем, и в отсутствии возбудителя страха, как и другие проблемы, может не вызывать опасения (Marks, 1987).

DSM – IV (1994) выделяет семь критериев, необходимых для диагностики специфической фобии. Фобия характеризуется постоянным видимым страхом объектов или ситуаций. Столкновение со стимулом почти неизменно вызывает ответную реакцию тревоги. Эта реакция может принимать форму ситуативно-обусловленной или ситуативно-предрасположенной панической тревоги. Подростки и взрослые, реже дети, нуждаются в осознании, что их страх чрезмерен и необоснован. Избегание стимула или страх при столкновении с ним влияет на нормальное функционирование человека, общение и заставляет его испытывать беспокойство относительно наличия у него данного страха. Симптомы при фобиях не могут быть объяснены другими психическими нарушениями. DSM – IV отличается от DSM – III – R главным образом указанием на то, что продолжительность страха у индивида в возрасте до 18 лет составляет минимум 6 месяцев. Кроме того, дети не всегда осознают, что их страхи необоснованны.

Критерии ICD -10 являются схожими, хотя и более простыми, чем критерии DSM – IV, и основное различие состоит в том, что именно DSM – IV, а не ICD -10, подчеркивает осознание необоснованности страха.

Некоторые детские страхи являются неотъемлемой частью нормального психического развития. По мере развития познавательной сферы дети сначала испытывают беспокойство при разлуке с матерью или в присутствии «чужого», позже они начинают бояться животных и, наконец, ситуаций общения. В дальнейшем эти страхи являются предпосылками для возникновения фобий.

Для объяснения этиологии фобий используют психологические теории. Фрейд рассматривал фобическое расстройство как результат конфликта, централизованного на не

разрешившихся в детстве ситуациях, наблюдавшихся в возрасте Эдипова комплекса.

У Фрейда в понимании исторически унаследованных страхов прослеживается двойственность. С одной стороны, в таких фобиях раннего возраста, как боязнь мелких животных, грозы и т. п., он видел некоторую «долю архаичного наследства». С другой стороны, Фрейд выделял детские страхи, к которым относил боязнь кастрации, страх потери любви, фобию животных.

В своих «антропологических работах», описывая появления у маленьких детей фобии лошади, паука, волка, он приходит к выводу, что в этих детских фобиях возрождаются некоторые формы тотемизма. Устойчивость таких форм и их появление в виде страхов он объясняет процессом подавления значимого и постоянно повторяющегося события в истории человечества, сохранившегося в архаичной памяти в виде бессознательных следов. Кроме того, фобия животных также рассматривается им как проявление страха кастрации – наказания со стороны отца (случай маленького Ганса).

Двухфакторная теория Mowrer (1960) говорит о том, что развитие фобий проходит в два этапа. Сначала страх является обычной ситуативно обусловленной реакцией на фобический стимул. Последующее избегание стимула уменьшает чувство страха и предотвращает его появление. Согласно этой теории, столкновение со стимулом необходимо для уменьшения чувства страха, на чем основана психотерапия фобий.

Часто фобии могут быть приобретены через опосредованное научение, особенно когда дети наблюдают страхи взрослых. Модель, основанная на теории социального научения (Bandura, 1977), показывает влияние примеров на возникновение заученных реакций.

Страхи и фобии у детей имеют симптоматическое сходство со страхами у взрослых, за исключением того, что дети часто не рассматривают свои страхи как необоснованные (Silverman и Nells, 1990). Страхи у детей часто бывают преходящими и длятся от одной до нескольких недель. У некоторых детей, однако, страхи сохраняются или превращаются с возрастом в более реалистические опасения. Длительные страхи могут явиться следствием более высокого уровня тревожности. Фобии у детей более поддаются терапии, нежели у взрослых, однако у более чем половины детей, даже при улучшении состояния, фобии сохраняются. Как замечают Hoyer и Hoehn-Saric (1998) при активной терапии фобии вероятнее и быстрее добиться результата у маленьких детей, чем у старших, но даже в этом случае у 7 % детей сохраняются серьезные страхи. Страхи животных, грома и прививок имеют тенденцию сохраняться во взрослой жизни. Терапия детей с фобиями требует участия родителей. Часто дети боятся родителей, и изменение поведения родителей ведет к улучшению состояния ребенка (Windheuser, 1977).

Начало фобии индивидуально и может наблюдаться с детства до пожилого возраста. По данным Magee et al. (1966), в среднем начало фобии приходится на возраст 15 лет. Результаты исследований Fyer et al. (1995) показали влияние семьи на развитие простых или специфических фобий.

Изучение близнецов привели Torgensen (1979) к выводу о том, что монозиготные близнецы более подвержены влиянию страхов, чем дизиготные, исключением является страх разлуки. Он пришел к заключению, что генетический фактор играет важную роль в возникновении фобий. Если эти задатки развиваются, то далее они ведут к появлению уязвимости (ранимости). Среди монозиготных пар близнецов рожденный вторым (и быстрее по времени) был более подвержен страху, зависим, замкнут и менее уверен в себе в детстве. Изучение близнецов женского пола показало, что генетические факторы играют существенную, но не определяющую роль в этиологии фобий (Kendler et al., 1992). Некоторые детские страхи, вроде страхов животных, сохраняются во взрослой жизни. Однако большинство детей, страдающих фобиями, развиваются в нормальных взрослых (Marks, 1987).

Несколько подробнее необходимо остановиться на школьной фобии. Как подчеркивают Graziano et al. (1979), Graziano и De Giavanni (1979), боязнь школы объясняет значительную часть тревожных расстройств детского возраста. В то время как некоторые называют само



избегание школы главной составляющей этого нарушения (Ayllon et al., 1970), другие предполагают, что отказ от школы является отражением тревожности разлуки, третьи считают возможным и то, и другое (Smith, 1970). Однако, как считает Werry (1980), можно примирить различные точки зрения, если «фобия школы» будет рассматриваться как особая форма поведения в зависимости от причины отказа от школы, а не как диагноз. Более того, как отмечают Gittelman – Klein и Klein (1973), тревожность разлуки сама может вести к вторичной антиципаторной или фобической тревожности.

Бихевиоральная терапия школьной фобии зависит от того, в чем состоит главная проблема. Когда придается особое значение тревожности, боязни школьной ситуации, часто применяются методы уменьшения страха, опирающиеся на процедуры обусловливания. В этих случаях страх, вызываемый стимулом (школьное задание или социальный контекст, связанный с этой окружающей обстановкой) может быть ослаблен посредством угасания или контробусловливания. Можно систематически и постепенно знакомить ребенка со школой, так, чтобы он имел возможность убедиться, что окружающая обстановка на самом деле не угрожающая.

Многие авторы подчеркивают оперантные характеристики школьной фобии, отмечая, что избегание школы имеет для ребенка также и непосредственно вознаграждающую ценность. Успешное избегание ситуации, вызывающей страх, является дальнейшим подкреплением, т. к. уменьшает страх, и кроме того, ребенку нравится повышенное внимание родителей к его соматическим жалобам. Наконец, как отмечает Ross (1974), чем дольше ребенку удастся избегать школы, тем больше он отстает в учебе, что делает школу еще более враждебной ему. Поэтому, большинство бихевиоральных терапевтов поощряют как можно более быстрое возвращение ребенка в школу.

Терапия, основанная на таких оперантных взглядах, старается устранить вознаграждение за избегание школы и положительно подкреплять приближение ребенка к школе. Так, родителей часто инструктируют не обращать внимание на соматические жалобы ребенка, устранить все положительные моменты, получаемые ребенком во время избегания школы и хвалить его за успешное приближение.

На самом деле в большинстве бихевиоральных терапий используется сочетание классического обусловливания и оперантных подходов. Ross (1974), Gelfand (1978) и Kennedy (1965) дают подробное перечисление шагов, которые могут быть использованы при терапии таких детей. Несмотря на популярность этих подходов, большинство свидетельств их ценности представляют собой исследование единичных случаев (Hersen, 1971).

## **Коморбидность тревожных нарушений в детском возрасте**

Нарушения у взрослых, вызванные тревогой, были предметом значительного количества исследований, особенно в последнем десятилетии (Barlow, 1988). По сравнению с этим детским проблемам того же рода уделено мало внимания, несмотря на тот факт, что от тревожности страдает значительное количество детей.

Существующие факты доказывают, что тревожность может иметь как немедленные последствия для развития ребенка, так и оказывать влияние через длительный период времени. Тревожность у детей негативно влияет на успеваемость в школе и социальную адаптацию ребенка (Dweck, Wortman, 1982; Strauss, Lease, Last et al. 1988). Данные, подтверждающие длительность воздействия тревожности на личность, основываются на исследованиях взрослых людей, страдающих нарушениями, вызванными тревожностью (Last et al., 1987; Weismann et al., 1985). Более того, старшие дети по сравнению с младшими, имеющими такие же нарушения, страдают более повышенной тревожностью (Strauss et al., 1988).

Исследователи в области психопатологии сконцентрировали внимание на вопросе

коморбидности<sup>2</sup>. Так, целый выпуск журнала «Consulting and Clinical Psychology» (Vol. 60, 1992) был полностью посвящен проблемам коморбидности, серьезно влияющей на обоснованность диагностики, этиологии и терапии нарушений.

Обсуждение и изучение коморбидности должны ответить на вопрос: «Каков первичный диагноз?». В некоторых случаях различие между первичным и вторичным диагнозами делается на основании временного появления нарушения. В других случаях клиническая строгость является определяющим фактором, а в третьих – рассматривается причинная связь между двумя нарушениями и считается, что то, которое повлияло на другое, является главным (Klerman, 1990).

Другим важным фактором является наличие иерархического исключительного критерия классификационной системы. Одним из изменений в результате появления DSM-III-R и DSM-IV явился пересмотр некоторых правил иерархии, которые присутствовали в DSM-III.

Правила иерархии устанавливают, что одно нарушение не может быть диагностировано, если оно проявляется только в присутствии другого. Эта система имела большое влияние на классификацию нарушений, вызванных тревожностью, т. к. другие нарушения были иерархически выше. Так, например, DSM-III-R устанавливает, что синдром общей тревожности и ее детский эквивалент нарушений, вызванный чрезмерной тревожностью, не должен быть диагностирован, если проявляется только в рамках расстройств настроения.

В DSM (APA, 1987, 1994) различаются два вида нарушений, вызванных тревожностью: а) берущие начало в младенчестве и протекающее в юности; б) нарушения, которые могут развиваться в любом возрасте, но часто встречающиеся в зрелости. Детям и подросткам могут ставить диагноз, исходя из любого вида. Но ведутся серьезные споры относительно обоснованности и надежности диагнозов, поставленных на основе такой системы категорий, как DSM, особенно в отношении детей и подростков. Как отмечают Achenbach et al. (1989), предшественник DSM-III-R, DSM-III не имел теоретической базы для многих нарушений у детей и подростков, которые описывал. DSM-III-R различает детскую и подростковую тревожность как две отдельные категории.

Однако DSM остается справочником, который находится в процессе пересмотра. DSM-IV (APA, 1994) включает вопросы, имеющие большое влияние на нарушения, вызванные тревожностью. Эти вносимые изменения будут рассмотрены ниже, а основное внимание, как нам представляется, следует сосредоточить на DSM-III-R, т. к. еще недостаточно опубликовано результатов исследований, основанных на критериях DSM-IV.

Как указывалось выше, в DSM-III-R представлено три вида нарушений, вызванных тревожностью: страх разлуки, чрезмерная тревожность и поведение избегания.

За последнее время было опубликовано несколько работ, рассматривающих вопросы надежности и обоснованности диагнозов данных детских нарушений, вызванных тревожностью.

Так Last, Kardin, Finkelstein и Straus (1987, 1988, 1992) зафиксировали различия между детьми с диагнозом страха разлуки и диагнозом чрезмерной тревожности. В первом случае дети были младше и происходили из семей с низким социально-экономическим статусом, а во втором случае дети имели коморбидность нарушений, вызванных тревожностью. На основе этих исследований авторы сделали вывод, что полученные результаты говорят в пользу различий между указанными диагнозами, как и показано в DSM-III-R (Last et. al., 1987).

Исследования, проведенные Last с коллегами, показали, что диагноз поведения избегания реже всего встречается среди детей с нарушениями, вызванными тревожностью

---

<sup>2</sup> Сопутствующий патологический процесс (термин обычно используется в эпидемиологии для обозначения одновременного существования двух и более нарушений).

(1992). Francis, Last, Straus (1992) исследовали диагностические категории нарушений, вызванные поведением избегания. До этого исследования не было известно никаких данных о детях с нарушениями такого плана. Целью этого исследования было сравнение нарушений, вызванных поведением избегания и социофобий. Социофобия определяется как постоянный страх ситуаций общения с людьми.

Детям и подросткам может быть поставлен диагноз социофобия, но при условии, что симптомы не отвечают нарушениям, вызванным поведением избегания. Francis et al. (1992) указали, что критерии обоих нарушений значительно перекрывают друг друга и раньше не было никаких данных, говорящих о разности подходов к ним. Они сравнили три группы детей: с поведением избегания, социофобией и с обоими нарушениями. Исследователи обнаружили, что три группы были сходны по всем показателям за исключением возраста. Из этого они сделали вывод, что социофобия и нарушения, вызванные поведением избегания, могут быть с большим трудом различимы, а поэтому нарушения, вызванные поведением избегания (особенно боязнь незнакомых) может быть видом социофобий, более типичной для маленьких детей.

Кроме того, Francis et al. описывают это как феномен, связанный с развитием, который при нормальном развитии боязни незнакомых предвещает страхи социальных оценок. Данные, полученные в Temple Child and Adolescent Anxiety Disorders Clinic (1995), также показывают, что очень трудно выявить различия между нарушениями, вызванными поведением избегания, и социофобией.

Как было упомянуто ранее, классификация детских нарушений, вызванных тревожностью, претерпела значительные изменения в DSM-IV. Эти данные отражают информацию, собранную по вопросам надежности и обоснованности описания категорий нарушений, вызванных поведением избегания. Таким образом, нарушения, вызванные поведением избегания и чрезвычайной тревожностью, перестали существовать как отдельные диагнозы и были включены как эквиваленты этих нарушений у взрослых. Теперь нарушения, вызванные поведением избегания, классифицируются как общая социофобия, а нарушения, вызванные чрезмерной тревожностью, как синдром общей тревожности. Возрастные показатели указаны в описаниях этих нарушений. Диагноз нарушений, вызванных страхом разлуки, остается самостоятельной категорией с дополнением незначительных пояснений к критериям индивидуальных симптомов.

Информация об обоснованности типологии детских нарушений, вызванных тревожностью, получена из данных о коморбидности среди этих нарушений. Имеют ли дети наряду с одним нарушением, вызванным тревожностью, другое сосуществующее нарушение с той же этиологией? Данные, полученные из исследований нарушений, вызванных тревожностью у взрослых, показывают высокую степень коморбидности.

Brown, Baglow (1992) заметили, что одна треть пациентов (32 %) имели сопутствующие нарушения, вызванные тревожностью, с преобладанием синдрома общей тревожности как наиболее обычного дополнительного нарушения (23 %). De Ruiter, Rijken, Garssen, VanSchaik and Kraaimant (1989) обнаружили достаточно высокий процент коморбидности в их выборке голландских пациентов с нарушениями, вызванными тревожностью.

Анализ данных о коморбидности среди детских нарушений, вызванных тревожностью, можно проиллюстрировать исследованием, проведенным на выборке из 105 детей, принятых на лечение в Temple Child and Adolescent Anxiety Disorders Clinic. Это были дети в возрасте 9-13 лет, средний возраст 11,4 года, 69 мальчиков и 36 девочек. Только 36 из 105 детей имели одно нарушение, вызванное тревогой. Частота диагноза «чрезмерно повышенной тревожности» намного превышала другие. Примерно 80 % детей с первоначальным диагнозом «нарушение, вызванное поведением избегания или страхом разлуки», имели нарушения, связанные с чрезмерной тревожностью. У детей с первоначальным диагнозом «чрезмерная тревожность» около 45 % имели еще нарушение поведения избегания и около 20 % – страха разлуки. Простые фобии встречались во всех группах – от 40 % детей с

первоначальным диагнозом поведения избегания до 82 % детей с нарушением страха разлуки.

Эти данные показывают, что система категорий, которая классифицирует детскую тревожность, может оказаться неверной, т. к. только в редких случаях у ребенка встречается одно из нарушений.

Один из самых последних отчетов об исследованиях в Pittsburg Clinic рассматривает 188 случаев за 3-летний период. В статье Last et al. (1992) описывается распространенность нарушений на протяжении всей жизни. При поступлении в клинику все дети были опрошены об их текущих и прошлых нарушениях, а некоторые из них приняли также участие в последующих опросах через 12 и 24 месяца после приема в клинику. Диагнозы были основаны на критерии DSM-III-R, основанном на модифицированной версии Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Clinic (K-SADS). И снова из всех диагнозов детских нарушений, вызванных тревогой, страх разлуки был наиболее часто встречаемым первичным диагнозом, за ним следовал диагноз чрезмерной тревожности и затем нарушения поведения избегания. Когда каждое нарушение было подробно рассмотрено в отдельности, то выяснилось, что:

- 60 % детей с нарушением поведения избегания долгое время имели нарушение страха разлуки;

- 23,5 % с нарушением чрезмерной тревожности долгое время имели нарушение поведения избегания и 37,3 % – страха разлуки;

- 8,3 % с нарушением страха разлуки имели нарушение поведения избегания и 22,6 % – чрезмерной тревожности.

Как показали исследования, у детей с нарушениями страха разлуки были самые низкие показатели коморбидности. Кроме того следует отметить, что нарушения, вызванные тревогой, не только различны по содержанию, но и изменяются в течение времени.

## **Связь тревожности и депрессии**

Различные теоретические направления не только подчеркивают взаимосвязь тревожности и депрессии, но и указывают на единство аффективных, когнитивных, физиологических и поведенческих компонентов (Clark, 1989; Kendalle, Cantwell, Kazdin, 1989; Maser, Cloninger, 1990). Несколько теоретических течений исследовали эту связь с точки зрения аффекта. Так, некоторые исследователи эмоций говорят, что есть небольшое число специфических и дискретных эмоций, которые определяют суть аффективной человеческой экспрессивности. Например, теория Izard определяет 10 основных эмоций. Тревожность и депрессия являются сложными комбинациями этих основных эмоций. Они пересекаются по своему содержанию, но различимы по преобладающей эмоции. В состоянии тревожности преобладает страх, а в состоянии депрессии – печаль (Izard, 1972; Blumberg, Izard, 1986).

Альтернативная теория аффекта, касающаяся связи тревожности и депрессии, построена на идее негативной аффективности. Watson и Clark (1984) определили негативную аффективность как целый комплекс, включающий широкую категорию негативных эмоциональных характеристик. Они разработали 2-мерную модель аффекта с двумя ортогональными факторами: позитивным и негативным аффектом. Высоко позитивная аффективность характеризуется такими прилагательными, как: активный, увлеченный, взволнованный. Негативная аффективность не является отсутствием позитивной, а определяется больше как неприятная реакция активации, описываемая такими прилагательными, как нервный, враждебный, испуганный и бедствующий. Оба эти фактора настроения имеют характерные черты. В соответствии с этой моделью и тревожность, и депрессия характеризуются высокой негативной аффективностью. Однако эти два нарушения различаются тем, что только депрессия характеризуется низкой позитивной аффективностью. Эта теория аффективной структуры представляет собой иерархическую

модель, предполагающую, что каждая составляющая настроения высокого порядка состоит из нескольких связанных, но абсолютно разных эмоциональных состояний (Watson, Clark, 1992). Авторы представили результаты 4 исследований, подтверждающих их иерархическую модель. Однако, проанализировав литературу, освещающую депрессивные и тревожные нарушения, Watson и Clark сделали вывод, что обоим нарушениям присущ элемент общего аффективного дистресса, но есть факторы, специфичные для каждого из них. В соответствии с этой моделью общим элементом является высокая негативная аффективность, в то время как депрессии свойственна низкая позитивная аффективность, а тревожности – напряжение и гиперактивность.

