

А.В. Нарышкин

**ОНТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ КОРНИ
КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО КОНФОРМНОГО
ТИПА ХАРАКТЕРА
И СВЯЗЬ ЭТОГО ТИПА С АЛЕКСИТИМИЕЙ**

Монография

Москва
Издательство «ФЛИНТА»
2020

УДК [616.89-092:159.92]:575.11

ББК 88.7

Н30

Нарышкин А.В.

Н30 Онтогенетические корни конституционально конформного типа характера и связь этого типа с алекситимией : монография / А.В. Нарышкин. — Москва : ФЛИНТА, 2020. — 160 с.

ISBN 978-5-9765-4401-7

В книге даётся фундаментальное обоснование одного пункта (из двенадцати) предложенной ранее автором гипотезы об определенных формах конституциональной недостаточной физиологической сбалансированности организма как внутренних причинах формирования конституциональных психопатий и акцентуаций характера. А именно — объясняется, как в онтогенезе избыточная сила врождённого иммунитета, накладывая особый отпечаток на формирование мозга, порождает конституционально конформный тип характера. Детально разбирается происхождение всех основных особенностей этого типа, обосновывается существование двух вариантов этого типа и разъясняется, почему младенцы конституционально конформного типа при расстройстве материнско-детских отношений вырастают в алекситимиков.

В книге используется качественный исследовательский подход; она имеет теоретическое и практическое значение для обоснования отделения приобретённого конформизма от конституционального и соответственно раздельного изучения этих феноменов, для разработки методик диагностики конституционально конформного типа и его подтипов. Книга содержит упорядоченные сводки особенностей конституционально конформного типа и алекситимию, а также классификацию типов алекситимию. Последнее важно для дифференциации психотерапии алекситимиков. Книга предназначена для психологов и психиатров.

Ключевые слова: акцентуации характера, акцентуации личности, формирование характера, психопатия, конституциональная психопатия, конформный тип, конформная акцентуация, конституционально глупые, конформизм, алекситимия, типология алекситимию, врожденный иммунитет, формирование мозга.

УДК [616.89-092:159.92]:575.11

ББК 88.7

ISBN 978-5-9765-4401-7

© Нарышкин А.В., 2020

© Издательство «ФЛИНТА», 2020

Используемый подход к классификации акцентуаций и психопатий

Критиковать — значит объяснять автору, что он делает не так, как делал бы я, если бы умел.

*Карел Чапек (1890—1938),
чешский писатель, драматург*

Во всём объёме физиологических явлений организма человека (и животных) можно выделить три принципиально различающихся области явлений: а) питание, или более широко — **обменные процессы** (точнее, молекулярное обеспечение организма); б) **поведение** (в широком смысле), осуществляющее центральной нервной системой с участием афферентных и эфферентных механизмов; в) **морфофункциональные перестройки** (анатомические, гистологические, цитологические, макромолекулярные), обеспечивающие онтогенетическое развитие организма, движение по биологическому жизненному циклу и размножение, регенерацию, уничтожение в организме лишнего или опасного.

Каждая из этих трех областей физиологических явлений естественным образом (по принципу — вход и выход) делится на две подобласти — два функциональных блока явлений в соответствии с основными типами процессов, происходящих в организме. Таким образом, можно говорить о реальности шести, до некоторой степени независимых, больших блоков функциональных явлений: 1) **пластическое обеспечение** — обеспечение (включая управление соответствующими висцеральными системами) всего организма всем необходимым множеством молекул (аминокислот, моносахаридов, нуклеотидов, коферментов и пр., и пр.), служащих заготовками для построения поли-