Большинство исследований позитивной и негативной аффективности были направлены на изучение взрослых, но так как они концептуализированы как характерные черты и составляющие состояний, эта модель может быть применена к анализу связи тревожности и депрессии у детей.

Beck et al. (Beck, Emery, 1985; Clark, Beck, 1989) предложили когнитивную модель анализа тревожных и депрессивных нарушений. Центральным в их теории является система когнитивной избирательной организации и кодирования поступающей из окружающей среды информации. Эта избирательная обработка может вызвать ряд ошибок при анализе информации. Именно искажение информации, по мнению Clark и Beck (1989), является первичной дисфункцией в состояниях тревожности и депрессии. С их точки зрения тревожность и депрессию различает специфическое содержание плохо адаптированной системы. При состоянии тревожности искажения когнитивного процесса вызывают мысли об угрозе и опасности, а при депрессии – о потере и неудаче (Alloy, Kelly, Mineka et al., 1990; Beck, Brown, 1987; Beck, Emery, 1985; Beck, Stewart, 1990).

Альтернативный когнитивно-поведенческий взгляд на связь тревожности и депрессии заключается в идее «беспомощности – безнадежности» (Alloy et al., 1990). Этот взгляд опирается на теорию безнадежности депрессивного состояния, которая в свою очередь основана на известной и переформулированной теории «беспомощности» состояния депрессии (Abramson, Alloy and Metalsky, 1988).

Эта теория представляет собой модель определенного типа депрессии, названной депрессией беспомощности. Беспомощность рассматривается как серьезная причина депрессии. Она определяется как негативное ожидание сильно желаемого исхода событий, помноженное на чувство беспомощности относительно своих возможностей изменить вероятный ход этих событий.

Таким образом, согласно этой концепции, безнадежность является причиной депрессии и должна предшествовать депрессии. Предположительно, депрессия безнадежности имеет характерные симптомы, включающие аффект печали, апатии, замедленной инициации свободных откликов, суицидальные действия и готовность к ним, рассеянность внимания и нарушения сна. Некоторые из этих симптомов сходны с симптомами DSM-III-R депрессивного эпизода (аффект печали, психомоторные задержки, проблема концентрации внимания, мысли о самоубийстве). Однако некоторые из симптомов, обозначенных в DSM-III-R, не являются типичными для депрессии безнадежности – это нарушения аппетита и чувство своей несостоятельности (Alloy, 1990).

В соответствии с теорией депрессии безнадежности безнадежность есть нечто среднее между отрицательно воспринимаемыми жизненными событиями и тем, что им приписывается. Приписывание и восприятие отрицательных неконтролируемых событий увеличивает вероятность переживания безнадежности. Теория беспомощности и безнадежности может также служить основанием для выделения некоторых синдромов тревожности. Тревожность может быть охарактеризована беспомощностью, но отличается от депрессии меньшей уверенностью в своей беспомощности. Человек, ощущающий беспомощность и сталкивающийся с негативными событиями, но не думающий о своей полной беспомощности, скорее страдает от тревожности. Синдром подобной тревожности характеризуется тревожной активацией поведения, которая усиливает внимание к контролю

соответствующих ключевых (значимых) раздражителей.

В противовес этому индивид, думающий о себе как о беспомощном, но неуверенный в том, что неблагоприятные события произойдут, испытывает смешанный тревожно-депрессивный синдром (Alloy et al., 1990).

Все эти теоретические подходы к изучению связи тревожности и депрессии пытаются определить их общие элементы и отличительные признаки.

Большинство исследователей сходятся на том, что, с одной стороны, тревожность и депрессия имеют много общих черт, но с другой стороны, могут быть разведены, учитывая ощущение безнадежности – беспомощности как причинную и временную связь между тревожностью и депрессией (Kendall, Watson, 1990).

Подход к изучению связи тревожности и депрессии у детей основан на данных о наследственной предрасположенности к психологическим нарушениям. Есть исследования, посвященные этой проблеме, а также изучению наследственных факторов нарушений у близнецов (Crowe, 1985; Shields, 1969).

Torgerson (1990) представил данные о взаимосвязи тревожности и депрессии у близнецов. Он исследовал пожизненную коморбидность нарушений, вызванных тревожностью и депрессией, и обнаружил связь между смешанной тревожностью и депрессией и просто депрессией. Не было обнаружено связи между, во-первых, просто депрессией, во-вторых, смешанной тревожностью и депрессией и, в-третьих, просто тревожностью. Эти данные установлены только в отношении монозиготных близнецов, что предполагает наличие генетической предрасположенности.

В противоположность этому Kendler, Neale, Kessler, Heath и Eaves (1992) в своих исследованиях близнецов выявили, что те же генетические факторы оказали влияние главным образом на депрессию и синдром общей тревожности. Отличия, выявленные в ходе двух исследований, могут быть результатом того, что изучались различные типы нарушений, вызванных тревожностью. Torgersen подчеркивал, что если бы он анализировал полученные данные в рамках нарушений, вызванных паникой и связанных с нею, то взаимосвязь между смешанной тревожностью и депрессией и просто депрессией была бы более явной. Если рассматривать тревожность и депрессию как отдельные виды нарушений, то следует ожидать проявления различных форм наследственной предрасположенности. Однако если эти два нарушения являются частью единого, более глубинного явления, то проявления наследственной предрасположенности не могут быть четко установлены и различимы.

Puig-Antich et al. (1986) изучали наследственную предрасположенность к депрессии (до момента полового созревания). Они сравнивали наследственную предрасположенность к психиатрическим нарушениям у детей с основным диагнозом депрессии, детей с эмоциональными нарушениями, не носящими депрессивного характера, и детей с нормальным развитием.

Исследования показали, что в семьях, в которых есть дети с депрессивными нарушениями, наблюдается большее количество депрессивных заболеваний и более высокий уровень алкоголизма по сравнению с гармоничными семьями. Семьи детей с эмоциональными нарушениями, не носящими депрессивного характера, не сильно отличались по степени депрессивных нарушений от семей детей с основным диагнозом депрессии и семей гармоничных. Не совсем понятно, почему возрастает степень алкоголизма в депрессивных семьях, но одно из объяснений предполагает, что алкоголизм и депрессия являются альтернативными проявлениями одной и той же скрытой патологии. Другое объяснение заключается в том, что наличие алкоголизма в семье влияет на детей таким образом, что они вероятнее всего впадут в состояние депрессии. Значительным недостатком этого исследования явился тот факт, что не были четко обозначены специфические нарушения у детей с эмоциональными нарушениями, не носящими депрессивного характера.

Livingston, Nugent, Rater and Smith (1985) изучали наследственность у 12 тревожных детей и у 11 с состоянием депрессии, находящихся в клинике. Они выявили мало различий в семейной наследственности у этих двух групп. Одно обнаруженное ими отличие касалось

превалирующей степени алкоголизма у дальних родственников депрессивных детей. Не совсем ясно, в чем важность этих данных, особенно учитывая, что исследование проведено на маленькой выборке, а сами дети с подобными нарушениями не нуждаются в госпитализации.

Два исследования были направлены на изучение патологии у детей, рожденных в семьях с психологическими нарушениями. Weissman et al. (1985) сравнили преобладание психологических нарушений у детей, чьи родители имели диагноз депрессии, диагноз депрессии и нарушений, вызванных тревогой, и родителей, не имевших нарушений. Показатели нарушений по классификации DSM-III-R были самыми высокими у детей, имеющих родителей с диагнозом «депрессия и нарушения, вызванные тревогой». Дети родителей с диагнозом только депрессии не обнаружили никаких нарушений, вызванных тревогой. Риск возникновения нарушений по классификации DSM-III-R был дополнен двумя характеристиками их родителей: количеством депрессивных эпизодов в их жизни и количеством ближайших родственников с диагнозом «депрессия» или «нарушение, вызванное тревогой».

Turner, Beidel, Costello (1987) обследовали 16 детей-пациентов с нарушениями, вызванными тревогой, и сравнили их с детьми с *dysthymic* нарушениями и детьми родителей без нарушений. Они выявили преобладание нарушений по классификации DSM-III-R у детей родителей с нарушениями, вызванными тревогой, по сравнению с детьми нормальных родителей и выборкой детей с нарушениями настроения.

Исследования наследственности могут внести вклад в наше понимание отличительных и пересекающихся характеристик депрессии и тревожности у детей и подростков. Однако до сих пор остается без ответа один важный вопрос: наследственность или семейное окружение влияет на возникновение специфического нарушения или этому способствует личностная предрасположенность к негативной аффективности? (Craig, Dobson, 1995).

Фактом, на котором сходится большинство исследований, представляется временная связь между этими нарушениями. Kovacs et al. (1989) представил данные, полученные на основе лонгитюдных исследований, подтвердивших предположение, что тревожность предшествует депрессии у детей с обоими нарушениями. Было также обнаружено, что дети с вторичным диагнозом «депрессия» и первичным «тревожность» имели более продолжительные депрессивные эпизоды, чем дети с первичным диагнозом «депрессия» и вторичным «тревожность».

\* \* \*

Нами были рассмотрены детские нарушения, вызванные тревогой, как они классифицированы DSM-III-R, относительно их обоснованности и клинической достоверности как различных категорий в классификационной системе.

К настоящему времени есть данные, что нарушения, вызванные поведением избегания не различимы с социофобией, и поэтому эта категория была исключена из классификации DSM-IV. Хотя эмпирические данные и выступают в поддержку обоснованности диагноза нарушений, вызванных страхом разлуки, и в некоторой степени нарушений, вызванных чрезмерной тревогой, степень коморбидности среди детских нарушений, вызванных тревогой, показывает, что определение этих нарушений как отдельной категории может быть ошибочным.

В последней классификации детской тревожности выдвинуто предположение об эквивалентности детских нарушений взрослым. Таким образом, агрофобия у взрослых эквивалентна нарушениям, вызванным страхом разлуки, а синдром общей тревожности коррелирует с нарушениями, вызванными чрезмерной тревогой. DSM-IV решает вопрос о взаимосвязи между проявлениями нарушений у взрослых и детей более радикальным способом – путем устранения отдельных категорий.

Как отмечают Craig and Dobson (1995) назрела необходимость в продолжительных и

лонгитюдных исследованиях для определения связи между детскими и взрослыми нарушениями, вызванными тревожностью.

Используемая классификационная схема детской тревожности может быть подвергнута сомнениям на основе эмпирических исследований тревожности и депрессии, показывающих, что существует очевидная связь между тревожностью и депрессией. Однако полученные данные не говорят о том, что два эти нарушения не различимы на стадии синдрома. Принимая во внимание, что некоторые исследования могут определить детей с первичным диагнозом тревожности, детей с первичным диагнозом депрессии и детей, отвечающих критериям обоих нарушений, то задачей будущих исследований, как подчеркивают Kendall and Watson (1990), является определение различий между вышеуказанными нарушениями и их соответствующими клиническими проявлениями.

В исследованиях для получения необходимой информации могут быть использованы различные теоретические подходы (теория эмоций Izard; когнитивная и 2-мерная модель аффекта Clark и Watson). Большинство рассмотренных здесь теорий могут только косвенно поддерживать или опровергнуть различные подходы. Например, идея «беспомощности – безнадежности» выдвигает несколько прогнозов относительно коморбидности, включая положение о временной связи между нарушениями. Получены также предположительные доказательства, что тревожность часто предшествует депрессии.

Большой проблемой, подлежащей изучению, представляется реакция на терапию. Если депрессия и тревожность являются частью синдрома общей негативной аффективности, то должен ли подход к терапии быть одинаков или требуются совершенно различные способы вмешательства (Kendall, 1992)? Как реагируют дети с тревожностью и дети с депрессией на одинаковый терапевтический подход?

Поэтому сравнительные теоретические исследования стратегий терапий и повышенное внимание к имеющимся отличительным признакам результатам терапии прояснят связь между детскими нарушениями, вызванными тревожностью, и между тревожностью и депрессией.

## **Диагностика тревожных расстройств и фобий у детей**

Диагностика нарушений поведения у детей существует давно, и в этой области есть немало достижений.

Так, факторный анализ позволил выявить два обобщающих фактора, охватывающих весь спектр поведенческих проблем у детей. Один из факторов, первоначально охарактеризованный Ackerson (1931) как «личностные проблемы», описывает формы поведения, определяемые как уход в себя, изоляционизм и субъективно ощущаемая депрессия и тревога.

Другой фактор по Ackerson – «кондуктивные проблемы» – охватывает формы поведения, определяемые как агрессия, враждебность и действия, направленные против среды или общества.

Аналогичным образом Horny (1945) с позицией клинического подхода выделяла два типа детей: тех, кто «идет против мира», и тех, кто «уходит от мира». Первый тип попадает в разряд «кондуктивных проблем», второй – «личностных проблем». Впоследствии Ackerson (1966) назвал их интернальными и экстернальными типами: интернальные нарушения отражают поведенческие проблемы «гиперконтроля», а экстернальные – поведенческие проблемы «недостаточного контроля».

Следует отметить, что существование указанных выше обобщающих факторов нашло подтверждение во многих исследованиях, использовавших различные источники информации (учителя, родители), институты воспитания (школа, дом), возрастные уровни детей (дошкольный, начальный, средний, старший).

Кроме того, применение целого ряда методик, среди которых были «Карта поведения ребенка» Achenbach и «Карта поведенческих проблем» Quay и Peterson, показало правомерность выделения данных факторов (Achenbach, Edelbrock, 1979; Achenbach, Howell,



Quay, Connors, 1991; Quay, Peterson, 1983).

Для нас большой интерес представляет диагностика тревоги и фобий у детей с точки зрения поведения.

### **Детская бихевиоральная диагностика**

В основе детской бихевиоральной диагностики лежит концептуальный подход, который направлен, скорее, на разработку стратегии решения проблемы, чем на создание специальных техник или методик. Многие ученые детскую бихевиоральную диагностику понимают как процесс исследования, проверки гипотез, в котором используется ряд методик, для того чтобы понять данного ребенка, группу или социальную среду, сформировать соответствующую стратегию вмешательства и провести количественную оценку ее эффективности.

Детская бихевиоральная диагностика не сводится лишь к составлению перечня и затем выявлению различных фрагментов поведения и регулирующих его факторов. Последние исследования в области детской бихевиоральной диагностики включают самые различные методы, в частности, бихевиоральное интервью, аутомониторинг, регистрацию физиологических изменений, наблюдение за поведением. Данный подход представляет собой некий мультиметод, позволяющий получить максимально полное представление о ребенке.

В основе выбора методик в рамках данного подхода лежат два ключевых принципа. Первый – методики должны быть эмпирически валидны. Очень часто специалисты, работающие с детьми, используют удобные для них методики, которые не отличаются надежностью, валидностью и клинической пригодностью. В этих случаях трудно, иногда и вообще невозможно провести сравнительный анализ исследований; что же касается самой диагностики как научной дисциплины, то эти исследования вряд ли способствуют ее развитию.

Второй принцип заключается в том, что методики должны строго соответствовать возрасту ребенка. Ведь возрастные изменения – главная характеристика развития ребенка. Эти изменения рассматриваются с точки зрения умственного и социального развития и эмпирически полученных норм, четко обуславливающих выбор необходимых диагностических методов. Они также расширяют наши представления о характере межличностных реакций в зависимости от возрастного уровня и о динамике специфичных для того или иного возраста поведенческих проблем (Sroufe, Rutter, 1984). А теперь перейдем к конкретным диагностическим стратегиям, используемым для диагностики страхов и тревоги у детей.

Бихевиоральное интервью – первый шаг в диагностическом процессе. Он преследует три цели: а) установление контакта с ребенком и семьей; б) сбор информации о характере тревожного поведения, включая сведения о том, что происходило до его возникновения и как развивались события после; в) определение самого широкого социокультурного контекста, в котором возникает тревожное поведение.

Беседуя с тревожным ребенком и членами его семьи, следует помнить, что такой ребенок может испытывать смущение, быть застенчивым и в каком-то смысле неконтактным с посторонним взрослым. Поэтому часто необходимо оказывать ему дополнительную поддержку. Кроме того, вопросы, задаваемые ребенку, должны быть сформулированы просто и однозначно и не представлять сложности для понимания. Как правило, на неопределенные вопросы, типа «Как дела?», ребенок дает столь же неопределенные ответы, вроде «Нормально», «Ничего». На более конкретные вопросы, типа «Что происходит в твоей жизни заставляет тебя переживать?» или «Как поступают твои родители, когда ты говоришь им, что тебе страшно?», ребенок отвечает с большой готовностью. Кроме того, рекомендуется говорить с ребенком на его языке при обсуждении его проблем. К примеру, некоторые дети под словом «нервный» понимают «испуганный, расстроенный», а под

словом «беспокоящийся» – «с нетерпением ожидающий». Не менее важно узнать, что думают члены семьи ребенка по поводу его тревожного поведения, а также все, что известно им об истории развития данного симптома.

Чтобы помочь ребенку описать симптомы его тревожного поведения, необходимо просить его представить как можно детальнее ситуацию, спровоцировавшую такое поведение, и подробно рассказать обо всем, что происходило в этот момент. Целесообразно также задавать ребенку наводящие вопросы, типа «Во что ты был одет?» или «А что потом произошло?». В этот момент следует отмечать, не появляются ли у ребенка признаки тревоги в форме плача, тремора, покраснения.

В дополнение к этим общим положениям следует особо отметить работы Blagg (1987), содержащие рекомендации по проведению интервью с детьми, отказывающимися ходить в школу, и их родителями. Полученные данные заносятся в специально составленную таблицу, которая является неоценимым по своей эффективности средством для работы с имеющейся информацией. В таблице должны быть разделы, содержащие сведения о ребенке и о самой школе. Благодаря такому всеобъемлющему подходу удастся собрать важную информацию о семейной и социальной ситуации, а также установках ребенка, которые формируют и закрепляют реакцию отказа ходить в школу. Безусловно, основными источниками информации являются родители, работники школы и сам ребенок.

Однако к интервью, равно как и к другим диагностическим методикам, следует относиться достаточно осторожно в плане психометрической достоверности получаемых данных. И дети, и родители, и учителя могут исказить информацию о поведении ребенка, особенно в том, что имело место в прошлом. У них могут возникнуть трудности в понимании отдельных аспектов проблемного поведения, в том числе того, что связано с его проявлением, да и вообще в признании того или иного поведения проблемным.

Нередко детям свойственно отрицать свою тревожность, а родителям – преувеличивать или преуменьшать размеры данной проблемы. Более того, бывают случаи, когда учителя и родители расходятся во мнениях. Один из способов максимально повысить степень достоверности информации – оценивать поведение и условия, в которых оно протекает, в текущий момент. Таким образом, интервью должно быть центрировано на тревожном поведении, его симптомах, проявляющихся здесь и теперь.

Кроме рассмотренных выше структурированных проблемно-центрированных интервью, существуют и другие стандартизированные формы интервью, которые могут использоваться в исследовательских и диагностических целях: «Схема интервью для работы с детьми» Kovacs (1978), «Детская диагностическая шкала» Hodges (1982, см. также Hodges, McKnew, Cytryn, Stern, Kline, 1982), «Диагностическое интервью» Herjanic, Reich для работы с детьми и подростками (1982), «Схема диагностического интервью для работы с детьми», разработанная Castello et al. (1984) и «Схема интервью по выявлению тревожных расстройств у детей», недавно подготовленная Silverman и Nelles (1988). Все перечисленные схемы интервью предполагают стандартизованность в наборе вопросов и в наблюдении за поведением ребенка во время интервью. К примеру, экспериментатор, использующий «Детскую диагностическую шкалу» задает ребенку вопросы, связанные с какой-либо конкретной содержательной сферой (семья, страхи, беспокойство, настроения), и отмечает, как в этот момент реагирует ребенок. Вопросы ориентированы на классификацию DSM-III-R для диагностики тревожных расстройств, а также нарушений поведения, внимания, общего развития и диагностики депрессий. Интервью строится таким образом, что чем более тесный контакт устанавливает экспериментатор с ребенком, тем быстрее ему удастся определить причины тревоги. «Схема интервью по выявлению тревожных расстройств у детей» (ADIS, Silverman and Nelles, 1988) показала свою эффективность в случаях с детьми, страдающими тревогой и фобиями. Данная методика является единственным диагностическим интервью, предназначенным специально для вышеуказанных расстройств, и поэтому отличается высокой содержательной валидностью. Существуют два варианта методики ADIS: для работы с детьми (ADIS – C) и для работы с родителями (ADIS – P). Интервью, в основе

которых лежит диагностический подход, позволяют поставить дифференцированный диагноз тревожных расстройств по основным показателям DSM-III-R в отношении и ребенка, и родителя. Последние отзывы Silverman и Eisen (1992), проводивших интервью, говорят о высокой ретестовой надежности и внутренней валидности методики. Ряд недавних исследований подтвердил возможность ее использования в клинических условиях. Учет возрастных факторов (в форме вопросов, использовании наглядных пособий) особенно важен для повышения надежности и валидности методики. Как уже было ранее отмечено, некоторые из существующих сейчас вариантов структурированного диагностического интервью обладают сомнительной надежностью и валидностью, особенно в том, что касается тревожных расстройств и фобий у детей (Ollendick, Francis, 1988). И хотя эти структурированные диагностические интервью позволяют собрать обширную и ценную информацию, в них есть некоторые недостатки. Большинство их достаточно продолжительны по времени (обычно занимают 1–2 часа) и воспринимаются детьми (особенно младшего возраста) как угрожающие и/или тягостные. Кроме того, хотя получаемая информация представляет определенную ценность на этапе постановки диагноза, ее использование при разработке курса психотерапевтического воздействия, как показывает опыт, менее эффективно.

### **Методики самоотчета**

Существуют различные методики самоотчета. Их можно разделить на две группы: одну составляют карты ситуаций страха, содержащие перечень стимулов, способных вызвать страх; другую – карты состояний тревоги, содержащие описание возможных ощущений, испытываемых субъектом в ситуации тревоги.

Карты ситуаций страха могут быть использованы как для определения специфических стимулов страха, так и для количественной оценки этих стимулов по шкале потенциальной интенсивности. «Карта ситуаций страха у детей» (FSSC), разработанная Scherer и Nakamura (1986), является переработанным вариантом методики Wolpe-Lang («Карта ситуаций страха у взрослых» 1964). По этой методике детям предлагается оценивать интенсивность своего страха в 80 ситуациях по 5-балльной шкале. Факторный анализ по методике FSSC позволил выявить следующие страхи: страх смерти, страх темноты, домашние и школьные страхи. Методика первоначально предназначена для детей 9-12 лет.

Модификации FSSC были разработаны Rya11 и Deitkur (1979) и Ollendick (1983). «Детская карта ситуаций страха» Rya11 и Deitkur является сокращенным вариантом FSSC. Она содержит 48 пунктов, соответствующих различным типам страха и два дополнительных пункта на тот случай, если у ребенка есть страх, не вошедший в этот перечень. Каждый пункт содержит рейтинговую 3-балльную шкалу: «не боится, не нервничает» – «немного боится» – «сильно боится». Методика была модифицирована для детей более младшего возраста и может использоваться в работе с детьми 5-12 лет.

Другая модификация «Карты ситуаций страхов у детей», разработанная Ollendick(1983), также является хорошей методикой для определения стимулов страха, вызывающих тревожные и фобические формы поведения у детей. Школьникам предлагается оценить интенсивность своего страха в 80 ситуациях по 3-балльной шкале: «нет» – «небольшая» – «высокая». Апробация данной методики показала, что она является надежной и валидной модификацией FSSC. Высокий балл по шкале говорит о повышенной тревожности, сниженном внутреннем локусе контроля и дефектности Я-концепции. По свидетельству Ollendick и Mayer (1984), методика дала возможность дифференцированного подхода к диагностике фобий у школьников на основе деления страхов на 2 группы: имеющие отношение к страху разлуки и связанные с конкретными фрагментами самой школьной ситуации. Кроме того, показатели по шкале использовались для выявления различий в страхах, описание которых содержалось в самоотчетах детей, страдавших различными тревожными расстройствами. В конце концов авторам удалось создать методику

с универсальной структурой для различных возрастов и культур. Было выделено 5 факторов: страх неудачи и критики, страх неизвестности, страх ранения и мелких животных, страх опасности и смерти, медицинские страхи.

Карты ситуаций страха являются эффективной диагностической методикой для выявления особой сензитивности к страху, имеющейся у некоторых детей, для установления патологии в данной сфере и для определения мер психотерапевтического воздействия. В то же время их возможности, как и любой другой методики самоотчета, ограничены.

В отличие от карт ситуаций страха, карты состояний тревоги используются прежде всего для квалификации субъективных ощущений, испытываемых человеком в ситуации страха. Из довольно значительного количества имеющихся в настоящее время методик необходимо выделить «Шкалу проявлений тревоги у детей» (CMAS; Castaneda, McCandless, Palmero, 1956), являющейся сокращенным вариантом «Шкалы проявлений тревоги у взрослых» (Taylor, 1951). Методика состоит из основной шкалы – 37 пунктов и шкалы лжи – 11 пунктов. CMAS была усовершенствована Reynolds and Richmond (1983) и названа тестом «О чем я думаю и что я чувствую». Целью данной модификации было уточнение формулировок вопросов, сокращение процедурного времени, упрощение содержания вопросов. Методика апробирована на детях и подростках в возрасте 6-18 лет, представлены нормативные показатели для различных возрастных групп.

Количественные оценки оказались особенно полезными при определении целей психотерапевтического вмешательства. Некоторые дети обнаруживают высокий уровень физиологических реакций, другие имеют меньше проблем в физиологической сфере, но у них на первый план выступает проблема концентрации и беспокойства. Такая информация помогает в определении того аспекта тревоги, с которым нужно работать, а также в выборе оптимальной стратегии коррекции.

### **Поведенческие реестры и рейтинговые формы**

Существует несколько рейтинговых шкал и реестров, используемых для работы с детьми, которые страдают различными формами страха и тревоги. Чаще всего используются такие методики, как «Детский поведенческий реестр» Achenbach, «Реестр поведенческих проблем» Quay и Peterson, «Карта детских страхов» Miller et al. Все эти рейтинговые формы были разработаны и стандартизированы для работы с детьми 4-16 лет.

«Детский поведенческий реестр» (CBCL; Achenbach, 1978; Achenbach, Edelbrock, 1979) широко применяется с использованием факторного анализа. Родители заполняют форму из 138 пунктов, на основании чего количественно оцениваются поведенческие проблемы и социальная компетентность ребенка.

Следует особо отметить, что позиции по социальной компетентности и поведенческим проблемам дают информацию для всесторонней оценки сильных и слабых сторон личности ребенка. Методика позволяет выявить детей с признаками тревоги: избегания социальных контактов, обсессивно-компульсивных симптомов, депрессии, некоммуникативного поведения, гиперактивности, агрессии, соматических проблем. Специальная шкала тревоги включает: «привязанность к взрослым», «школьные страхи», «застенчивость, робость». Данная методика признана надежной и валидной и содержит соответствующие нормы для мальчиков и девочек различного возраста. Похожая методика разработана и для учителей. Achenbach (1991) удалось определить ряд ключевых проблем (включающих тревожно-депрессивный синдром), которые свойственны различным возрастным группам и мальчиков, и девочек.

Усовершенствованный вариант «Реестра поведенческих проблем» (Quay, Peterson, 1983) содержит описание 89 проблемных фрагментов поведения, каждый из которых имеет рейтинговую шкалу из 3 позиций: «проблема отсутствует», «проблема в легкой степени», «проблема в острой форме». В результате факторного анализа было выделено 6 факторов: кондуктивные проблемы (т. е. контроля своего поведения), социальные формы агрессии,

проблемы внимания, уход из ситуаций под влиянием тревоги, психотическое поведение, двигательная гиперактивность. Реестр поведенческих проблем является эффективным средством диагностики тревожного поведения ребенка на основе отчета значимых других.

И наконец, Луисвилльский детский опросник по страху (LFSC) – это шкала из 81 пункта, отражающая самые разнообразные страхи; предназначена для работы с детьми различных возрастных групп от 4 до 16 лет. Хотя методика LFSC может быть использована для получения информации от самого ребенка, а не только от значимых других – родителей и учителей, однако существует очень мало подтверждений возможности ее использования в качестве методики самоотчета. Чаще всего опрашиваемому предлагается оценить уровень страха у ребенка по 3-балльной рейтинговой шкале: «страх отсутствует», «страх в допустимых пределах, для него есть основания», «страх иррациональный, неадекватно сильный». Отдельные данные говорят о том, что это шкала может быть использована для того, чтобы отличить школьные фобии, обусловленные школьными страхами, от страха как такового (Miller, Barrett, Hampe, 1974). К сожалению, как отмечают Miller, Barrett и Hampe (1972), в одном из исследований, где приводятся рейтинговые оценки, сделанные родителями и самим ребенком, выявлены довольно значительные расхождения между оценками ребенка и родителей. Вероятно, тревожные дети не до конца откровенны с родителями в том, что их часто беспокоит.

Таким образом, в распоряжении специалистов имеются различные методики данного типа. Хотя в целом они обладают хорошей ретестовой надежностью и внутренней согласованностью, их конвергентная валидность в отношении таких методик, как самоотчеты и стандартизированное наблюдение, недостаточно очевидна.

### **Стандартизированное наблюдение**

Наиболее прямой и наименее спекулятивный способ диагностики страха и тревоги в поведении – наблюдение за их проявлением в конкретной ситуации. В картах наблюдения за проявлением тревоги у детей отмечаются специфические фрагменты поведения, сигнализирующие о наличии тревоги. Часто в наблюдение также входит анализ истории возникновения и развития тревожного поведения у данного ребенка. Многие авторы описывают клинические случаи, в исследовании которых применялись очень авторски индивидуализированные системы наблюдения.

Более общие системы стандартизированного наблюдения за детской тревогой применяются реже, чем индивидуализированные системы для клинических исследований. Исключение составляет «Шкала наблюдения тревоги у дошкольников» (POSA), разработанная Glennon and Weisz (1978). POSA включает 30 специфических признаков тревоги в поведении, фиксируемых во время проведения стандартной процедуры. Этими признаками являются: привычка грызть ногти, избегание контакта глаз, молчания в ответ на вопросы, ригидность позы. Хотя требуются дополнительные подтверждения надежности и валидности данной методики, ее применение в клинических условиях представляется целесообразным (Ollendick, 1983).

Заслуживает внимания тот факт, что в ходе наблюдения отмечается наличие возрастной специфики в реакциях тревоги. К примеру, Katz, Kellerman и Segal (1980) говорят, что больные раком дети по-разному, в зависимости от возраста, реагируют на пункцию костного мозга. Дети до 6 лет склонны проявлять тревогу криком, двигательной расторможенностью, а также вербально («Больно», «Не делай мне больно»). Детям младшего школьного возраста, 6-10 лет, более свойственны вербальные формы проявления тревоги, чем двигательные. Кроме того, в этом возрасте начинает проявляться мышечная ригидность. Для подростков и юношей (10–18 лет) характерны две основные формы проявления тревоги – вербальная экспрессия боли и мышечная ригидность. Так, по наблюдению Katz et al., с возрастом существует тенденция к ослаблению неструктурированных вокальных форм протеста (крики, плач) и двигательной активности (избыточная моторика) и усилению вербальной экспрессии

и мышечного напряжения.

Все это происходит на фоне повышения уровня управления собственным телом, сопровождаемого напряжением мускулатуры. Полученные данные могут иметь большое значение для терапии. В этом смысле, со старшими детьми предпочтительнее использовать методы мышечной релаксации, тогда как с младшими эффективнее работают оперантные методы, направленные на регуляцию избыточной моторики (Ollendick, Francis, 1988). Однако эти предположения нуждаются в проверке.

Тесты на избегающее поведение (ВАТ) представляют собой еще один метод измерения тревоги (Lang, Lazovik, 1963). Как правило, ВАТ предполагает, что ребенок должен войти в комнату, где находится вызывающий тревогу объект и приблизиться к нему. ВАТ предусматривает измерение следующих параметров для оценки избегающего поведения: время, проведенное в комнате с объектом тревоги; расстояние между ребенком и объектом; количество приближений к объекту (включая и неудавшиеся попытки).

Тем не менее, применяя данный метод, следует иметь в виду, что: а) часто методики и инструкции не стандартизированы; б) имеется мало данных о том, как различные модификации и требования влияют на выполнение заданий детьми; в) в настоящее время отсутствуют какие-либо данные о надежности и валидности данных методов.

### **Методика аутомониторинга**

Аутомониторинг реакций избегания и ментальных процессов, сопровождающих эти реакции, используется не так часто, но тем не менее представляется перспективным направлением, по крайней мере для работы с детьми старшего возраста (Beidel, Neal, Lederer, 1991). Согласно данной методике, ребенку предлагается дифференцировать и регистрировать свои поведенческие реакции и мысли, возникающие в данный момент. Таким образом, полученные данные будут представлять собой актуальную количественную оценку тревоги и фобической реакции, в отличие от ретроспективной оценки действий и мыслей в прошлом, которую предлагают традиционные системы аутомониторинга. Особенно перспективными в настоящее время считаются тесты – самоотчеты, позволяющие регистрировать ментальные процессы, сопровождающие поведенческие реакции страха/тревоги.

Тесты – самоотчеты предполагают, как правило, наличие искусственно созданной или реальной провоцирующей тревогу ситуации, в которой оказывается ребенок. После этого ему предлагается перечень утверждений, в котором он должен отметить те, которые соответствуют мыслям, приходившим ему в голову во время выполнения задания. Несмотря на то, что данный метод диагностики ментальных процессов ребенка не нов, в настоящее время существует лишь несколько тестов – самоотчетов для тревожных детей. Наиболее известные из них: методика Zatz и Chassin (1983, 1985) – диагностика на основе самоотчетов детей с высокой тестовой тревожностью<sup>3</sup>, методика Stefanek et al. (1987) – диагностика на основе самоотчетов социально-ущемленных детей.

Zatz и Chassin разработали детский когнитивный диагностический опросник (ССАQ) для самоотчетов детей с тестовой тревожностью. ССАQ имеет четыре шкалы: «позитивная оценка», «негативная оценка», «мысли, уводящие от задания», «мысли, направленные на задание». По свидетельству авторов, дети с высокой тестовой тревожностью дают больше негативных оценок и мыслей, уводящих от задания, чем дети с низкой тревожностью.

Не так давно Francis (1986) был разработан тест-самоотчет для детей с социальными проблемами, в котором удалось объединить многие аспекты ССАQ. Ребенку предлагается представить себя в серии социальных ситуаций с незнакомым сверстником. После каждой ситуации ребенка просят рассказать о возникших у него мыслях. Перечень возможных

---

<sup>3</sup> Тестовая тревожность – тревога, которую испытывают дети в ситуации оценки их возможностей, результатов деятельности и т. д.

самохарактеристик представляет собой слегка модифицированный вариант ССАQ и включает пункты шкал позитивной оценки; негативной оценки; мыслей, направленных на задание; мыслей, уводящих от задания.

Как было отмечено выше, тесты-самоотчеты для тревожных детей начали применяться совсем недавно. Перспективным представляется использование исследований Zatz и Chassin (1983) для введения психометрических параметров в методику. Диагностика специфики ментальных процессов, свойственных тревожным детям, даст неоценимую информацию для определения правильного направления лечения этих детей. Другими словами, специалист будет иметь более достоверную информацию о состоянии когнитивной сферы, над которым необходимо работать, а также о том, насколько структуры этой сферы влияют на поведение ребенка.

Из проведенного анализа видно, что существуют самые различные методики для диагностики фобий и тревоги у детей.

Спектр этих методических приемов достаточно широк – от бихевиорального интервью и самоотчетов о состоянии страха и тревоги до непосредственного наблюдения за поведением детей. Методики должны быть надежными, валидными, клинически пригодными, должны учитывать возрастные особенности. Однако собрано еще недостаточно данных, чтобы утверждать, что они могут удовлетворять этим требованиям.

Остаются еще вопросы более общего характера. Наиболее очевидные из них связаны со стабильностью и динамикой течения приобретенных фобий и тревожных расстройств, а также с их содержательной характеристикой для того или иного возраста. Ответы на эти вопросы сделают более весомыми результаты, получаемые в данной области диагностики.

## **Психотерапия и бихевиоральная терапия**

Анализ существующих методов терапии аффективных нарушений лучше всего начать с систематического обзора результатов исследований, отражающих эффективность каждой формы лечения и позволяющих составить представление о том, в каких случаях их желательно применять.

Однако в настоящее время подобная задача является малоосуществимой. Психотерапия является методом, который в течении долгого времени считался одним из самых главных методов лечения в психиатрии, несмотря на то, что в медицине широко используются и другие методы. Это касается и детской психиатрии. Психотерапия – это не один метод, поскольку существуют разные техники психотерапии, различающиеся лежащими в их основании теориями и способами, благодаря которым психотерапевтическое общение и отношение используется для улучшения состояния пациента.

Лишь в недавнее время психиатры, а также другие специалисты, работающие с детьми, стали осознавать важность оценки своих терапевтических усилий (Раттер, 1987). Поэтому результаты научных исследований, касающихся изучения способов лечения, являются немногочисленными и малоубедительными.

Levitt (1963, 1971) представил подробный обзор исследований психотерапии, в которых была сделана попытка оценить результат психотерапии в конце лечения, используя для сравнения тех детей, которые нуждались в таком лечении, но не получили его. Результаты исследований показали, что при применении психотерапии состояние не улучшилось.

Главная проблема при интерпретации этих результатов состояла в том, были ли группы сравнимыми перед началом исследования. Было высказано предположение, что дети, не получившие лечения, менее серьезно страдали, чем дети, продолжившие психотерапию. Признавая замечание справедливым, Levitt (1963) тем не менее отмечает, что полученные им результаты не подтверждают эффективности использования психотерапии при лечении детей от эмоциональных расстройств. Его поддерживают Werry and Cohrssen (1965) указывая, что на защитниках психотерапии лежит обязанность установить правомерность их методов и способов, а не утверждать, что эти методы эффективны.

Состояние психотерапии детей, как подчеркивает Werry (1978) таково, что дальнейший прогресс в ее оценке невозможен до тех пор пока:

- не будет проведена спецификация и систематизация техник;
- не будет уделено больше внимания диагностико-методологическим проблемам.