мерных макромолекул организма и ферментов; **2) энергетическое обеспечение** — снабжение (включая управление соответствующими висцеральными системами) всех структур организма энергией в виде макроэргов, связанное с разрушением (окислением) молекулярных структур и включающее снабжение кислородом и отведение углекислоты и других продуктов окисления; **3) когнитивное обеспечение** — ощущение, восприятие, его анализ, осмысление, хранение и воспроизведение внешней информации; **4) психомоторное управление и контроль** — управление произвольной и непроизвольной психомоторной деятельностью, её контроль; **5) построение структур организма** — пространственное построение структур организма в ходе онтогенетического развития и связанные с ним регенерация (восстановление структур) и водно-солевой обмен, обеспечивающие онтогенетическое развитие организма, движение по биологическому жизненному циклу и размножение; **6) обеспечение иммунитета** (в широком смысле включающем как специфические, так и многочисленные неспецифические, врождённые механизмы) — сохранение и выборочное, управляемое, дозируемое разрушение структур организма (ненужных, дефектных, а также чужеродных). Эти шесть функциональных блоков кардинально физиологически отличаются один от другого, поскольку представляют собой процессы разного типа. Блоки 3 и 4 — это фактически физиологические вход в собственно психику и выход из неё¹.

¹ Мы не склонны считать, что психика сводится к деятельности мозга; иначе бы психология в конечном счёте сводилась к физиологии ВНД (а силовая попытка такого сведёния нанесла в прошлом серьёзный удар по советской психологии). В этом мы неоригинальны: отделяли психику от мозга такие авторы, как Аристотель [Веккер, 2000, с. 300], З. Фрейд [Мазин, 2015, с. X], А. Адлер (1912) [1995, с. 87—88], Л.С. Выготский и А.Р. Лuria [Радзиховский, Хомская, 1981, с. 74], Ч. Шеррингтон, Дж. Экклз, В.П. Зинченко [2003, с. 105], А.Ю. Агафонов [2000, с. 231], Б.В. Воронков [2017, с. 119], В.Ф. Петренко [2018] и многие, многие другие. А Митчелл Андерхилл сформулировал: «Мозг — канал взаимодействия психики с внешним миром» [К. Ларсон, 2013, с. 8]. Но подробнее и конкретнее я буду рассматривать этот вопрос в готовящейся большой книге, посвящённой формированию остальных типов конституциональных акцентуаций и психопатий.

Все эти шесть типов физиологических процессов тесно связаны и взаимно обеспечивают друг друга. Проблемы в любом из них неизбежно отражаются на остальных. Степень взаимной сбалансированности, взаимообеспечения, обусловленная «мощностью» каждого из этих шести функциональных блоков, в немалой мере определяет как гармонию процессов жизнедеятельности, так и преобладающий тип физиологических проблем, с которыми встречается организм человека. Но хорошая конституциональная сбалансированность мощностей всех этих блоков встречается нечасто. Каждый вариант конституционально обусловленной недостаточной сбалансированности основных типов физиологических процессов, порождая свой, проходящий с младенчества через всю жизнь человека, вид доминирующих внутриорганизменных дефицитов, накладывает определенный отпечаток на развитие и формирование психики. Условия жизни требуют от человека регулярного, а временами и постоянного достижения пределов различных видов физиологических возможностей. (Простейший пример — детские подвижные игры — кто быстрее, кто ловчее, кто агрессивнее, кто сильнее, кто дольше выдерживает темп? И всё на полном серьёзе.) Поэтому преобладающая направленность физиологических дефицитов, не будучи никак прямо связанной с психикой, тем не менее в силу своего постоянства, проходя с младенчества через всю жизнь человека, косвенно неизбежно накладывает сильный отпечаток на формирование и функционирование психики. Через биологические потребности и биологические возможности биологические факторы как бы «канализуют» в определенном преимущественном направлении «свободный» процесс выработки форм реагирования личности. Конечно, этот «конституциональный» отпечаток существует (и конкурирует) с «психогенными» отпечатками, обуславливаемыми воспитанием, социальными влияниями, психическими травмами и т.д. и т.п. Сравнить конституциональную физиологическую основу можно с наклоном крыши дома: идёт дождь; потоки воды (процессы формирования психики) стекают преимущественно в направлении наклона крыши. Но достаточно сильный ветер (выраженная направленность внешних воздействий) может весьма эффективно сдувать воду частично или даже полностью в другую сторону.

(При этом степень наклона крыши и сила ветра «конкурируют» друг с другом.) И сама степень, сила выраженности отпечатков как конституциональных, так и психогенных определяется величиной и качеством и физиологических напряжений, и психогенных, психосоциальных воздействий. Потому что, с одной стороны, тип и выраженность психогенного отпечатка при одном и том же психогенном воздействии зависят от многих параметров физиологической устойчивости, а с другой стороны, физиологические проблемы, только преломившись через психику, могут наложить какой-то отпечаток на её функционирование.