В отличие от психотерапии бихевиоральная (поведенческая) терапия включает широкий круг методов лечения, имеющих четкую направленность и предназначенных для изменения специфических форм поведения. Источником происхождения поведенческой терапии является теория научения. Важнейшим элементом всех методов, входящих в бихевиоральную терапию, является систематическая манипуляция внешними воздействиями с целью подкрепления или подавления определенных форм поведения. Соответственно важнейшей предпосылкой проведения поведенческой терапии является внимательный анализ факторов, влияющих на поведение конкретного ребенка, подвергаемого лечению.

В отличие от психотерапии, литература по бихевиоральной терапии детей имеет более серьезный научный подход к проблеме (Ross, Nelson, 1979), однако, как показал обзор Graziano et al. (1979), работ, специально посвященных тревожности, не так много. Как уже отмечалось выше, боязнь школы объясняет значительную часть нарушений тревожности, выделенных детскими терапевтами (Graziano et al., 1979; Graziano, De Giovanni, 1979).

Бихевиоральное лечение школьной фобии зависит от того, в чем состоит главная проблема. Когда придается особое значение тревожности, порождаемой боязнью школьной ситуации, часто применяются техники уменьшения страха, опирающиеся на процедуры обусловливания. В этих случаях страх, вызываемый стимулом (таким, как школьное здание или социальный контекст, связанный с этой окружающей обстановкой), может быть ослаблен вследствие угасания или контробусловливания. В большинстве бихевиоральных теорий используется сочетание классического обусловливания и оперантного подхода. Ross (1974), Gelfand (1978) и Kennedy (1965) приводят подробное перечисление этапов, которые могут быть использованы при терапии таких детей.

Несмотря на популярность этих подходов, большинство доказательств их ценности представляет собой исследование единичных случаев (Herse, 1971; Graziano et al., 1979). Hersen (1971) также отмечает, что в большинстве работ не учитывались такие важные показатели, как успеваемость и социальная адаптация, и практически не проводилось сравнение между классическим и оперантным подходами к обусловливанию. Как подчеркивалось, большинство детских проблем, связанных с тревожностью, относятся к отказу от школы. Одним из наиболее перспективных и явно наиболее успешных способов лечения детской тревожности является моделирование (Werry, 1980).

Согласно исследованиям Bandura и Menlove (1968), наблюдение за тем, как ведут себя люди при взаимодействии с опасными объектами, может сыграть положительную роль в устранении фобий.

Моделирование обычно начинается с установления области (объекта) страха и затем описания поведения других людей, которые систематически и успешно приближаются к объекту страха. Исследования показывают, что моделирование является более успешным, если «модель» сама сначала показывает нежелание приближаться к объекту, а также если «модель» того же возраста, как и ребенок, которого лечат (Graziano et al., 1979).

Моделирование может осуществляться в реальных условиях или с помощью видеотехники. Одним из исследований с использованием моделирования была работа O'Connor (1969), в которой отобрана группа детей из детского сада с интенсивным избеганием социальных контактов и высоким уровнем тревожности.

Половине группы показали фильм, изображающий «модель», которая успешно взаимодействует с окружающими, что подчеркивалось звуковым сопровождением. Остальные дети также смотрели фильм, но без специального сообщения. Оценивание результатов проводилось сразу после просмотра фильма и показало значительное усиление социального взаимодействия в группе, подвергнувшейся символическому моделированию, в отличие от контрольной группы.



Evers и Schwartz (1973) провели такое же исследование с «социально изолированными» детьми в детском саду. Части этих детей в течение длительного времени демонстрировали фильм, моделирующий постепенное улучшение социального взаимодействия, а другая часть не только смотрела этот фильм, но и подвергалась системе усиленных похвал со стороны воспитателя за успешное взаимодействие друг с другом. Результаты эксперимента показали существенное улучшение социального взаимодействия, но похвалы воспитателя (положительное подкрепление) не оказывали стимулирующего влияния.

Graziano et al. (1979) отмечают, что моделирование успешно применялось для лечения и других страхов, таких, как страх животных, темноты, школьных экзаменов и т. п. Авторы также говорят, что моделирование использовалось в ситуациях, вызывающих естественный страх, – например, стоматологические или хирургические процедуры. Эта техника может иметь значительную ценность как «прививка», т. к. многих детей можно легко подготовить к потенциально пугающим событиям с помощью символического моделирования.

Прежде чем окончательно установить эффективность моделирования, нужно исследовать ряд других факторов, таких, как характеристики субъекта, которого лечат, и «модели», использование дополнительного лечения, тяжести расстройства и способа предъявления. Тем не менее большинство данных свидетельствует, что моделирование является успешным и надежным методом уменьшения тревожности.

В исследованиях Dowrick et al. (1976, 1977, 1979) изучалось самомоделирование у детей с физическими недостатками и поведенческими проблемами с использованием видеозаписи. Авторы использовали разнообразные методы, чтобы вызвать у ребенка желаемое поведение. Эти методы включали ролевую игру, лечение психотропными препаратами, помощь взрослых и видеомонтаж (для исключения каких-либо неловкостей и пассажей или нежелательного поведения). Испытуемые смотрели видеозапись того, как они умело выполняют различные действия.

Результаты показали, что поведение по выполнению определенных действий улучшилось в результате лечения по сравнению с контрольным поведением. Хотя эти работы не проводились на специально отобранных детях с высоким уровнем тревожности, ясно, что потенциально этот метод может с успехом использоваться при лечении расстройств тревожности.

В обзоре Graziano et al. (1979) приводятся девять независимых исследований, в которых использовались различные подходы с применением методов контрбуслирования, таких как систематическая десенсилизация и реципрокное торможение, а также создание непредвиденных обстоятельств (contingency management), когда ребенок получал вознаграждение за успешное приближение к стимулу, вызывающему страх. Результаты получились неоднозначные. Кроме того, в некоторых исследованиях проводилось сравнение методик символического моделирования и contingency management – во всех без исключения случаях оно было в пользу моделирования.

Таким образом, ценность ограничения психотерапии чисто респондентным или оперантным подходами вызывает сомнения и безусловно нуждается в дальнейшем изучении. Этой проблеме посвящен научный обзор Hatzembuehler and Schoroder (1978).

Kanfer, Karoly, Newmen (1975) изучали способы вербальной подготовки к встрече со стимулом, вызывающим страх темноты. Детей детского сада учили трем вербальным способам справляться со страхом. Группе «компетентности» предлагалось заучить и повторять предложения, подчеркивающие, что ребенок может контролировать стимульную ситуацию (например: «Я храбрый мальчик. Я не боюсь темноты»). Дети «стимульной» группы заучивали высказывания, способствующие ослаблению враждебных свойств темноты (например: «Темнота не самое страшное место»).

Контрольная группа детей занималась нейтральной самовербализацией (читали детские стихи). В экспериментальной ситуации с приглушенным светом, первые две группы чувствовали себя лучше, чем контрольная группа, а по результатам оценочной шкалы, группа «компетентности» адаптировалась лучше всех. Кроме того, дети подготовленных

групп, особенно в группе «компетентности», в дальнейшем оказались способными уменьшать интенсивность освещения по собственной инициативе.

Эффективность самоподготовки подтверждается также рядом исследований отдельных случаев (Graziano et al., 1979). Хотя этот подход к уменьшению страха и тревожности может быть потенциально полезен, необходимо получить подтверждение полученным результатам в дальнейших исследованиях (Werry, 1980).

В данном случае поражает параллель между этим когнитивным подходом и само моделирующим подходом Dowrick. Возможно, что результатом само моделирования (и моделирования в целом) является такая же самоподготовка типа компетентности.

В заключение необходимо отметить малочисленность исследований, проведенных на детях. Совершенно ясно, что методики, используемые во взрослой психотерапии (например, контр обусловливание), могут быть абсолютно неэффективны при лечении детских расстройств. Дети могут быть когнитивно незрелы для того, чтобы активно участвовать в очень сложных психотерапевтических процедурах. Graziano et al. отмечают еще три недостатка исследований в этой области. Во-первых, большинство работ по ослаблению страха у детей имело дело со слабым или умеренно-сильным страхом, и неизвестно, смогут ли эти методы справиться с очень серьезными нарушениями. Во-вторых, изучался ограниченный круг страхов. Наконец, используемая терминология часто неточна или слишком сложна, что затрудняет выведение твердых, четких заключений.

Хотя бихевиоральная терапия до сих пор еще находится на начальной стадии своего развития, уже существуют достаточно убедительные доказательства, показывающие как ее существенное значение, так и то, что хотя она и не является панацеей от всех расстройств, тем не менее в некоторых случаях можно продемонстрировать ее превосходство по отношению к отдельным методам психотерапии.

Использование психотерапии – это тот случай, когда «еще надо доказывать» (Werry, 1978), хотя мало кто будет возражать против гуманной, простой, поддерживающей психотерапии. В психотерапии пока недостаточно ясных, однозначных диагностических показаний к применению определенных техник, ибо настоящая оценка эффективности терапии требует сравнения данного лечения с другими типами лечения, выяснения, насколько его применение оказывается полезнее и как долго сохраняются положительные результаты лечения.

Если детская психиатрия и детская психология хотят упрочить свое умение влиять на детскую тревожность, то они должны быть готовы к оценке своих методов терапии.

## **Приложение 1**

### **Обучение релаксации**

Прежде чем использовать этот метод<sup>4</sup>, необходимо учитывать ряд положений, позволяющих составить представление о том, в каких случаях его применение является наиболее желательным. Важно понимать, что тренинг по релаксации нельзя начинать, не заручившись согласием детей, не договорившись с ними о сотрудничестве. Необходимо тщательно изучить «жизнедеятельное пространство», в котором возникает определенное поведение ребенка. Иногда в результате этого исследования становится ясно, что в данной ситуации тренинг по релаксации – не самое лучшее средство для облегчения состояния тревожности или, по крайней мере, его следует сочетать с другими методами. Тому, кто будет проводить тренинг, обязательно надо знать о всех возможных его последствиях.

---

<sup>4</sup> Carter F. Anxiety in childhood and adolescence: encouraging self-help through relaxation training. New York, 1988.

Необходимо учитывать индивидуальные особенности того, кого обучаешь релаксации. Наконец, хотелось бы отметить, что тренинг по релаксации не является универсальным средством на все случаи жизни.

До начала обучения релаксации желательно еще раз проанализировать все факторы, влияющие на положение ребенка в континууме «напряженность... релаксация». Эту информацию можно получить, следуя представленной схеме:

#### ***Уточнение и постановка проблемы***

1. Сформулируйте проблему.
2. Кто провоцирует проблему? (Родители, учителя, сам ребенок).
3. Какова ее точная природа? Связана ли она с тревожностью?
4. Как ребенок проявляет тревожность? (Сердится, плачет, боится, волнуется, убегает, цепляется за взрослых, чувствует тошноту, ощущает непонятную боязливость).

#### ***Анализ ситуации***

1. В какой ситуации (или ситуациях) встречались уже случаи тревожного поведения?
2. Является ли сейчас ситуация (или ситуации) такой же, какой она была в прошлом?
3. Возможно ли, чтобы сам ребенок или, что более предпочтительно, взрослый (близкий ребенку) произвел определенные изменения в ситуации (или ситуациях)?

#### ***Социальное окружение***

1. Какие взрослые из окружения ребенка являются для него наиболее значимыми? (Родители, родственники, учителя и т. д. Их взаимодействия с ребенком могут быть: позитивными, негативными, смешанными).
2. Существует ли какая-то взаимосвязь тревожного поведения ребенка и его взаимодействия с кем-либо из значимых взрослых?
3. Если поведение взрослого повлекло за собой тревожность ребенка, то возможно ли убедить взрослого изменить подобное поведение?

#### ***Личностные установки ребенка***

1. Осознает ли ребенок наличие проблемы?
2. Если ребенок признает наличие проблемы, то желает ли он что-либо изменить?
3. Если он не понимает, что изменение поведения может улучшить ситуацию, то возможно ли, чтобы он это понял после разъяснений?
4. В состоянии ли ребенок следовать инструкциям тренинга по релаксации?
5. Будет ли он в состоянии использовать инструкции самостоятельно (без руководства взрослого) или же руководство взрослого необходимо?

Изучение полученной информации позволит ответить на вопрос, достаточно ли тренинга по релаксации или же предпочтительнее другие методы, например, изменение стиля (модификация) поведения.

Важной составной частью овладения тренингом по релаксации является способность определить верный метод применительно к конкретному ребенку или конкретной проблеме. Иногда даже важно в нескольких местах вставить в текст на аудиокассете имя ребенка (персонализировать задание).

Во многих пособиях по тренингу указывается требование, чтобы текст инструкции был записан на пленку. Это вызвано многими причинами. Главная – дать ребенку такую технику, которую он мог бы использовать самостоятельно. Важно также свести к минимуму уровень поддержки, получаемой во время занятий.

Действуя подобным образом, мы добиваемся того, что взаимоотношения деперсонализированы (на них не влияет ни голос, ни маневры терапевта). Так как эти занятия продолжительны, то понятна необходимость такого требования. Существенное замечание касается того, чей голос будет записан на пленку. Важно, чтобы этот голос был искренним и как можно меньше походил бы на голос какого-либо хорошо известного ребенку человека.

## **Тренинг по релаксации**

Этот метод состоит из пяти этапов. Предполагается, что три из них будут проведены специалистом, а два других должны быть записаны на аудиокассету.

### ***Первый этап***

Состоит из интервью, проведенного с ребенком, во время которого обсуждается проблема (или проблемы). Основная цель этого интервью двояка. Во-первых, необходимо определить, лежит ли в основе этой проблемы тревожность, напряжение или же какие-то другие формы неконтролируемого эмоционального состояния. В этом интервью должно быть уделено внимание событиям из жизни ребенка, предшествующим возникновению проблемы, и тому эмоциональному состоянию и поведению, которые они вызывали.

Второй важной целью интервью является выяснение того, видит ли ребенок сам наличие проблемы. Но очень велика вероятность того, что внимание терапевта к проблеме было привлечено кем-либо, но не самим ребенком. Если ребенок сам осознает свою проблему, то очень важно определить, а есть ли у него желание делать что-либо (изменить что-либо). Очень важно внушить ребенку, что если какое-либо поведение часто подкрепляется, то оно при этом усиливается с каждым разом и чаще повторяется. То, что для взрослого выглядит часто как «проблема» поведения ребенка, для самого ребенка является способом действия.

### ***Второй этап***

Получив согласие ребенка в том, что ему нужен тренинг по релаксации, необходимо провести второе интервьюирование. В этой беседе терапевт дает разъяснение о целесообразности такого тренинга, т. е. создает условия для более успешного его проведения. Уровень объяснений зависит от возраста и развития ребенка. Некоторым детям нужно дать самое детальное объяснение, а беседуя с другими, можно ограничиться постановкой задачи. В этой же беседе ребенка знакомят с магнитофонной записью, по которой он в дальнейшем будет работать.

### ***Третий этап***

Этот этап состоит в том, что ребенок самостоятельно работает с первой из двух записанных на аудиокассету программ по релаксации. Желательно помочь ребенку ощущать чувство релаксации, противопоставляя его чувству мышечного напряжения. Нами дается примерный текст, изучив который, можно составить свою программу. При этом следует помнить о том, что составленный вами текст должен быть адаптирован относительно уровня развития конкретного ребенка, с которым вы занимаетесь. В тексте оставлены пробелы для того, чтобы вы могли внести имя ребенка. Ребенку необходимо лечь и слушать лежа аудиокассету. Обычно, предполагается, что запись № 1 нужно прослушивать один раз в течение недели и только потом приступить к прослушиванию записи № 2. Во время этой же беседы устанавливается день следующей встречи с терапевтом. Обычно это происходит через две недели, когда ребенок уже поработал с записью № 1 и перешел к записи № 2.

**Запись № 1.** (пробелы оставлены для внесения имени конкретного ребенка).

Ложись в свою постель. Лежи очень спокойно. Теперь закрой глаза..... я хочу, чтобы ты сделал глубокий вдох (пауза). Хорошо. Теперь продолжим. Сделай еще один глубокий вдох. Медленно выдохни. Еще один глубокий вдох. Медленно выдохни. Хорошо.

Теперь я хочу, чтобы ты сжал кулак. Сожми его сильнее – теперь разожми. Сожми его снова – сильнее – теперь разожми. Теперь сожми другой кулак – разожми. Сожми его снова – разожми. Расслабься. Хорошо.

Теперь я хочу, чтобы ты напряг пальцы на одной ноге – напрягай их все сильнее – хорошо – разожми их – расслабься. Напряги пальцы на другой ноге – напрягай их сильнее – разожми – расслабься.

Попробуй напрячь оба кулака сразу – еще напряги их – разожми – расслабься. Попробуй напрячь пальцы обеих ног – сильнее напряги их – разожми их – расслабься.

Теперь напряги кулаки и пальцы обеих ног одновременно – сильнее напряги – хорошо – поддержи их в напряжении – разожми кулаки и пальцы ног – расслабься.

....., ты учишься тому, как сделать твои мышцы твердыми (напрячь их). А еще ты учишься тому, как возвращать их в прежнее состояние (расслаблять их). Запомни эти два слова..... Напряжение делает твои мышцы твердыми. Расслабление (релаксация) приводит их в прежнее состояние. Я хочу, чтобы ты научился так делать со всеми другими мышцами.

Ребенку следует предложить список частей тела: ноги, руки, бедра (таз), плечи, шея, лицо, целиком все тело.

В последующий текст ребенок по очереди должен вставлять перечисленные выше части тела.

Напряги мышцы..... Подержи их в напряжении. Ослабь напряжение – расслабься.

Напряги мышцы..... снова. Ослабь напряжение – расслабься.

Напряги мышцы..... Подержи их в напряжении – расслабься.

Напряги мышцы..... снова. Ослабь напряжение – расслабься.

Очень хорошо. Это очень хорошо.....

Глубоко вдохни – задержи дыхание – выдохни. Еще один глубокий вдох – задержи дыхание – выдох.

Полежи несколько минут, потом можешь встать.

#### ***Четвертый этап***

##### **Запись № 2**

Теперь....., ты уже знаешь, как напрягать различные части тела и как затем возвращать их в прежнее состояние – расслабляться. Помни, что релаксация – это средство, которое позволяет сделать твои мышцы слабыми (расслабленными); релаксация означает, что твои мышцы стали бессильными.

Эта запись научит тебя расслаблять все тело. Потребуется много времени, чтобы научиться расслабиться достаточно хорошо. Я хотел бы, чтобы ты слушал эту запись каждый день до тех пор, пока мы снова не встретимся с тобой. Ты должен очень внимательно слушать текст и как можно точнее выполнять то, что услышишь.

....., я собираюсь научить тебя расслабляться. Ложись в свою кровать. Положи руки вдоль тела, вытяни ноги. Теперь закрой глаза. Прежде всего я хотел бы, чтобы ты сделал глубокий вдох – задержи дыхание – теперь выдохни. Сделай два глубоких вдоха и задержи дыхание сколько сможешь. Сделай выдох, как можно медленнее (пауза)... Хорошо.

Теперь я хочу, чтобы ты представил себе свои ноги. Попытайся расслабить ноги – верни их в прежнее состояние – представь, что они стали очень тяжелыми и очень расслабленными. Представь, что чувство расслабленности, тяжести поднимается от ступней до колен.

Теперь представь, что чувство тяжести, расслабленности поднимается от колен к бедрам. Теперь обе твои ноги стали очень тяжелыми, расслабленными. Тебе хорошо, удобно лежать.

А сейчас представь, что чувство тяжести поднимается к животу. Представь, что мышцы живота стали тяжелыми, расслабленными. Тебе очень удобно. Теперь представь, что чувство тяжести поднимается к груди, ты чувствуешь тяжесть в груди, грудь расслаблена. Хорошо.

....., теперь представь свои руки, они стали совсем вялыми, слабыми, тяжелыми, очень расслабленными. Представь, что это чувство тяжести и расслабленности поднимается от кистей рук к плечам. Рукам хорошо, удобно. Расслабь плечи, вообрази, что они стали очень тяжелыми. Плечам очень удобно. Сейчас расслабь все мышцы лица. Все твоё тело расслаблено, оно стало очень тяжелыми. Ты спокоен, тебе очень удобно (2).

Теперь..... я хотел бы, чтобы ты повторил все эти упражнения еще раз. Ты готов? (после этих слов идет повторение текста от (1) до (2)).

Вдохни глубоко несколько раз. Ты испытываешь наслаждение от чувства расслабленности. Очень хорошо. Через некоторое время ты можешь встать.

#### ***Пятый этап***

Это та стадия, когда ребенок уже достиг определенного умения в технике релаксации.

Обычно она наступает через две недели после прослушивания записи № 2. Однако работу с записями следует продолжить. Для ребенка пока «ключом» является голос на магнитной ленте.

Следующий важный шаг – поиск собственного «ключа» для ребенка. Форма этого поиска зависит от индивидуальных особенностей ребенка, и в тех случаях, где это возможно, «ключ» следует искать совместно с самим ребенком, используя его знания. Для некоторых детей таким эффективным «ключом» может стать глубокое дыхание, которое они осуществляют во время пауз в записи. Для других более удачным способом может быть использование их личных воспоминаний (отдых на море, у реки и т. д.).

Запись № 2 используется снова, чтобы помочь ребенку освоить «ключ», который должен стать сигналом к началу релаксации. Ребенку предлагают теперь прослушивать запись сидя на стуле, вызывая в памяти свой «ключ» каждый раз, когда он делает глубокий вдох. Если ребенок не может представить какую-либо ситуацию в качестве «ключа», то ему предлагают очень медленно считать во время вдохов и выдохов.

Обычно для таких тренировок достаточно недели. При встрече с терапевтом следует не только обсудить успехи ребенка, но и еще раз подчеркнуть, что у него есть свой собственный сигнал к релаксации, который он может использовать в нужный момент, и что техника релаксации это то средство (способ), которое помогает ему контролировать себя.

## **Приложение 2**

### **Навыки контроля тревожности у подростков**

На XXV Международной конференции в Банфе по бихевиоризму была представлена методика обучения навыкам контроля при повышенной тревожности (АМТ)<sup>5</sup>, которая является одной из форм поведенческой терапии при состояниях тревоги.

Исследование теории и метода десенсибилизации ясно указывает на неадекватность этой модели при лечении состояний общей тревоги. В соответствии с общепринятым методом десенсибилизации, классификация тревоги выстраивается в зависимости от способности пациента идентифицировать условия, стимулирующие и ускоряющие наступление реакции, выраженной в форме состояния тревоги. В случаях нарушений, относящихся к категории общей тревоги, пациент не может точно выделить симптомы своего состояния; вследствие чего метод десенсибилизации, столь эффективный при лечении фобий, не может быть применен к расстройствам, отнесенным к категории состояний общей тревоги.

Методика поведенческой для лечения состояний общей тревоги (АМТ) была разработана в 1971 году (Suinn, Richardson, 1971). Теоретическим обоснованием указанной методики служило предположение, что пациенты могут быть обучены идентификации внутренних сигналов, как осознанных, так и физических, которые присутствуют при возникновении состояний тревоги, а также ответной реакции на указанные сигналы, которая способствует их снятию. Данное понятие основывается на принципах обучения, согласно которым тревога рассматривается как мотивированное состояние, обеспечивающее возможность научения принципам поведения, способным снимать указанную мотивацию (Brown, 1961; Dollard, Miller, 1950; Mowrer, 1950). В сущности тревога может рассматриваться как состояние, включающее в себя определенные стимулы. Если это действительно так, то состояние тревоги, рассматриваемое с точки зрения стимула, может

---

<sup>5</sup> Дополнительную информацию по указанному вопросу, включая описание практических случаев и руководство по обучению навыкам контроля можно найти в издании: Suinn R. Anxiety management training (AMT): A behavior the rapy. New York, Plenum, 1990.

быть ассоциировано с новыми реакциями, типа реакций приспособления.

Методика АМТ не требует от пациентов идентификации причин или стимулов, ускоряющих их реакцию тревоги. Другими словами, пациент, испытывающий состояние общей тревоги, не обязан давать точную формулировку типа: «Я чувствую беспокойство всякий раз, когда оказываюсь в центре внимания и должен высказываться утвердительно».

Вместо этого ощущение тревоги само по себе применяется для обучения пациента. Таким образом, пациенту или пациентке всего лишь нужно вспомнить последний приступ тревоги. Затем пациент получает указание восстановить свои ощущения в этот период: к примеру, был ли этот приступ тоски или обреченности, либо он выражался в форме других осознанных ощущений, либо посредством усиленного потоотделения или другими физическими признаками. Таким образом, пациент обучается обращать внимание на симптомы, которые являются выражением активации состояния тревоги. На последующих стадиях АМТ пациенты получают навык идентификации осознаваемых или физических симптомов, которые служат сигналом начальных стадий активации тревоги. Ответные реакции релаксации применяются вновь, и на данной стадии используются как метод предотвращения более серьезных приступов активации беспокойства. Таким образом, пациент обучается релаксации, методу, который позволяет ему справиться с беспокойством и предотвратить нарастающие симптомы тревоги. Выполнение домашнего задания преследует несколько целей: усилить навык релаксации в различном окружении, способствовать распространению полученного навыка за пределы терапевтической среды, а также в качестве шага по предотвращению тревоги. Теоретически техника АМТ обучает пациента отвечать на признаки (симптомы) тревоги с помощью релаксации, которая обеспечивает формирование нового паттерна поведения, основанного на самоконтроле. Таким образом, занятия АМТ представляют собой обучающую технику с включением практических навыков самоконтроля, предназначенных для применения в реальных жизненных ситуациях. Указанный метод контроля тревоги может использоваться в сочетании с другими средствами терапии, усиливая их эффективность, при условии что пациент будет иметь возможность первоначально снизить общий уровень тревоги.

Основными или основополагающими характеристиками методики АМТ являются управляемые психические образы, активация тревоги и релаксация для достижения самоконтроля. Управляемые психические образы включают создание релаксационных образов для усиления релаксационного ответа и образов, активирующих тревогу для ускоренного формирования состояния тревоги. Активация тревоги ускоряет во время занятий с целью обучить пациента применению релаксации для снижения тревоги. Таким образом, пациент получает возможность первоначально практиковать навыки контроля тревоги в безопасной терапевтической среде до того, как он получит домашнее задание по применению полученных навыков в реальных жизненных ситуациях.

Подобно некоторым другим бихевиористским подходам, АМТ также опирается на самонаблюдение и признает, что пациенты могут различаться по своим когнитивным и физиологическим паттернам поведения. Что касается самонаблюдения, АМТ поощряет данную деятельность посредством требования от клиентов ежедневного заполнения дневников наблюдений. Так, например, дневник наблюдений за реакциями релаксаций предусматривает ведение записей каждого случая релаксации в домашних условиях, глубину достигнутой релаксации и успешность снижения тревоги. Позже таким же образом ведутся записи случаев применения релаксации для снижения тревоги. Преимущество подобных записей наблюдений заключается в удобстве проверки выполнения заданий терапевтом: он проверяет правильность применения клиентом практических навыков терапии и может оценить результаты его достижений. В начале каждого занятия проводится обзор дневников наблюдений с целью определить степень достигнутого прогресса и спланировать следующее занятие. Так, если по данным журнала наблюдений или собеседования пациент не выработал навыков управления релаксацией на первом занятии, материал первого занятия повторяется. Если из последующих записей очевидно, что пациент не достигает успеха в управлении

тревогой в реальных жизненных ситуациях, повторяются соответствующие занятия АМТ.

В конце каждого занятия также выделяется время на его обсуждение. Во время обсуждения терапевт выявляет признаки успешности проведенного занятия и выясняет другие вопросы. Так, например, на занятиях, использующих психологические образы для активации тревоги, терапевт проверяет, испытывал ли пациент действительные ощущения активности тревоги. А во время релаксационных занятий – какие из методов обучения помогли пациенту ощутить релаксацию. При развитии образной визуализации были ли элементы описания, которые способствовали воспроизведению психических образов.

Что касается соотношения когнитивных и физиологических паттернов поведения, отмечено, что некоторые пациенты ощущают тревогу в основном в форме когнитивных реакций, проявляя при этом незначительные физиологические симптомы. С другой стороны, есть пациенты, которые ощущают очень сильные физиологические симптомы при низком уровне когнитивных признаков. АМТ предлагает технику, нацеленную на обеспечение терапии пациентов обоих типов, а также пациентов, у которых тревога проявляется в сочетании когнитивных и физических реакций. Хотя некоторые элементы методики АМТ имеют сходство с другими методами поведенческой терапии, основанной на применении релаксации, АМТ обладает некоторыми особенностями.

Методика АМТ нацелена на самоконтроль посредством постепенного увеличения степени ответственности, требуемой от пациента. В целом указанное увеличение степени самоконтроля осуществляется посредством снижения активного участия терапевта в пользу активного участия клиента.

Второй характеристикой АМТ является применение домашних заданий для усиления генерализации. При выполнении подобных заданий пациент должен научиться переносить навыки, полученные во время терапии, в условиях реальной жизни за пределами терапевтического кабинета. Это значит, что пациенты должны проявлять способность управлять тревогой не только во время занятий, но и в реальной жизни еще до окончательного достижения целей и задач терапии.

Третьей характеристикой АМТ является постоянное акцентирование важности самоконтроля. Обучение, снижение роли терапевта и выполнение домашних заданий – все это в конечном итоге нацелено на осознание пациентами того факта, что они обучаются навыкам, которыми они смогут распоряжаться по своему усмотрению. То есть, данный метод состоит в том, что пациент получает навык, который становится собственностью пациента и может использоваться им по своему усмотрению.

Четвертой характеристикой АМТ является признание того факта, что познавательные аспекты могут быть частью реакций тревоги или частью первоначальной последовательности симптомов, ускоряющих наступление состояний тревоги. Следовательно, часть обучения посвящена рассмотрению познавательных элементов.

Одним из побочных эффектов АМТ, который связан с аспектом самоконтроля, является возрастание продуктивности деятельности. АМТ структурирована таким образом, что пациент испытывает не только активацию тревоги, но и овладевает способностью устранять тревогу с помощью релаксации. Посредством переживания данного опыта самоконтроля пациент получает непосредственное знание о том, что он действительно приобретает новый навык. Применение данного навыка в домашних заданиях еще более увеличивает продуктивность деятельности.

Наконец, положительная сторона методики АМТ заключается в том, что каждое занятие проводится в соответствии с тщательно расписанными этапами. Таким образом, новый терапевт может точно определить, чему посвящено каждое занятие.

Продолжительность каждого занятия составляет около 60 минут, при интервале между занятиями около 1 недели (возможно сокращение интервала между занятиями в зависимости от успехов пациента, достигнутых во время занятий и при выполнении домашних заданий и заполнении журнала наблюдений). После первого занятия каждое последующее занятие начинается с короткой предварительной беседы, которая позволяет выяснить, выполнял ли



пациент полученное домашнее задание и каких успехов он добивался в снижении беспокойства. В конце каждого занятия также проводится небольшое собеседование, которое позволяет определить, насколько хорошо пациент овладел навыками, полученными во время занятий, и что способствует их усилению.

Исследования АМТ предполагают возможность применения данной методики для широкого спектра терапии расстройств и в различных ситуациях, в которых работают практические психологи. Сюда могут быть отнесены следующие виды практического применения АМТ:

- при расстройствах состояний тревоги, таких, например, как состояния общей тревоги;
- при терапии фобий или состояний тревоги, возникающих в определенных специфических ситуациях, например при беспокойстве по поводу тестирования, боязни публичных выступлений или математики;
- при состояниях тревоги достаточной интенсивности, влияющих на деятельность (например при состояниях тревоги, препятствующих спортивным достижениям или исполнению музыкальных произведений, особенно в случаях, когда окружение изменяется с каждым исполнением);
- при состояниях тревоги, прерывающих ход психотерапии или препятствующих эффективному применению других методов консультирования.

## **Индивидуальная АМТ-терапия**

АМТ включает структурированный блок из пяти основных занятий плюс вводное занятие, при этом действительное количество занятий подбирается индивидуально. Для активации беспокойства или для усиления релаксации АМТ в значительной степени опирается на использование визуализируемых образов. Первоначально пациенту предлагается припомнить то событие, когда он испытывал средний или высокий уровень тревоги. Пациент восстанавливает это событие при помощи визуализируемых образов, и при этом вновь переживает состояние тревоги. В целях релаксации клиент вспоминает ситуацию, когда он испытывал расслабление, к примеру «я чувствовал расслабление прошлым летом, когда грелся на солнышке, и при этом негромко звучала моя любимая песня». Фокусировка на этом образе помогает ему вновь испытать такое же чувство расслабления.

### **Вводное собеседование**

Хотя вводное собеседование формально не является частью терапевтических занятий, при этом некоторые замечания по этому поводу представляются важными. Существует несколько подходов к оценке состояний тревоги. В основном они зависят от характера расстройства. Для оценки состояния тревоги могут быть использованы хорошо известные методики (например, вопросник Спилбергера). Кроме того, существует несколько способов оценки тяжести проявлений, испытываемых пациентом. Одна из концепций предлагает определить степень переживания на основании временных переменных и переменных интенсивности симптомов. Используя временную переменную, мы определяем увеличение тяжести симптомов по следующим признакам:

- увеличение реакций тревоги в единицу времени (т. е. усиление частоты приступов);
- увеличение длительности реакций тревоги с начала приступа (т. е. увеличение длительности периода восстановления);
- сокращение интервала до наступления следующей реакции тревоги (т. е. сокращение периодов времени без наличия тревоги);

Используя переменную интенсивности, мы определяем увеличения тяжести симптомов по следующим признакам:

- высокая интенсивность симптомов любой модальности ответа (автономной, поведенческой, когнитивной). Например, учащенное сердцебиение, тяжелые нарушения речи

или крайняя рассеянность;

– многочисленные тяжелые проявления в рамках нескольких модальностей ответной реакции. Например, тошнота и высокое кровяное давление либо глубокое чувство отчаяния и обреченности, усталость и головные боли.

## Занятие 1

Первое занятие состоит из четырех этапов: объяснение, формирование образа релаксации, тренировка релаксации и домашнее задание.

**Объяснение.** Краткое объяснение методики АМТ включает ее описание, как метода который обеспечивает тренинг: а) по выявлению ранних признаков наличия тревоги; б) по применению релаксации для снятия симптомов тревоги. Пациенту сообщают, что для повторного вызова ощущения тревоги будет использована визуализация, затем приступ тревоги будет снят с помощью релаксации. Наконец, ему сообщают, что методика АМТ включает формирование навыка и что, как и при формировании любых навыков, выполнение домашнего задания имеет принципиальное значение.

Ниже приводится пример объяснения методики АМТ.

«Вы используете приступы тревоги, часто они возникают без всякой видимой причины, совершенно непредсказуемо. Эти приступы вызывают учащенное сердцебиение, иногда сердце бьется так часто, что Вам кажется, что у Вас сердечный приступ. Что можно сделать? Можно пройти тренинг по снижению тревоги и снятию ее побочных эффектов. Мы можем этого добиться с помощью методики, которая называется *«техника контроля тревоги»*. Она состоит из нескольких основных этапов. Во-первых, я обучу Вас упражнению, которое поможет добиться релаксации. Затем мы перейдем к этапу применения релаксации для снижения тревоги. Во время занятий Вы вновь будете испытывать тревогу с помощью визуализации образов и ситуаций, которые провоцировали приступы тревоги. К примеру, Вы могли испытывать тревогу, когда должны были объяснить причину своего опоздания. Затем, Вы приступите к релаксации, и с ее помощью снимите приступ тревоги. Мы будем тренироваться до тех пор, пока вы полностью не овладеете этой техникой. Мы начнем со среднего уровня тревоги и постепенно будем усиливать ощущение тревоги по мере того, как Вы будете улучшать навыки релаксации. Вы будете обучаться навыку контроля во время занятий и применять его в Вашей повседневной жизни там и тогда, когда Вас охватит приступ тревоги. У Вас есть вопросы по объяснению техники контроля тревоги?»

**Ситуация релаксации.** Затем занятие концентрируется на формировании ситуации релаксации. Ситуация релаксации должна быть основана на реальном событии, которое ассоциируется у клиента с ощущением расслабленности и покоя. Необходимо наличие конкретных деталей ситуации, и ее воздействия на сенсорные системы, что обеспечивает живость образов. В ситуации должны присутствовать зрительные образы, звуки, температурные и тактильные ощущения, эмоции и чувства. Ситуации релаксации определяются таким же образом, как и при десенсибилизации.

Существует несколько признаков, подтверждающих реальность ситуации релаксации, что обеспечивает возможность ее удерживания в сознании, например, такие как – точная дата и время суток, когда произошло событие, название места, точное описание деятельности, которой занимался пациент и прочие конкретные детали, такие как название книги, которую он читал, или мелодии, которые звучали.

**Техника релаксации.** Техника релаксации основана на стандартном методе глубокой мышечной релаксации Якобсона, при котором группы мышц сначала напрягаются, а затем расслабляются. К технике добавляется сознательная концентрация внимания, поскольку клиент получает инструкцию обращать внимание на ощущение напряжения в мышцах и на контраст между ощущением напряжения и расслабления мышц. Данная инструкция способствует концентрации внимания и усиливает осознаваемое ощущение соматического напряжения. Группы мышц под наблюдением включают ладони, предплечья, плечи, лоб,

лицо, шею и плечевой пояс, грудную клетку, живот, каждую голень, бедра и стопы. Обычно проведение техники релаксации занимает около 30 минут. После завершения мышечной релаксации рекомендуется инструктировать пациента некоторое время глубоко подышать. Целью глубокого дыхания является его включение в технику релаксации. Пример инструкции: «Теперь медленно и глубоко дышите и используйте дыхание для усиления степени релаксации; с каждым вдохом и выдохом еще сильнее расслабляйте группы мышц».

После выполнения упражнений по релаксации пациент получает инструкцию переключиться на ситуацию релаксации с целью усилить глубину релаксации. Визуализация ситуации релаксации обозначается им сигналом рукой. Терапевт говорит: «Когда Вы почувствуете, что добились глубокой релаксации, поднимите правую руку».

После завершения ситуации релаксации терапевт проводит проверку групп мышц: «Обратите внимание на ощущение расслабления в обеих руках, предплечьях ... и т. д.». Затем визуализация ситуации релаксации повторяется и вновь проводится проверка степени расслабления, оба этапа повторяются до тех пор, пока до конца занятия не останется 10 минут. В оставшееся время проводится заключительная беседа с целью определить, насколько глубокого уровня релаксации пациенту удалось добиться и насколько полной была визуализация ситуации релаксации. Далее следует объяснение домашнего задания.