Вариантов недостаточной сбалансированности мощностей перечисленных шести функциональных блоков может быть, естественно, множество. Но можно выделить двенадцать «чистых» типов конституциональной недостаточной сбалансированности, соответствующих избыточности либо недостаточности мощности одного из шести перечисленных функциональных блоков при сбалансированном по мощностям состоянии остальных пяти блоков. Другие варианты недостаточной сбалансированности представляют собой комбинации этих двенадцати типов, наложения их друг на друга.

Нам удалось однозначно и адекватно сопоставить 12 «чистых» типов физиологической недостаточной сбалансированности с 12-ю «чистыми» типами конституциональных акцентуаций характера и психопатий¹ в трактовке П.Б. Ганнушкина — А.Е. Личко: первая тезисная публикация — [Нарышкин, 1997], более подробные публикации — [Нарышкин, 1999а, 1999б], дальнейшее развитие темы — [Нарышкин, 2001]. (В публикациях 1999 г. более подробно, чем мы выше сделали, обрисованы и шесть упомянутых функциональных блоков.)

¹ Типы акцентуаций психологически отличаются от соответствующих типов психопатий прежде всего меньшей выраженностью характерологических особенностей: акцентуации — это психическая норма (полная норма или край нормы), а психопатии — это уже за пределами психической нормы, в психиатрии их относят к «пограничным состояниям». Но, как подчеркивал ещё П.Б. Ганнушкин [1964, с. 125], «между психопатическими особенностями и соответствующими им “простыми человеческими недостатками” разница большей частью только количественная, а не качественная».

В **таблице** приведены соответствия «чистых» психологических типов формам недостаточной сбалансированности мощностей функциональных блоков организма. То, что большая часть отечественных психиатров не пользуется классификацией А.Е. Личко [1979; 1983], предпочитая классификации, содержащие значительно меньше типов (при этом некоторые типы опускаются, а некоторые объединяются по двум-трем), объясняется наряду с диагностическими трудностями, видимо, тем, что большинство психиатров имеют дело лишь с частью спектра психопатий (и соответственно только частью «чистых» типов психопатов): либо с криминальными психопатами¹, либо с дефензивными психопатами, либо с пациентами, зависимыми от алкоголя и наркотиков, либо с военнослужащими, либо с невротиками, либо с психотиками. А то, что психологи последнее время предпочитают всё чаще пользоваться сборной классификацией К. Леонгарда, в которой смешиваются характеры и темпераменты, можно объяснить, пожалуй, только большей психологической проработанностью описаний типов у К. Леонгарда и тем, что К. Леонгард изучал взрослых, а А.Е. Личко — подростков, и соответственно опросники, разработанные в рамках школы Личко, ориентированы на подростков, а опросники, разработанные на базе работ Леонгарда, ориентированы на взрослых. Но подростковые психиатры и педагогические и школьные психологи предпочитают типологию А.Е. Личко. Ряд психологов-практиков (А.П. Егидес, В.В. Пономаренко, С.Н. Савинков и др.) дали замечательные описания, но только части типов акцентуаций (в рамках типологии А.Е. Личко) — тех, которые они, видимо, сочли самыми важными, или которые лучше знали. А международная и американская классификации психических расстройств не только смешивают характеры и темпераменты, но главное — носят сугубо прикладной характер и к науке отношения не имеют.

¹ Исключение Л.С. Галабов (1967, София) [Буянов, 1969], разработавший на основе данных судебной экспертизы классификацию из 20 видов (и ряда подвидов) психопатий; правда, она содержит не только типы характера, но и типы темперамента.

Таблица

Соответствие «чистых» типов конституциональных акцентуаций характера и психопатий формам недостаточной сбалансированности мощностей функциональных блоков организма

Области физиологических явлений	Функциональные блоки	Психические типы, для которых данный функциональный блок:	
		избыточен	недостаточен
Обменные процессы	Энергетическое обеспечение	Гипертический (гипоманиакальный)	Психастенический (тревожно-мнительные, ананкастический)
	Пластическое обеспечение	Гипотимический (субдепрессивный, дистимический)	Истероидный (демонстративный, гистрионический)
Поведение	Когнитивное обеспечение	Шизоидный (интровертированный)	Неврастенический (астенический, астено-невротический)
	Психомоторное управление и контроль	Паранойяльный	Неустойчивый («безвольный»)
Морро-функциональные перестройки	Построение структур организма	Эпилептоидный (воздушимый)	Сенситивный (тревожный, боязливый)
	Обеспечение иммунитета	Конформный	Лабильный (эмоционально-лабильный)

Таким образом, мы рассматриваем конституциональные акцентуации характера (и психопатии) как отпечатки в психике человека доминирующих типов его конституциональных физиологических проблем, имея в виду только проблемы наиболее глобального, общефизиологического (затрагивающего все системы организма) характера, а не физио-

логически локального. (К примеру, ранние слепота или неподвижность тазобедренного сустава также дают свои, но совсем иные отпечатки при формировании психики.) С конституциональными причинами формирования акцентуаций (и психопатий), естественно, конкурируют последствия сильных психосоциальных воздействий (в первую очередь типов семейного воспитания и детских психических травм, очень сильных или многократно повторяющихся, длительных) и отдаленные последствия органических поражений мозга. Соответственно наряду с конституциональными акцентуациями характера и психопатиями говорят как о приобретенных акцентуациях характера и психопатиях, так и об органических психопатиях [Кербиков, 1970, с. 15—16; Личко, 1979, с. 153—154, 1983, с. 21—25; Гурьева, Гиндикин, 1980, с. 25], Л.С. Галабов (1967, София) [Буянов, 1969, с. 625].

Отметим, что разделение физиологических процессов — именно на шесть блоков и именно упомянутого типа — не является прямым непосредственным следствием экспериментальных физиологических исследований или общепринятых физиологических теорий. Но такое разделение является как минимум физиологически естественным и не противоречит никаким данным физиологии. Кроме того, оно хорошо согласуется с достаточно таинственным и непонятным для биологов феноменом — системой двенадцати парных акупунктурных меридианов; эти двенадцать разделяются на шесть пар: подсистем — «иньский» и соответствующий ему «янский» парный меридианы [Нарышкин, 1999б, с. 199—201]. Видимо, источник излагаемого разделения лежит не в особенностях собственно физиологических процессов, а в направляющей эти процессы биоэнергетической сфере, поэтому на уровне физиологии границы между рассматриваемыми функциональными блоками носят размытый характер.

Такое же разделение физиологических процессов на шесть блоков имеет место в полной мере и у млекопитающих. Но феномен акцентуаций (являющийся не физиологическим, а психическим феноменом) у них столь полно не развивается в силу бедности психической сферы у даже высших из них. (Хотя, например, домашние собаки и кошки истериоидного и эпилептоидного типа — это реальность, которую автор наблюдал. Причём преобладание тех или иных типов в популяции домашних животных связано с породными особенностями.)

Понятие конформного типа

Поступай так, как поступает большинство, и ты заслужишь похвалу.

Томас Фуллер (*«Гномология»*)
(1654—1734),
английский литератор

Перед изложенной гипотезой встаёт ключевая проблема: каким именно образом, на основе каких механизмов эта конституциональная дисбалансированность находит в ходе онтогенетического развития человека отражение в его психической сфере в виде достаточно определенной системы черт характера. В этой книге подробно разберем самый простой случай, хотя представляющий собой наиболее дискуссионный тип акцентуаций и психопатий, порождаемый, по нашей гипотезе, избыточностью мощности функционального блока обеспечения иммунитета. Этот тип фигурировал в истории психиатрии под разными названиями: «высшее слабоумие» von Gudden, «салонное слабоумие» А.Е. Hoche, «больные с неясными понятиями» и «относительное слабоумие» E. Bleuler [1920, с. 502—504]; «конституционально-глупые» П.Б. Ганнушкина (1933) [1964, с. 166—167] и Ю.К. Эрдмана [1974]; «физиологическая глупость» T. Bilikiewicz и R. Lemke (1960) [Блейхер, Крук, 1996, т. 1, с. 372]; «аморфный тип» T. Ribot (1890) [Рибо, 1898, с. 415—416]; наконец, «конформные» А.Е. Личко [1979, 1983] и его школы; а также «коформоиды» В.В. Чубисова [2018, с. 164—165]; и даже имеющий обычно другой смысл термин «органические психопаты» в словарях [Краткий..., 1985, с. 286; Психология, 1990, с. 323; Конюхов, 1996, с. 115; Шпарь и др., 2005, с. 507; Меньшиков, 2015, с. 210] (правда, в статьях об акцентуациях в этих словарях упоминается среди прочих конформная акцентуация). Отметим ещё, что, по П.В. Волкову, интересующий нас тип находится «в малоотделенной пограничной области» с некоторыми органическими психопатами [2004, с. 261].