**Домашнее задание.** Домашнее задание включает практику упражнения напряжения – релаксации без визуализации ситуации релаксации. Упражнения должны выполняться дома пять из семи дней недели в спокойной обстановке. Хотя само упражнение занимает от 30 до 40 минут, пациент получает инструкцию выделить для выполнения упражнения 1 час времени, когда никто не сможет помешать его занятиям. Для контроля за занятиями дома существует дневник наблюдений за релаксацией и дневник наблюдений за стрессовыми ситуациями, вызывающими приступы тревоги. В дневнике наблюдений за релаксацией отражается время релаксации и достигнутый уровень релаксации для контроля успешности проведения занятий. Дневник наблюдений может быть оформлен следующим образом:

| Дата, время занятий | Напряжение перед занятием (0-100) | Напряжение после занятия (0-100) | Группы мышц, где снятие напряжения происходило без затруднений | Группы мышц, где снятие напряжения вызывало трудности |
|---------------------|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
|                     |                                   |                                  |                                                                |                                                       |

Дневник наблюдений за стрессом предназначен для контроля за стрессовыми ситуациями и временем их наступления, он может быть оформлен следующим образом:

| Дата, время | Стрессовая ситуация | Уровень стресса (0-100) |
|-------------|---------------------|-------------------------|
|             |                     |                         |

## Занятие 2

Данное занятие включает четыре этапа: идентификацию ситуации тревоги, релаксацию, активацию тревоги с последующей релаксацией и домашнее задание.

**Ситуация тревоги.** Второе занятие начинается с формирования ситуации тревоги. Ситуация тревоги должна отражать реальное событие, которое ассоциировалось бы со средним уровнем тревоги (около 60 по шкале, где максимальный уровень тревоги равен 100). Ситуация тревоги должна быть основана на реальном событии и должна быть конкретно описана. В данном аспекте ситуация близка к формированию ситуации релаксации. Если пациент легко идентифицировал ситуацию релаксации, ему потребуются минимальные дополнительные инструкции для идентификации ситуации тревоги. Ситуация должна быть реальной, а не выдуманной именно с целью удержания ее в сознании во время визуализации.

Ситуация должна включать подробности окружающей обстановки, которая способствует идентификации обстоятельств произошедшего события, например, его места, времени и участников. Ситуация должна включать детали, способствующие активации тревоги, а именно, ситуационные, эмоциональные, физиологические и когнитивные элементы, максимально увеличивающие вовлеченность в ситуацию для обеспечения наибольшей степени активации тревоги. Поведенческие элементы также могут быть включены. К примеру: «Я начинаю осознавать свою тревогу и замечаю, как я плотно сжимаю челюсти». С другой стороны, элементы, включающие избегание, бегство и прочие защитные типы поведения, должны быть исключены из ситуации. Например, нижеследующие утверждения абсолютно неприемлемы: «Я начинаю осознавать свою тревогу, я совершенно не могу этого переносить и выбегаю из комнаты» или «Я так встревожен происходящим, что стараюсь думать о чем-то другом ... Я перестаю слушать и представляю себя в другом месте». В этих примерах пациент применяет неправильные способы реакции на тревогу. Применение подобных реакций может привести к усилению опасности принятия неадекватных решений. Тем не менее вполне приемлемо включение ситуаций, в которых ощущение отражает намерение, но не прямые действия. Например: «Я так встревожен, что у меня есть желание выйти из комнаты».

**Релаксация.** После идентификации ситуации тревоги терапевт дает инструкции по релаксации без применения напряжения. Вместо этого проводится контроль группы мышц. Особое внимание обращается на расслабление каждой группы мышц в отдельности. Это занимает около 20 минут. Медленное глубокое дыхание применяется для усиления релаксации, затем визуализируется ситуация релаксации. Информация от клиента к терапевту продолжает поступать через сигналы рукой. Например тогда, когда пациент достигает комфортного уровня релаксации, когда четко сформулирована ситуация релаксации, и позже, когда происходит переживание ситуации тревоги, а затем тревога сменяется релаксацией.

**Активация тревоги и релаксация.** Когда пациент достигает релаксации в соответствии с ранее изложенной методикой, терапевт дает ему следующие инструкции: начинать процесс активации тревоги посредством перехода к ситуации тревоги, затем использовать ситуацию тревоги для повторного переживания ситуации тревоги и подать сигнал о наступлении приступа тревоги. Инструкция включает описание окружающей обстановки и деталей, способствующих активации тревоги, а также соответствующие акценты, выделяемые голосом (громкость, тон), что усиливает активацию тревоги. Через 10–15 секунд переживания тревоги, т. е. с момента, когда пациент подает сигнал активации, ситуация тревоги прерывается, и терапевт вновь вводит ситуацию релаксации. Пациент подает сигнал, когда вновь достигает комфортного уровня релаксации. Вновь проводится контроль группы мышц для усиления уровня релаксации. Данная последовательность активации тревоги и контроля релаксации повторяется до конца занятия. После первой активации тревоги, это состояние поддерживается дольше, до 20–30 секунд. Во время собеседования, после занятия, проверяется уровень первоначальной релаксации, четкость

формирования ситуации релаксации, а также формирование ситуации тревоги, степень активации тревоги и уровень восстановления релаксации после активации тревоги. Ниже приводится образец инструкции терапевта: ***Пациент в состоянии релаксации.*** «Через несколько секунд я попрошу Вас визуализировать ситуацию тревоги. Когда я это сделаю, я хотел бы, чтобы Вы непосредственно ощутили эту ситуацию, пережили ее так, как будто это событие происходит с Вами сейчас. Когда Вы будете переживать состояние тревоги, подайте мне сигнал поднятием правой руки. Теперь восстановите эту ситуацию тревоги и переживайте ее вновь».

***Домашнее задание.*** Домашнее задание включает релаксацию в спокойном месте, но не дома. Один раз в день. Например, можно выполнять релаксационные упражнения во время поездки в автобусе. Переживания тревоги контролируются так же, как и ранее.

### Занятие 3

На данном занятии повторяются этапы занятия 2, к которым добавляются два новых основных этапа: самостоятельная релаксация и концентрация внимания на симптомах активации тревоги с целью определения собственных симптомов, связанных с тревогой. Таким образом, эти занятия включают самостоятельную релаксацию, активацию тревоги, концентрацию внимания на симптомах тревоги во время ее активации, восстановление релаксации, повторение цикла активации тревоги, внимание к симптомам, релаксация (3–5 циклов) и домашнее задание.

***Релаксация.*** Первым этапом данного задания является самостоятельная релаксация. Теперь терапевт не дает инструкции пациенту, он выполняет релаксационные упражнения самостоятельно. Этот этап – первый шаг пациента к принятию на себя ответственности и самоконтроля с одновременным снижением контроля со стороны терапевта. Когда пациент подает сигнал о достижении релаксации (обычно через 1–2 минуты), терапевт дает ему инструкцию перейти к ситуации тревоги.

***Активация тревоги.*** Как и на предыдущем занятии, активация тревоги достигается с помощью визуализации ситуации тревоги с уровнем интенсивности 60. Как и раньше, пациент подает сигнал, когда ситуация активирует приступ тревоги. В этот момент терапевт вводит новую инструкцию по концентрации внимания на симптомах тревоги.

***Концентрация внимания на симптомах тревоги.*** Чтобы обучить пациента концентрации внимания на симптомах активации тревоги, применяются следующие инструкции: «Обратите внимание на то, как именно Вы ощущаете тревогу. Возможно, это физические ощущения, например напряжение мышц шеи или частое сердцебиение, или какие-то специфические мысли». Данные инструкции могут включать симптомы, описанные уже клиентом при создании ситуации тревоги.

***Воспроизведение релаксации.*** Релаксация возобновляется посредством возвращения к ситуации релаксации. Ответственность за переключение на ситуацию релаксации и описание деталей ситуации берет на себя терапевт. Затем проводится контроль группы мышц для усиления уровня релаксации.

Цикл активации тревоги, концентрации внимания на симптомах тревоги и воспроизведения релаксации продолжается до конца занятий и составляет от 3 до 5 циклов. Тренинг обучает пациента идентифицировать признаки тревоги. Техника АМТ не только обучает пациента, но и помогает ему предотвращать приступы тревоги в будущем. Терапевт рассматривает эти признаки тревоги как «сигналы опасности» и предупреждает пациента о тенденции напряжения или тревоги к нарастанию, а также обучает его самостоятельным навыкам релаксации в условиях самоконтроля.

***Домашнее задание.*** Домашнее задание включает продолжение практики релаксации. И несмотря на то, что пациент должен избегать сильных стрессогенных ситуаций, он получает инструкцию практиковать релаксацию в ситуациях с невысокой интенсивностью стресса. С помощью дневника наблюдений пациент продолжает наблюдение за стрессом,

уделяя особое внимание обнаруженным им физиологическим, когнитивным и поведенческим признакам тревоги. В журнал наблюдений добавляется колонка, куда он записывает характер этих ранних предупредительных сигналов (т. е. специфических физических или когнитивных симптомов). Попытки справиться со стрессом также заносятся в журнал, в который добавляется колонка результатов самоконтроля и попыток самостоятельно справиться со стрессом. В этой колонке пациент записывает результаты успешного или неуспешного контроля тревоги при каждой пережитой стрессогенной ситуации в форме ответов «да» или «нет».

#### **Занятие 4**

На этом занятии добавляются два основных компонента. Первый – это идентификация ситуации тревоги с уровнем интенсивности 90. Во время занятий эта ситуация чередуется с ситуацией тревоги с уровнем интенсивности 60, которая использовалась на занятиях 2 и 3. Иногда приходится разрабатывать новую ситуацию с уровнем тревоги 60, если прежняя ситуация теряет свою способность к активации тревоги. К тому же во время данного занятия возрастает ответственность пациента по восстановлению самоконтроля после активации тревоги. Теперь не терапевт прерывает ситуацию тревоги и дает инструкцию к началу релаксации, а сам пациент решает, когда необходимо прервать ситуацию тревоги и несет ответственность за воспроизведение ситуации релаксации, за контроль над расслаблением группы мышц с помощью сигнала (глубокого дыхания). Для ввода указанных изменений меняется система подачи сигналов. Теперь пациент получает следующую инструкцию: «Поднимите руку, когда Вы вновь испытываете тревогу, и держите ее поднятой все время, пока присутствует чувство тревоги. Когда Вы будете готовы, прервите ситуацию тревоги и начните релаксацию. При достижении комфортного состояния релаксации опустите руку».

Домашнее задание включает самоконтроль, осуществляемый с помощью журналов наблюдений. Кроме того, пациент получает инструкцию регулярно проверять ранние предупредительные сигналы наступающего состояния тревоги и при возникновении тревоги применять навыки релаксации. С этой целью применяется временной и ситуационный контроль. При временном контроле пациент проверяет сигналы наступления тревоги утром, в полдень, во второй половине дня и вечером. Для пациентов, страдающих головными болями, связанными с напряжением, проверки проводятся каждые 2 часа с целью купировать нарастание мышечного напряжения в самом начале. При ситуационном контроле пациент проверяет свой уровень тревоги перед началом любой деятельности, связанной для него с активацией тревоги. Например, при подготовке к экзамену или в приемной у стоматолога. Контроль стресса при помощи релаксации применяется всегда. Когда возникает ощущение нарастания тревоги. Попытки управления тревогой записываются в журнал контроля.

Занятие 4-е повторяет общую схему занятий после формирования ситуаций тревоги с уровнем интенсивности 90 и после того, как пациент становится в состоянии самостоятельно проводить релаксацию. Терапевт дает ему инструкцию переключиться на ситуацию тревоги с уровнем интенсивности 90 и обратить внимание на когнитивные, эмоциональные и поведенческие сигналы активации тревоги. После того как пациент сигнализирует об активации тревоги, он самостоятельно отключает сцену тревоги и воспроизводит ситуацию релаксации. Затем эта схема повторяется с активацией ситуации тревоги с уровнем интенсивности 60, а затем 90. Так, продолжается до конца занятия. Как и ранее, занятие заканчивается кратким собеседованием и домашним заданием. Домашнее задание включает самонаблюдение за признаками тревоги, записи успешного контроля тревоги в дневнике наблюдений, а также временной и ситуационный контроль.

#### **Занятие 5**

На данном занятии контроль терапевта снижается до минимума, а пациент

самостоятельно проводит самоконтроль. В начале занятия он проводит релаксацию и подает терапевту сигнал о достижении состояния релаксации. Хотя переключение на ситуацию тревоги проводится под контролем терапевта, все последующие формы тренинга, начиная с указанного момента, осуществляются пациентом самостоятельно. Так, он самостоятельно визуализирует ситуацию тревоги для переживания активации тревоги, и, находясь в состоянии активации тревоги, пациент проводит релаксационный контроль. При достижении состояния релаксации он завершает визуализацию состояния тревоги, подает сигнал о ее завершении и продолжает проводить релаксацию до тех пор, пока терапевт не подаст сигнал об активации новой ситуации тревоги. Как и ранее, ситуации тревоги с уровнями интенсивности 60 и 90 чередуются. Сигналы рукой подаются также как и ранее: поднятием руки при активации тревоги и опусканием руки при воспроизведении релаксации. Интервал между сигналами обеспечивает контроль успешности навыков пациента по контролю тревоги. Домашнее задание совпадает с домашним заданием после занятия 4.

В целом занятие 5 также повторяет схему, которая была сформирована после того, как пациент самостоятельно стал переживать релаксацию. Терапевт теперь дает ему инструкцию переключаться на ситуацию активации тревоги и сигнализировать наступление состояния тревоги. Когда он переживает активацию тревоги и сигнализирует об этом, он старается воспроизвести релаксацию, сигнализируя об этом, удерживая в сознании ситуацию тревоги. При этом он дает сигнал о воспроизведении релаксации. Затем пациент прерывает ситуацию тревоги. Цикл возобновляется с активацией тревоги уровня 60. Ситуации тревоги с уровнем интенсивности 60 и 90 чередуются таким образом до конца занятия. Домашнее задание по контролю всех видов тревоги и стресса повторяет домашнее задание занятия 4.

### **Занятия 6—8**

Тематика занятия 5 повторяется вплоть до достижения полного самоконтроля, который обычно достигается между 6-м и 8-м занятием. При необходимости могут быть сформированы новые ситуации тревоги. Завершение занятий может осуществляться терапевтом следующим образом: «Мы достигли уровня, когда можно провести небольшую проверку и подвести итог достижениям». Затем терапевт находит жизненную ситуацию, в которой пациент может проверить свою способность управлять тревогой. С помощью подобной проверки он может получить информацию о своих успехах. Пациент обретает уверенность в себе и может принять самостоятельное решение завершить курс терапии, не полагаясь на утверждение терапевта, что определенный прогресс достигнут. При работе с пациентами такой подход обеспечивает более уверенное завершение курса терапии по сравнению со случаями, когда терапевт просто объявляет им, что курс терапии завершен. Когда окончание курса определяется терапевтом, пациент не всегда чувствует себя готовым к завершению занятий. Если же пациент и терапевт договариваются о проведении тестирования, то при положительных результатах пациент самостоятельно убеждается в своей готовности к завершению занятий.

### **Процедуры групповой АМТ-терапии**

Основные техники АМТ также подходят для групповой терапии и могут проводиться в группах от 6 до 8 человек. При этом в технику предполагается внести некоторые изменения.

Во-первых, увеличивается время занятий. Занятия организуются таким образом, чтобы самый слабый пациент сумел получить необходимые навыки. Например, если он не сумел приобрести навык достижения релаксации, переход ко второму занятию теряет всякий смысл.

Поскольку сцены релаксации должны быть созданы для всех клиентов, это совершенно естественно увеличивает время каждого занятия. В целом продолжительность первого занятия увеличивается до 75 минут. Для обеспечения формирования навыка релаксации у

всех участников группы первое занятие можно повторить.

Правило удлинения времени и повторы занятий при необходимости также распространяются на все последующие занятия техники АМТ. Следовательно, на занятие, посвященное формированию ситуации тревоги уровня интенсивности 60, также должно быть отведено 75 минут (занятие 2 по индивидуальной технике АМТ). То же относится к формированию ситуации тревоги с уровнем интенсивности 90 (занятие 4 по индивидуальной технике АМТ).

Занятия для стандартной группы в 6–8 человек могут быть организованы следующим образом:

Занятие 1 – объяснение, идентификация сцены релаксации и тренинг релаксации.

Занятие 2 – повторение занятия 1.

Занятие 3 – идентификация ситуации тревоги (уровень интенсивности 60), инструкция по релаксации, а также инструкция по активации тревоги с последующим контролем релаксации даются терапевтом.

Занятие 4 – самостоятельная релаксация, инициируемая пациентами, активация тревоги с последующим релаксационным контролем – внимание к ранним сигналам тревоги.

Занятие 5 – повторение занятия 4.

Занятие 6 – идентификация ситуации тревоги (уровень интенсивности 90), самостоятельная релаксация, осуществляемая пациентами, ситуация активации тревоги, самостоятельно прекращаемая ими, и самостоятельная инициация контроля релаксации: чередование сцен активации тревоги с уровнями 60 и 90.

Занятие 7 – повторение занятия 6.

Занятие 8 до завершения курса – самостоятельная релаксация, активация тревоги с последующей самостоятельно инициированной пациентом релаксацией при сохранении в сознании ситуации тревоги; чередование ситуаций тревоги с уровнем интенсивности 60 и 90.

Ситуации релаксации и тревоги записываются. В технике индивидуальной терапии АМТ при инициации ситуаций тревоги и релаксации терапевт описывает детали окружающей обстановки и детали, стимулирующие активацию тревоги. В связи с тем что у каждого пациента в группе детали ситуации тревоги отличаются, устная инструкция для группы становится невозможной. Вместо этого с каждым пациентом проводится индивидуальное собеседование с целью определения индивидуальных особенностей ситуации тревоги. Затем предлагается записать сформированную ситуацию тревоги на карточке. В данном случае, когда терапевт дает пациентам инструкцию переключиться на ситуацию тревоги, каждый из них понимает, что инструкция относится к ситуации тревоги, записанной на его индивидуальной карточке.

Сигнализация рукой имеет особое значение для получения важной информации. Например, если пациент не дает сигнала об активации тревоги, терапевт может сказать: «Если Вы смогли испытать переживание активации тревоги уровня интенсивности 60 во время визуализации последней сцены тревоги, дайте мне знак об этом поднятием правой руки». Сигнализация такого рода обеспечивает терапевту важность контролировать успешность каждого во время занятия.

В заключении необходимо отметить, что использование техники АМТ в больших группах неэффективно.

## Литература

1. Блум Г. Психоаналитические теории личности – М.: КСП, 1996.
2. Дельгадо Х. Мозг и сознание. – М., 1971.
3. Джемс У. Психология. – М.: Педагогика, 1991.
4. Кемпинский А. Экзистенциальная психиатрия. – М.: Изд-во «Совершенство», 1998.
5. Кьеркегор С. Страх и трепет: Пер. с дат. – М.: Республика, 1993.



6. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования. – В сб.: Эмоциональный стресс. – Л.: Медицина, 1970.
7. Марсон П. 25 ключевых книг по психоанализу: Пер. с фр. – Челябинск: «Урал LTD», 1999.
8. Раттер М. Помощь трудным детям: Пер. с англ./ Общ. ред. А.С. Спиваковской. – М.: Прогресс, 1987.
9. Рейковский Я. Экспериментальная психология эмоций. – М.: Прогресс, 1972.
10. Рикфорт Ч. Критический словарь психоанализа – СПб., 1995.
11. Роджерс К. Взгляд на психотерапию: Становление человека. – М.: Прогресс-Универс, 1994.
12. Стреляу Я. Роль темперамента в психическом развитии. – М.: Прогресс, 1982.
13. Тиллих П. Теология культуры. Пер. с англ. – М.: Юрист, 1995, 479с.
14. Фрейд А. Психология «Я» и защитные механизмы. – М., Педагогика, 1993.
15. Фрейд А. Теория и практика детского психоанализа. Пер. с англ. – М.: Апрель-Пресс. Издательство ЭКСМО-Пресс, 1999.
16. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. – М.: Наука, 1989.
17. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности: Перевод – М.: Республика, 1994.
18. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность. Т.1 – М.: Педагогика, 1986.
19. Хорни К. Невротическая личность нашего времени; Самоанализ: пер. с англ. – М., Изд. группа «Прогресс» – «Универс», 1993.
20. Эриксон Э. Детство и общество. – СПб., 1996.
21. Юнг К. Архетип и символ. – М.: Ренессанс, 1991.
22. Юнг К. Собрание сочинений. Конфликты детской души. Пер. с нем. – М.: Канон, 1997.
23. Abramson L., Alloy L., Metalsky G. The cognitive diathesis – stress theories of depression: Toward and adequate evaluation of the theories' validities. – In: L.Alloy (Ed.), Cognitive processes in depression. New York, 1988, pp. 3-30.
24. Achenbach T. Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles. University of Vermont, 1991.
25. Achenbach T. The child behavior profile: I. Boys aged 6-11. – J. Consulting and Clinical Psychology, 1978, Vol. 46, pp. 478–488.
26. Achenbach T., Connors G., Quay H. e.a. Replication of empirically derived syndromes as a basis for taxonomy child/adolescent psychopathology. – J. of Abnorm. Child Psychol., 1989, Vol. 17, pp. 299–323.
27. Achenbach T., Edelbrock C. The child behavior profile: II. Boys aged 12–16 and girls aged 6-11 and 12–16. – J. Consulting and Clinical Psychology, 1979, Vol. 47, pp. 223–233.
28. Achenbach T., Howell C., Quay H., Connors C. National survey of competencies and problems among 4 to 16 year-olds: Parent's reports for normative and clinical samples. – In: Monographs of the Society for Research in Child Development, 1991.
29. Ackerson L. Children's behavior problems. Chicago University, 1931.
30. Ainsworth M. Individual Differences in strange-situation behavior of one year olds. In: H. Schaffer (Ed.), The Origins of Human Social Relations. Academic Press, London-New York, 1971, p.145.
31. Alder A. Uber den nervosen Charakter. Munchen, 1928.
32. Alloy L., Kelly K., Mineka S., Clements. Comorbidity of anxiety and depression disorders: A helplessness – hopelessness perspective. – In: J.Maser, C. Cloninger (Eds). Comorbidity of mood and anxiety disorders. Washington, 1990.
33. Allport G. Pattern and Growth in Personality. N-Y: Holt, Rinehart and Winston, 1961.
34. Allport G. The Individual and His Religion. New York: Macmillan, 1970.
35. Anthony S. The Discovery of Death in Childhood and After. Allen Cane, London, 1971.
36. Arnold M. Stress and Emotion. In: Psychological Stress – New York, 1967, pp. 123–130.

37. Ayllon T., Smith D., Rogers M. Behavioral management of school phobia. – J. Behav. Ther. Psychiatry, 1970, Vol. 1, pp. 125–138.
38. Bandura A. Social Learning Theory. Prentice-Hall, Englewood Cliff, New York, 1977.
39. Bandura A., Menlove F. Factors determining vicarious extinction of avoidance behavior through symbolic modeling. – J. Pern. and Soc. Psych., 1968, Vol. 5, pp. 16–23.
40. Barlow D. Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. New York, 1988.
41. Barrat E. Anxiety and impulsiveness: Towards a neuropsychological model. In Anxiety: Current Trends in Theory and Research / Ed. Ch. Spielberger – Vol. 1, New York – London, 1972, pp.195–222.
42. Basowitz H., Persky H., Korchin S. and Grinker R. Anxiety and Stress. New York: McGraw-Hill, 1955.
43. Basowitz M. Anxiety and stress. New York, 1955, 278 p.
44. Basowitz M., Persky H., Korchin S., Grinker R. Anxiety and stress. An Interdisciplinary Study of life situations – New York, 1955, pp.85 – 109.
45. Basselman B. Neurosis and psychosis. 3-ed., Springfield, 1964, pp. 11–13.
46. Beck A. Cognition, anxiety and psychophysiological disorders – In: Anxiety. Current trends in theory and research. Vol.2/ Ed. Ch.Spielberger – New York – London, 1972, p.343.
47. Beck A., Emery G. Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. New York, 1985.
48. Beck A., Stewart B., Clark L. Cognitive specificity and positive-negative affectivity: Complementary or contradictory views on anxiety and depression? – J. of Abnorm. Psychology, 1990, Vol. 99, pp. 148–155.
49. Beidel D., Neal A., Lederer A. The feasibility and validity of a daily diary for the assessment of anxiety in children. – J. Behavior Therapy, 1991, Vol. 22, pp. 505–517.
50. Bender L. Anxiety in Disturbed Children. In Hoch, Paul H., and Zubin J. (Eds), Anxiety. N-Y, 1950.
51. Berge A. L'enfant an caractere difficile. Paris, Libraire Hachette, 1970.
52. Bieber I. A Concept of Psychopathology. Current Approaches to Psychoanalysis. Hoch P. and Zubin J. (Eds) – N-Y, 1960.
53. Blagg N. School phobia and its treatment. London, 1987.
54. Blan A., Huse W. Anxiety (“actual”) neuroses as a cause of behavior disorders. – Amer. J. Orthopsychiat, vol. 26, p.108, 1956.
55. Blau A. A unitary hypothesis of emotion: Anxiety, emotions of displeasure and affective disorders – J. Psychoanal. Quart, vol. 24, 1955, p.75.
56. Blumberg S., Izard C. Discriminating patterns of emotions in 10– and 11-year-old children's anxiety and depression. – J. Personality and Social Psychology, 1986, Vol. 51, pp. 852–857.
57. Borkovec T., Hu S. The effect of worry on cardiovascular response to phobic image – J. Behav. Res. Ther., 1990, vol. 28, pp. 69–73.
58. Bower T. Development in Infancy. Freeman, San Francisco, 1974.
59. Bowlby J. Attachment and Loss Separation: Anxiety and Anger. New York, 1975, Vol. 11, pp. 454–489.
60. Bowlby J. Psychopathology of anxiety: The role of affectional bonds. In: M.Cader (Ed). Studies in Anxiety. R.M.P.A. Headley. Kent, 1969, pp. 96-108.
61. Bowlby J. Separation anxiety – Int. J. Psychoanal., 1960, vol. 41, p.89.
62. Bowlby J. The nature of the child's tie to his mother. – Int. J. Psychoanal., 1951, Vol. 39, pp. 350–357.
63. Brown J. The motivation of behavior. New York: McGraw-Hill, 1950.
64. Brown T., Barlow D. Comorbidity among anxiety disorders: Implications for treatment and DSM-IV. – J. of Cons. and Clin. Psychology, 1992, Vol. 60, pp. 835–844.
65. Buss A. Two anxiety factors in psychiatric patients. – J. Abn. Soc. Psychol., 1962, vol. 62,

p.426.

66. Campos J., Emde R., Gaenbauer T. and Henderson C. Cardiac and behavioral interrelationships in the reactions of infants to strangers. – *J. Devel. Psychol.*, 1975, vol. 11, p. 589–601.

67. Cannon W. The James-Lange theory of emotion: A critical examination and an alternative theory. – *Am. J. Psychol.*, 1927, Vol. 39, pp. 106–124.

68. Carron A. Reactions to “anxiety and motor behavior” – *Journal of Motor Behav.*, 1971, Vol. 2, pp. 181–188.

69. Castaneda A., McCandless B., Palmero D. The children’s form of the Manifest Anxiety Scale. – *J. Child Development*, 1956, Vol. 16, pp. 317–326.

70. Cattell R. Anxiety and motivation: theory and critical experiments – In: *Anxiety and behavior* / Ed. Ch. Spielberger. New York – London, 1966, p.23.

71. Cattell R. Psychological definition and measurement of anxiety. – *J. Neuropsychiat*, 1964, vol.5, p.396.

72. Cattell R., Scheier I. The meaning and measurement of neuroticism and anxiety, New York: The Roland Press Company, 1961, p.2.

73. Clark D., Beck A. Cognitive theory and therapy of anxiety and depression. -In: P Kendall and D. Watson (Eds), *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features*. – San Diego, 1989, pp. 379–411.

74. Clark L. The anxiety and depressive disorders: Descriptive psychopathology and differential diagnosis. – In: P Kendall and D. Watson (Eds), *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features*. – San Diego, 1989, pp. 83-130.

75. Cloninger C. Anxiety and theories of emotions. – In: *Handbook of Anxiety*, Vol. 2, K. Noyes, M. Roth, G. Burrows (Eds), pp. 1-29, Amsterdam, 1988.

76. Costello A., Edelbrock C., Dulcan M., Kalas R., Klaric S. Report on the NIMN Diagnostic Interview Schedule for Children (DIS-C). Washington, National Institute for Mental Health, 1984.

77. Costello E., Angold A. – *J. Amer. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*. 1988, Vol. 27, pp. 726–737.

78. Crosby J. Theories of Anxiety: a theoretical perspective – *Am.J. Psychoanal.*, 1976, vol. 36, p.237.

79. Crowe R. The genetics of panic disorder and agoraphobia. – *J. Psychiatric Developments*, 1985, Vol. 2, pp. 171–186.

80. Dabrowski K. *Spoleczno-wichowawcza psychiatrie dziecięca*. Wyd. 2, Warczawa, PZWS, 1964.

81. De Ruiter, Rijken H., Garssen e.a. Comorbidity among the anxiety disorders. – *J. of Anxiety Disorders*, 1989, Vol. 3, pp. 57–68.

82. Dollard J., Miller N. *Personality and psychotherapy*. New York, McGraw-Hill, 1950.

83. Dowrick P. *Self Modeling: A Videotape Training Technique for disturbed Children*. University of Auckland, 1976.

84. Dowrick P. Suggestions for the use of edited video replay in training behavioral skills. – *J. Practical Approaches to Dev. Handicap.*, 1978, Vol. 2, pp. 21–24.

85. Dowrick P., Raeburn J. Video editing and medication to produce a therapeutic self model. – *J. Consulting and Clinical Psychology*, 1977, Vol. 45, pp. 1156–1158.

86. Durand-Dassier J. *Structure et psychologie de relation*. Paris, L’Epi, 1969.

87. Dweck C., Worthman C. Learned helplessness, anxiety and achievement. – In: H.Krone, L.Laux (Eds) *Achievement, stress and anxiety*. New York, 1982, pp. 93-125.

88. Endler N., Hunt J., Rosenstein A. An S-R inventory of anxiousness. – *J. Psychol. Monogr.*, 1974, Vol. 76, pp. 145–162.

89. Epstein S. The nature of anxiety with emphasis upon its relationship to expectancy – In: *Anxiety, current trends in thory and research*, vol. 2 / Ed. Ch. Spielberger. New York – London, 1972, p.291.

90. Epstein S. Toward a unified theory of anxiety – In: *Progress in Experimental Personality*

Research / Ed. B.Macher. – New York, 1967, pp. 1-87.

91. Evers W., Schwazz J. Modifying Social withdrawal in preschoolers: The effects of filmed modeling and teacher praise. – J. Abnorm. Child Psychology, 1973, Vol. 1, pp. 248–256.

92. Eysenk H. The Structure of Human Personality. London, 1953, 348 p.

93. Eysenk H. A genetic model of anxiety – In: Stress and Anxiety, Vol. 2 / Eds. Z.Sarason, Ch.Spielberger – Washington, 1975, pp. 81-116.

94. Eysenk H. The biological basis of personality. Thomas Springfield, 1967.

95. Eysenk M. Cognitive factors in clinical anxiety: Potential relevance to therapy – In: New Concepts in Anxiety / Eds. M.Briley, S.File – CRH Press, 1991, pp. 418–433.

96. Eysenk S. Anxiety and the natural history of neurosis. – In: Stress and anxiety. Vol.1 / Eds. Ch. Spielberger, J. Sarason. New York, 1975, p.51.

97. Ferenczi S. Confusion to tongues between the adult and the child. – Int. J. Psychoanal., 1949, Vol. 30, pp. 225–241.

98. Flavell J. The Developmental Psychology of Jean Piaget, Van Nostrand, New Jersey, 1963, c.132–285.

99. Flescher J. A dualistic viewpoint on anxiety. – J. Amer. Psychoanal. Ass., vol.3, p.415, 1955.

100. Francis G. The role of anxiety and depression in socially withdrawn children. – Virginia Polytechnic Institute and State University, Blacksburg, 1986.

101. Francis G., Last C., Strauss C. Avoident disorders and social phobia in children and adolescence. – J. Amer. Acad. Child and Adolescent Psychiatry, 1992, Vol. 31, pp. 1086–1089.

102. Freud S. Hemmung, Symptom und Angst, 1926.

103. Freud S. Inhibitions, Symptoms and Anxiety. Hogarth Press, 1926.

104. Freud S. The Problem of Anxiety. Norton, N-Y, 1936.

105. Freud S., Breur J. Ober Die Berechting von der Neuasthenia einen bestimmten Symptomen Komplex als “Angstneurose” abzutvennen // G.W.Bd 1, 1895, S.315.

106. Fuster J. The Prefrontal Cortex.– New York, Raven Press, 1989.

107. Fyer A., Mannuzza S., Chapman T. e.a. Specificity in familial aggregation of phobic disorders. – J. Arch. Gen. Psychiatry, 1995. Vol. 52, pp. 564–573.

108. Garre W. Basic Anxiety. N-Y: Philosophical Library, 1962.

109. Gelfand D. Social withdrawal and negative emotional states: Behavior therapy. – In: B. Wolman, J. Egan and A. Ross (Eds), Handbook of Treatment of Mental Disorders in Childhood and Adolescence. Prentice Hall, Englewood Cliffs, New York, 1978, pp. 330–353.

110. Geller S. Praca psychoterapeutyczne z rodzina. – Psychologia Wychwawcza, 1973, nr.1.

111. Gellhorn E. The neurophysiological basis of anxiety: A hypothesis. – J. Perspect. Biol. Med., 1965, vol. 8, pp.488–515.

112. Gittelman-Klein R., Klein D. School phobia: Diagnostic considerations in the imipramine effects. – J. Nerv. Ment. Dis., 1973, Vol. 156, pp. 199–215.

113. Glennon B., Weisz J. An observational approach to the assessment of anxiety in young children. – J. Consulting and Clinical Psychology, 1978, Vol. 46, pp. 1246–1257.

114. Goldstein K. Anxiety and Therapy. New York: Grune & Stratton, 1957.

115. Goldstein K. The Organism: A Holistic approach to Biology. New York: American Book Co., 1939.

116. Goldstein K. The Structure of Anxiety. Amer. J. Psychother. Vol. 8, 1954, p.745.

117. Graig K., Dobson K. Anxiety and depression in adults and children. – Int. Educational and Professional Publisher, 1995.

118. Gray J. Anxiety and personality – In: Handbook of Anxiety, Vol. 1 / Eds. M. Roth, R. Noyes, G. Burrows – New York, 1988, pp.231–257.

119. Gray J. Psychology of Fear and Stress, 2 Ed., Cambridge University Press, Cambridge, 1987.

120. Gray J. The neuropsychology of anxiety – Br. J. Psychol., 1978, Vol. 69, p.417.

121. Graziano A., De Giovanni I. The clinical significance of childhood phobias: A note on

the proportion of children's fears. – J. Behav. Res. Ther., 1979, Vol. 17, pp. 161–162.

122. Graziano A., De Giovanni I., Garcia K. Behavioral treatment of children's fears. – A review. Psychol. Bull., 1979, Vol. 86, pp. 804–830.

123. Grinker R. A Theoretical and Experimental Approach to Problems of Anxiety. In Progress in Psychotherapy. Vol. II, 1957.

124. Grinker R. Psychosomatic approach to anxiety – Amer. J. Psychiat., 1956, vol. 113, p. 443.

125. Grinker R. Psychosomatic research. New York: Norton, 1953.

126. Grinker R., Robbins F. Psychosomatic Case Book – N-Y: McGraw-Hill, 1954.

127. Hamilton M. The assessment of anxiety states of rating. – Brit. J. med. Psychol., 1959, vol.32, p.50.

128. Herjanic B., Reich W. Development of a structured psychiatric interview: Agreement between child and parent on individual symptoms. – J. Abnorm. Child Psychology, 1982, Vol. 10, pp. 307–324.

129. Hersen M. The behavioral treatment of school phobia – J. Nerv. Ment. Dis., 1971, Vol. 153, pp. 99–107.

130. Hochmann G. Some effects of spinal cord lesions on experienced emotional feelings – J. Psychophysiology, 1966, vol. 3, pp. 143–156.

131. Hodges K. The Child Assessment Schedule. Duke University, 1982.

132. Hodges K., McKnew D., Cytryn L., Stern L., Kline J. The Child Assessment Schedule (CAS) Diagnostic Interview: A report on reliability and validity. – J. American Academy of Child Psychiatry, 1982, Vol. 21, pp. 468–473.

133. Hoehn – Saric R. Characteristics of chronic patients – In: Anxiety. New Research and Changing Concepts / Eds. D.Klein, J.Rabkin – New York, 1981, pp.39409.

134. Hoehn-Saric R. Anxiety: Normal and abnormal. J. Psychiat. Ann., 1979, vol. 9, pp.11–24.

135. Hoehn-Saric R., McLeod D. Somatic manifestations of normal and pathological anxiety. – In: Biology of anxiety Disorders / Eds. R. Hoehn-Saric and D. McLeod – Washington, 1993, pp. 177–222.

136. Hoehn-Saric R., McLeod D. The peripheral sympathetic nervous system: Its role in normal and pathologic anxiety. – J. Psychiat. Clin. N. Am., 1988, vol. 11, pp. 375–386.

137. Horney K. New Ways in Psychoanalysis. New York: Norton, 1939.

138. Horney K. Our inner conflicts. New York, 1945.

139. Hubert W., de Jong-Meyer R. Saliva cortisol responses to unpleasant film stimuli differ between high and low trait anxious subjects – J. Neuropsychobiology, 1992, vol.25, pp. 115–120.

140. Hull C. Principles of behavior. An introduction of behavior theory. New York, 1943.

141. Ingram R., Kendall P. The cognitive side of anxiety – J. Cognitive ther. Res., 1987, vol. 11, pp. 523–536.

142. Izard C., Tomkins S. Affects and behavior: anxiety as a negative affect. – In: Anxiety and Behavior / Ed. Ch. Spielberger. New York – London: Acad. Press, 1966, p.81.

143. James W. Psychology (Briefer Course). Collier – McMillan, Canada, 1962.

144. Janet P. L'Automatisme psychologique. Paris, Felix Alcan, 1910.

145. Jones E. Fear, guilt and hate. Int. J. Psychoanal., 1929, vol.10, p.383.

146. Jung C. Psychologische Types. Zurich-Stuttgart. Rascr, 1960.

147. Kardiner A., Karush A. and Ovesey L. The structural hypothesis, the problem of anxiety and post-Freudian ego psychology. – J. Ment. Dis., vol. 129, p. 341, 1959.

148. Katz E., Kellerman J., Siegel S. Behavioral distress in children with cancer undergoing medical procedures: Developmental considerations. – J. Consulting and Clinical Psychology, 1980, Vol. 48, pp. 356–365.

149. Kaufer F., Karoly P., Newman A. Reduction of children's fear of the dark by competence related and situational threat-related verbal cues. – J. Consulting and Clinical Psychology, 1975, Vol. 43, pp. 251–258.