К конформному типу можно отнести и вариант характера, названный К. Леонгардом экстравертированным типом [1997, с. 69—70, 231—236, 509—523]. Мы имеем в виду не рассуждения Леонгарда [1997, с. 44—47] об экстравертированности, а реальное описание типа. А.Е. Личко [1983, с. 81] расценил экстравертированный тип Леонгарда как гипертимно-конформный, описанный Н.Я. Ивановым [1972, с. 76]. Последний пишет: «Для гипертимно-конформного варианта характерна прежде всего повышенная витальная самооценка. Они считают себя добрыми и полными сил, отмечают хорошее настроение, здоровый сон, свежесть при пробуждении по утрам, хороший аппетит. Они не прочь выпить в весёлой компании. Кроме того, им свойственна чрезмерно оптимистическая оценка будущего, убеждённость, что “исполнятся все желания”. Этим, пожалуй, и ограничивается их сходство с гипертимным типом. В остальном они подчёркивают своё сходство с типом конформным». «Возможно, данную группу скорее следует считать вариантом конформного, чем гипертимного типа» [там же]. То есть отличие гипертимно-конформного типа от конформного невелико. Кроме того, экстравертированный тип у Леонгарда не отличается заметно повышенным настроением и оптимизмом [1997, с. 231—233, 511]. Поэтому мы сочли возможным рассматривать его в рамках конформного типа. (Заметим, что Е. Bleuler отмечал родство большей части конформных гипертимному темпераменту [1920, с. 502].)

В.А. Миненков с соавт. [2018, с. 213, 271—272], адекватно описывая конформный тип, назвали его не только конституционально глупым, но и почему-то в качестве синонима — гебоидным типом <т.е. антисоциальным>, что является одной из противоположностей гиперсоциального конформного типа¹.

В социальной философии, социальной психологии и социологии внимание уделяется преимущественно конформизму как явлению, а не типам его носителей (естественно, что конформные проявления бывают

¹ Можно отметить, что по мнению американского исследователя И. Джаниса, «самые убедительные примеры сильного сопротивления воздействию массовой коммуникации <т.е. антисоциализма> можно найти среди людей с ярко выраженным парапоидальными тенденциями или среди тех, кто обнаруживает склонность к откровенно антисоциальному поведению и сознательно избегает общества» [Гуревич, 2007, с. 314].

не только у конституционально-конформных личностей¹). Но часть авторов, работавших в этих областях, интересовалась и конформностью как свойством личности, и они фактически выделяли этот тип. Например, выделял его Т. Адорно [1993, с. 80, 82; 2001, с. 278—281]; к этому же типу относится «группа сильно конформных» В.Э. Чудновского [1972, с. 65]. Следует отметить и Р. Кратч菲尔да [Кон, 1967, с. 92—93], и статью М.А. Цискаридзе, обнаружившего в серии экспериментов деление испытуемых на две группы: зависимых (конформных) и независимых [1988, с. 148]. В.С. Мухина пишет: «Конформизм может быть социальной реакцией, а может свойством личности. Истинные конформисты всегда готовы следовать за другими. Это опасные люди, ими легко манипулировать, они поддаются каждому последующему воздействию, у них нет внутреннего стержня, нет своей позиции». Конформисты, негативисты и самостоятельные — «это реальные личностные типы, которые бытуют во всей социальной истории человечества» [2011, с. 5—6].

Также часть социальных психологов подчёркивала важность индивидуальных различий. Например, Дж.М. Левин и Б. Жданюк пишут, что «индивидуальные различия могут иногда сильно влиять на степень и тип конформного поведения людей» [2007, с. 50]. Даже первый систематический исследователь конформности Соломон Аш делил сильно уступчивых испытуемых на три категории, две из которых (перечисляемые ниже) перекликаются с конформным типом. 1. «Очень малое число испытуемых» с наблюдающимся искажением восприятия. Они «полностью сдают свои позиции, но не осознают, что их оценки смешены или искажены под давлением большинства. Эти испытуемые сообщают, что они стали воспринимать оценки большинства как правильные». 2. «Самые податливые испытуемые» с наблюдающимся искажением суждений. «В этой группе главную роль играет то, что испытуемые приходят к решению, что их восприятие неточно, а восприятие остальных членов группы правильно. Такие испытуемые переживают серьёзные сомнения, и им недостаёт уверенности; поэтому они ощущают сильную склонность примкнуть к большинству» [Аш, 2000, с. 216].

Теперь перейдём к основному материалу книги.

¹ Так же как истероидные проявления бывают не только у конституционально-истероидных личностей.

Иммунитет и формирование мозга

Истина рождается как ересь и умирает как заблуждение.

*Г.В.Ф. Гегель (1770—1831),
немецкий философ*

Обратимся к эмбриональному и раннему постнатальному развитию человека — периоду формирования основных структур мозга — возрасту, с которым Г.Е. Сухарева [1959, с. 202—203] связывала возникновение недостаточности (аномалии онтогенеза) нервной системы, выливающееся позже в ту или иную форму психопатии. По нашей гипотезе, развитие акцентуации характера конформного типа вызывается конституциональной избыточностью мощности функций, обеспечивающих иммунитет.

Система иммунитета имеет двойственную структуру: она включает древний компонент, являющийся врождённым (неспецифическим) иммунитетом, и более позднее филогенетическое приобретение, составляющее приобретённый (специфический, адаптивный) иммунитет [Попова, 2018, с. 11]. Поясним ситуацию с двумя составляющими иммунитета.

Хотя «врождённый иммунитет универсален и найден у всех организмов, а приобретённый (адаптивный) иммунитет существует только у высших позвоночных (считается, что он в эволюции впервые возник у челюстных позвоночных)» [Недоспасов, 2012, с. 11], но молекулярные и клеточные механизмы врождённого иммунитета только последнее время стали действительно широко изучаться. Это вызвало концептуальную революцию в иммунологии и вылилось, в частности, в Нобелевскую премию 2011 г. в области физиологии или медицины [там же, с. 5—6].

«В конце XX — начале XXI в. Ч. Дженеуэм и Р. Меджитов открыли рецепторы, обеспечивающие распознавание чужеродности в системе

врождённого иммунитета¹... Стало понятно, что ветвь врождённого иммунитета очень тесно связана с приобретённым. Только факторы врождённого иммунитета сигнализируют системе приобретённого об опасности. Более того, они включают систему приобретённого иммунитета. Развивая свои эффекторные функции, приобретённый иммунитет осуществляет их через факторы неспецифического иммунитета» [Попова, 2018, с. 10]. «Поскольку факторы врождённого иммунитета постоянно присутствуют в организме и не нуждаются в индукции, именно они первыми включаются в борьбу с чужеродными агентами». Причём «показано, что приобретённый иммунитет не может быть индуцирован без предварительной стимуляции рецепторов врождённого иммунитета» [там же, с. 14]. «Сигналы от врождённой системы сенсоров и рецепторов не просто сигнализируют об инфекции, они также инструктируют иммунную систему о том, какой тип адаптивного ответа оптимальен» [Недоспасов, 2012, с. 54]. «Приобретённый иммунитет практически не обладает собственными эффекторными механизмами, а использует механизм врождённого иммунитета, придавая им специфичность и усиливая их путём межклеточных взаимодействий и стимуляции цитокинами» [Попова, 2018, с. 12]. «Время после открытия значения врождённого иммунитета можно обозначить как новую эру в иммунологии» [там же, с. 10].