150. Kein M. A Contribution to the theory of anxiety guilt. – *Int. J. Psychoanal.*, 1948, vol.29, p. 114.
151. Kelman H. A unitary theory of anxiety. – *Amer. J. Psychoanal.*, 1957, vol. 17, p.2.
152. Kendall P. Introduction to special section: Comorbidity and treatment implications. – *J. Consulting and Clinical Psychology*, 1992, Vol. 60, pp. 833–835.
153. Kendall P., Cantwell D., Kazdin A. Depression in children and adolescents: Assessment issues and recommendations. – *J. Cognitive Therapy and Research*, 1989, Vol. 13, pp. 109–146.
154. Kendall P., Watson D. (Eds) *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features*. New York, 1990.
155. Kendler K. Symptoms of anxiety and depression in a volunteer twin population – *J. Arch. Gen. Psychiat.*, 1986, Vol.43, pp.213–221.
156. Kendler K., Neale M., Kessler e.a. The genetic epidemiology of phobias in women: The interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia and simple phobia. – *J. Arch. Gen. Psychiatry*, 1992. Vol. 49, pp. 273–281.
157. Kendler K., Neale M., Kessler R., Heath A., Eaves L. Major depression and generalized anxiety disorders: Some genes, (partly) different environment? – *J. Archives of General Psychiatry*, 1992, Vol. 49, pp. 716–722.
158. Kennedy W. School phobia: Rapid treatment of fifty cases. – *J. Abnorm. Psychol.*, 1965, Vol. 70, pp. 285–289.
159. Klaus M. Human behavior following delivery: Is this species specific? In: M.Hofer and R. Porter (Eds), *The Parent – Infant Interaction*, Amsterdam, 1975.
160. Klein M. A contribution to the theory of anxiety and guilt.-*J. Psychoanal.*, 1948, Vol. 29, pp. 114–148.
161. Klein M. *The Psychoanalysis of Children*. Hogarth Press, London, 1948.
162. Klerman G. Approaches to the phenomena of comorbidity. – In: J.Maser, C. Cloninger (Eds). *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. Washington, 1990.
163. Knott J., Irvin D. Anxiety, stress and the contingent negative variation – *J. Arch. Gen. Psychiatry*, 1973, vol. 29, p.538.
164. Kovac M., Gatsonis C., Paulauskas S., Richards C. Depressive disorders in childhood. – *J. Archives of General Psychiatry*, 1989, Vol. 46, pp. 776–782.
165. Kovacs M. *Interview Schedule for Children*. University of Pittsburg, 1978.
166. Kraepelin E. *Psychiatrie*. Johann A. Barth, Leipzig, 1915.
167. Kubie C. The ontogeny of anxiety – *J. Psychoanal. Rev.*, vol. 28, 1941, p.78.
168. Lang P., Bradley M., Cuthbert B. Emotions, attention and the start reflex. – *J. Psychol. Rev.*, 1990, vol. 97, pp. 377–395.
169. Lang P., Lazovik A. Experimental desensitization of a phobia. – *J. Abnorm. and Social Psychology*, 1963, Vol. 66, pp. 519–525.
170. Last C., Perrin S., Hersen M., Kardin A. DSM-III-R anxiety disorders in children: Sociodemographic and clinical characteristics. – *J. Amer. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*. 1992, Vol. 31, pp. 1070–1076.
171. Last C., Strauss C., Francis G. Comorbidity among childhood anxiety disorders. – *J. Nervous and Mental Disorders*, 1987, Vol. 175, pp. 726–730.
172. Lazarus R., Averill J. Emotion and Cognition: with special reference to anxiety – In: *Anxiety. Current trends in theory and research*. Vol.2/ Ed. Ch.Spielberger – New York – London, 1972, p.343.
173. Lecture 25: Anxiety. In the *Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Standard Edition, edited by J. Strackey: Hogarth Press, vol.16, 1963.
174. Lesch K. Association of anxiety-related traits with a polymorphism in the serotonin transporter gene region. – *J. Science*, 1996, Vol. 274, pp. 1527–1531.
175. Levitt E. Psychotherapy with children: A further evaluation. – *J. Behav. Res. Therapy*, 1963, Vol. 1, pp. 45–51.
176. Levitt E. Research on psychotherapy with children. – In: *Handbook of Psychotherapy*

- and Behavior Change. A.Bergin and S.Garfield (Eds). New York, 1971, pp. 474–494.
177. Levitt E. The psychology of anxiety. N.-Y. Horton, 1971, p.35.
  178. Lewis M. and Brooks J. Self-knowledge and emotional development. In: M. Lewis and L. Rosenbleum (Eds), The Development of Affect. Plenum Press, New York, 1978.
  179. Lewiski A. Procesy poznawcze i orientacja w otoczeniu. Warszawa, PWN, 1960.
  180. Liddell H.S. Emotional Research in Animals and Man. Springfield, Ill.: Thomas, 1956.
  181. Lingren J. Educational Psychology in classroom. New York., 1956.
  182. Livingston R., Nugent H., Rader L., Smith. Family histories of depressed and severely anxious children. – American J. Psychiatry, 1985, Vol. 142, pp. 1497–1499.
  183. Lutz J. Psychiatrie infantile. Neuchatel, Delechaux et Niestle, 1968.
  184. Magee W., Eaton W., Wittchen H. e.a. Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the National Comorbidity Survey. – J. Arch. Gen. Psychiatry, 1996, Vol. 53, pp. 159–168.
  185. Malmo R. Anxiety and behavioral arousal. – J. Psychol. Rev., 1957, vol. 64, pp.276–287.
  186. Mandler G., Watson D. Anxiety and the interruption of behavior. – In Anxiety and Behavior / Ed. Ch. Spielberger. New York – London, 1966, p.263.
  187. Marks I. Fears, Phobias and Rituals. New York, Oxford University press, 1987.
  188. Martens R. Sport Competition Test. Illinois, Human Kinetics Publishers, 1977, 150 p.
  189. Maser J., Cloninger C. Comorbidity of mood and anxiety disorders. – Washington: American Psychiatric Press, 1990.
  190. Mathews A., May J., Mogg K. Attentional bias in anxiety: Selective search or defective filtering – J. Abn. Psychol., 1990, vol. 99, pp. 166–173.
  191. May R. Existential bases of psychotherapy. Amer. J. Orthopsychiat. 30, 1960, p.685.
  192. May R. The meaning of anxiety. – New York, 1979, pp.179–205.
  193. McCall R. Attention in the infant: Avenue to the study of cognitive development. In: D.Walchar and D. Peters (Eds.). Academic Press, New York – London, 1971.
  194. McCallum W. Behavioral and clinical correlates of brain slow potential changes – Proc. Roy Soc. Med., 1975, vol. 68, p.3.
  195. McReynolds P. Assimilation and anxiety. – In: Emotions and anxiety / Eds. M.Zuckerman, Ch.Spielberger. New York, 1976, p.35.
  196. Miller L., Barrett C., Hampe E. Phobias of childhood in a prescientific era. – In: A.Davids (Ed.) Child Personality and Psychopathology. John Wiley, New York, 1974.
  197. Miller L., Barrett C, Hample E. Factor structure of childhood fears. – J. Consulting and Clinical Psychology, 1972, Vol. 39, pp. 261–268.
  198. Miller L., Barrett C, Hample E. Phobias in Childhood in prescientific era. – In: A.Davids (Ed.) Child Personality and Psychopathology: Current topics, New York, 1974, Vol. 1, pp. 89-134.
  199. Miller N. The role of learning in physiological response to stress. – In: Psychopathology of human adaptation. Proc. 3rd. Int. Symp. Sci.Found. New York, 1975, p.25.
  200. Mowrer O. A stimulus – response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent – J. Psychol. Rev., 1939, pp.553–565.
  201. Mowrer O. Anxiety reduction and learning. – J. Exp. Psychol., 1940, Vol.27, pp. 497–516.
  202. Mowrer O. Learning Theory and Behavior. J. Wiley, New York, 1960.
  203. Mowrer O. Learning theory and personality dynamics. New York: Ronald, 1950.
  204. Mowrer O. Quoted by May Rolls, The Meaning of Anxiety. New York: Roland Press, 1950.
  205. Murray H.A. Explorations in Personality. New York, Oxford University Press, 1938.
  206. Noyes R., Hoehn-Saric R. The anxiety Disorders. – Cambridge University Press, 1998.
  207. O’Connors C. A teacher rating scale for use in drug studies with children. – Am. Psychiatry, 1969, Vol. 126, pp. 152–156.
  208. Ollendick T. Anxiety – based disorders. – In: M. Hersen (Ed.) Outpatient behavior therapy: A clinical guide. New York, 1983, pp. 273–305.
  209. Ollendick T., Francis G. Behavioral assessment and treatment of childhood phobias. – J.

Behavior Modification, 1988, Vol. 12, pp. 165–204.

210. Ollendick T., Mayer J. School phobia. – In: S. Turner (Ed.) Behavioral treatment of anxiety disorders. New York, 1984, pp. 367–411.

211. Ostow M. The Biological Basis of Human Behavior – In American Handbook of Psychiatry, vol.1, 1959.

212. Paper J. A proposed mechanism of emotion. J.Arch. Neurol. Psychiatry, 1937, Vol.38, pp.725–743.

213. Pearson G. Emotional disorders of children. New York, Norton, 1969.

214. Piaget J. Les relations entre l'affectivité et l'intelligence dans le développement mental de l'enfant, Paris, 1954.

215. Puig-Antich J., Rabinovich H. Relationship between affective and anxiety disorders in childhood. – In: R. Gittelman (ed.). Anxiety disorders of childhood. New York, 1986, pp. 136–156.

216. Quay H. Classification. – In: H. Quay and J. Werry (Eds). Psychopathological Disorders of Childhood, 2 nd. Edn. J. Wiley, New York, 1979.

217. Quay H., Peterson D. Manual for the Revised Behavior Problem Checklist, 1983.

218. Rachman S. Fear and Courage. W. Freeman, San Francisco, 1978.

219. Rank O. The trauma of Birth. New York: Harcourt, Brace, 1929.

220. Rank O. Will Therapy. New York: Knopf, 1936.

221. Rassekh-Ardjomand M. L'enfant probleme et sa reeducation. Neuchatel, Delechaux et Niestle, 1962.

222. Reingold J. The Mother, Anxiety and Death – London, 1961, 271 pp.

223. Reykowski J. O rozwoju osobowosci. – Psychologia Wychwawcza, 1976, nr.3.

224. Reynolds C., Paget K. Factor analysis of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale for blacks, whites, males and females with a national normative sample. – J. Consulting and Clinical Psychology, 1981, Vol. 49, pp. 352–359.

225. Reynolds C., Paget K. National normative and reliability data for the Revised Children's Manifest Anxiety Scale. – J. School Psychology Review, 1983 Vol. 12, pp. 324–336.

226. Reynolds C., Richmond B. What I think and feel: A revised measure of children's manifest anxiety. – J. Abnorm. Child Psychology, 1978, Vol. 6, pp. 271–280.

227. Ribble M. A Theoretical and Experimental Approach to Problem of Anxiety. In Progress in Psychotherapy – N-Y, 1957.

228. Ross A. Psychological Disorders of Children. A Behavioral Approach to Theory, Research and Therapy. McGraw Hill Kogalusha, Ltd, London, 1974.

229. Ross F., Nelson R. Behavior therapy. – In: Psychopathological Disorders of Childhood. H.Quay, J.Werry (Eds), 2 nd Edn., New York, 1979.

230. Ruebush B. Anxiety. In: Child psychology. / Ed. H. Stewenson – Chicago, 1963.

231. Rutter M. Maternal Deprivation Reassessed. – Penguin, New York, 1972.

232. Rutter M. Separation, loss and family relationships. – In: M.Rutter and L.Hersov (Eds). Child Psychiatry – Modern Approaches. – Blackwell, Oxford, 1976.

233. Ryall M., Deitiker K. Reliability and clinical validity of the Children's Fear Survey Schedule. – J. Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1979, Vol. 10, pp. 303–309.

234. Rycroft C. Anxiety and Neurosis – Penguin Press, 1968.

235. Rycroft Ch. Anxiety and Neurosis. – Pelican Press, London, 1978, 160 p.

236. Sabrin T. Anxiety Reification of a metaphor – J. Arch. Gen. Psychiat., 1957, vol. 10, p.630.

237. Sabrin T. Clinical inference and cognitive theory. N-Y, 1961.

238. Sarason J. Experimental approaches to test anxiety: attention and the uses of information – In: Anxiety, Current trends in theory and research. Vol.2 / Ed. Ch. Spielberger. New York – London, 1972.

239. Sarbin T.R. Anxiety: Reification of a metaphor. Arch. Gen. Psychiat., 1964, V.10.,p.630.

240. Schachter S., Singer J. Cognitive, social and psychological determinants of emotional state. – J. Psychol. Rev., 1962, vol. 69, pp. 379–399.



241. Schaffer H. Cognitive structure and early social behavior. In: H. Schaffer (Ed.), *The Origins of Human Social Relations*. Academic Press. London, 1971.
242. Scherer M., Nakamura C. A Fear Survey Schedule for Children (FSSC-FC): A factor-analytic comparison with manifest anxiety (CMAS). – *J. Behavior Research and Therapy*, 1968, Vol. 6, pp. 173–182.
243. Shedletsky R., Endler N. Anxiety: the state-trait model and the interaction model – *J. Personal.*, 1974, Vol.42, p.511.
244. Silverman W., Eisen A. Age differences in the reliability of parent and child reports of child-anxious symptomatology using a structured interview. – *J. Amer. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*, 1992, Vol. 31, pp. 117–124.
245. Silverman W., Nelles W. A new semi-structured interview to assess childhood anxiety disorders. – *J. Amer. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*, 1988, Vol. 27, pp. 772–778.
246. Silverman W., Nelles W. Simple phobia in childhood. – In: *Handbook of Child and Adult Psychopathology*. M.Hersen, C.Last (Eds). Pergamon Press, New York, 1990, pp. 183–195.
247. Slater E., Shields J. Genetic aspects of anxiety. – In: M.Lader (Ed.), *Studies of anxiety*. Ashford, 1969.
248. Smith S. School refusal with anxiety: A review of sixty-three cases. – *J. Can. Psychiatr. Assoc.*, 1970, Vol. 15, pp. 257–264.
249. Sperling M. The role of mother in psychosomatic disorders. – *J. Psychosom. Med.*, 1949, Vol. 11, pp. 377–391.
250. Spielberger Ch. Theory and research on anxiety. – In *Anxiety and Behavior* / Ed. Ch. Spielberger. New York – London, 1966, p.3.
251. Spitz R. *The first day of life*. New York: International Universities Press. 1965.
252. Spitz R. *The First Year of Life*. International Universities Press. New York, 1965.
253. Sroufe L., Rutter M. The domain of developmental psychopathology. – *J. Child Development*, 1984, Vol. 55, pp. 17–29.
254. Stern M. Anxiety, trauma and shock. – *Psychoanal. Quart. Psychiat.*, 1956, vol.113, p.443.
255. Strauss C., Last C., Hersen M., Kardin A. Association between anxiety and depression in children and adolescent with anxiety disorders. – *J. of Abnorm. Child Psychol.*, 1988, Vol. 16, pp. 57–68.
256. Suinn R., Richardson F. Anxiety management training: A non-specific behavior therapy program for anxiety control. – *J. Behavior Therapy*, 1971, Vol. 2, pp. 498–512.
257. Sullivan H. *Conceptions of Modern Psychiatry*. New York, Norton, 1953.
258. Sullivan H. *Conceptions of Modern Psychiatry*. New York: Norton, 1953.
259. Sullivan H. The meaning of anxiety in psychiatry and in life – *J. Psychiatry*, 1948, vol.11, p.1.
260. Szasz T. *Language and Pain* – *American Handbook of Psychiatry*, vol. 1, 1959.
261. Taylor J. A personality scale of manifest anxiety. *J. of Abnor. and Soc. Psych.*, 1953, Vol. 48, p. 255–298.
262. Taylor J. Drive Theory and Heavitest Anxiety. – *J. Psychol. Bull.*, 1956, № 53.
263. Taylor J. The relationship of anxiety to the conditioned eyelid response. – *J. Experimental Psychology*, 1951, Vol. 42, pp. 183–188.
264. Torgerson S. Comorbidity of major depression and anxiety disorders in twin pairs. – *American J. Psychiatry*, 1990, Vol. 147, pp. 1199–1202.
265. Turner S., Beidel D., Costello A. Psychopathology in the offspring of anxiety disorder patients. – *J. Consulting and Clinical Psychology*, 1987, Vol. 55, pp. 229–235.
266. Ursin H., Baade E., Levine S. *Psychobiology of Stress: A Study of Coping Men*. Academic Press, New York, 1978.
267. Walder H. *Psychotherapie speciale*. – ‘Neuchatel’, 1968.
268. Walder H. *Psychotherapie speciale*. W. Psychiatrie infantile. – J. Lutz (Ed.), Neuchatel, 1968.

269. Watson D., Clark L. Affects separable and inseparable: On the hierarchical arrangement of the negative affects. – J. Personality and Social Psychology, 1992, Vol.62, pp. 489–505.
270. Watson D., Clark L. Negative affectivity: The disposition of experience aversive of the negative affects. – J. Psychological Bulletin, 1984, Vol. 96, pp. 455–490.
271. Weinberger D. et al. Low-anxious, high-anxious and repressive coping styles – J. Abn. Psychol., Vol. 88, 1979, pp. 364–380.
272. Weismann M., Leckman J., Merikangas K., Gammon G., Prusoff B. Depression and anxiety disorders in parents and children. – J. Archives of General Psychiatry, 1985, Vol. 41, pp. 845–852.
273. Wernicke K. Grundriss der Psychiatrie, Lpz., 1906.
274. Werry J. Measures in pediatric psychopharmacology. – In: Pediatric Psychopharmacology. J.Werry (Ed.). New York, 1978.
275. Werry J., Aman M. Anxiety in children. – In: B.Davies (Ed.) Handbook of Studies on Anxiety. North-Holland Biomedical Press, 1980, pp. 165–192.
276. Windhewser H. Anxious mothers as models for coping with anxiety. – J. Behav. Anal. Modif., 1977, Vol. 2, pp. 39–58.
277. Wolpe J, Lang P. A fear survey schedule for use in behavior therapy. – J. Behavior Research and Therapy, 1964, Vol. 2, pp. 27–30.
278. Wolpe J. The conditioning and deconditioning of neurotic anxiety – In: Anxiety and behavior / Ed. Ch. Spielberger. New York, 1966, p.179.
279. Yehuda R., Southwick S., Nussbaum G. Low urinary cortisol excretion in patients with post-traumatic stress disorder – J. Nerv. Ment. Dis., 1990, vol. 178, pp. 366–369.
280. Zatz S., Chassin L. Cognition's of test-anxious children under naturalistic test-taking conditions. – J. Consulting and Clinical Psychology, 1985, Vol. 53, pp. 393–401.
281. Zatz S., Chassin L. Cognition's of test-anxious children. – J. Consulting and Clinical Psychology, 1983, Vol. 51, pp. 526–534.
282. Zetzel E. The concept of anxiety in relation to development of psychoanalysis – J. Amer. Psychoanal. Ass., vol. 3, 1955, p.369.
283. Zuckerman M. General and situation specific-specific traits and states: new approaches to assessment of anxiety and other constructs – In: Emotions and anxiety / Eds. M.Zuckerman, Ch. Spielberger: J. Wiley and sons. 1976, p.133.