«Система врождённого иммунитета реагирует на внедрение патогена за часы или даже минуты, но она не обладает иммунологической памятью. Для ответа адаптивной системы нужны дни или недели, причём клonalный принцип селекции позволяет адаптивной ветви иммунитета создать и сохранить клетки иммунологической памяти, которые существенно увеличивают быстроту и эффективность ответа при повторной встрече с тем же патогеном» [Недоспасов, 2012, с. 11]. Но «система приобретённого иммунитета, основанная на случайных рецепторах практически неограниченного разнообразия, несмотря на хитроумную селекцию, не может сама по себе отличить происхождение рас-

¹ Ранее считалось, что рецепторы распознавания чужеродности имеются только в системе приобретённого иммунитета. Как отметил Ч. Дженеуэм (1989), до этого «врождённый иммунитет рассматривался как мелкая закавыка, упоминаемая в самом начале или в самом конце учения об иммунитете» [Недоспасов, 2012, с. 92].

познаваемого лиганда: пришёл ли он из бактериального или вирусного патогена, из собственной клетки или из пищи» [там же, с. 53].

«Сопоставляя системы врождённого и приобретённого иммунитета, можно заключить, что первая организована более просто, надёжно и менее опасно» [Попова, 2018, с. 16]. «Распознающие рецепторы врождённого иммунитета присутствуют практически во всех компартментах организма и клетки (исключение составляют ядро и митохондрии) и осуществляют мониторинг этих компартментов». «Если врождённый ответ эффективен, т.е. под влиянием воспаления и фагоцитоза патоген удаляется из организма, всё завершается процессом репарации. Реакции адаптивного иммунитета могут без необходимости не включаться». Но «если инфекционный агент ускользает от факторов врождённого иммунитета, происходит подготовка к развитию более специфичного, адаптивного, иммунного ответа» [там же, с. 47]. Таким образом, мощность функций иммунитета определяет именно врождённая компонента. То есть по нашей гипотезе в формировании акцентуации конформного типа главную роль играет именно врождённый иммунитет.

При физиологически протекающей беременности у плода, уже начиная с конца 2-го месяца, постепенно развиваются основные функции гуморального и клеточного звеньев специфического иммунитета [Галактионов, 1998, с. 380—390; Трунова, 1984, с. 70]. Ещё раньше начинают формироваться механизмы и врождённого иммунитета. Как пишут С.А. Кетлинский и А.С. Симбирцев: «На ранних стадиях развития защита плода от патогенов осуществляется главным образом за счёт механизмов врождённого иммунитета, где цитокины играют решающую роль. На более поздних стадиях и после рождения происходит формирование и развитие системы специфического иммунитета и защита строится с участием обоих механизмов» [2008, с. 388].

А в пользу сильнейшего влияния системы иммунитета на морфологический аспект онтогенетического развития говорит, например, патология, называемая *runt*-болезнью или болезнью «малорослости», возникающая при введении в эмбрион (или естественном попадании в него от матери) большого количества несингенных иммунокомпетентных клеток и включающая нарушение роста ребёнка, гиперплазию у него лимфоидной ткани, депрессию эритроидного ростка кроветворе-

ния и пр. [Маянский, Каulen, 1977; Арцимович, 1987, с. 80]. Каким же именно образом влияет иммунитет на морфологию онтогенеза?

Хорошо известно множество случаев разрушения в ходе нормального эмбриогенеза (начиная со стадии бластулы) отдельных клеток, клеточных групп, позже тканевых или органых зачатков и даже сформированных и функционирующих органов; A. Gluksmann ещё в 1951 г. «насчитал 74 различных примера эмбриональной гибели клеток» [Зеленина, Данилов, 1996, с. 79, 84—85]. «Например, в процессе развития конечностей у позвоночных в результате избирательной гибели клеток удаляются межпальцевые перегородки и как бы “лепятся” пальцы» [Клетки, 2011, с. 606]. Происходит редукция у плодов мужского пола мюллеровых каналов (парамезонефральных протоков, относящихся к зачаткам мочеполовой системы) [Кузнецов, Мушкамбаров, 2019, с. 525]. И позже «около 75% клеток — предшественников сперматозоидов элиминируется в процессе их созревания» [Плосконос, 2016, с. 47]. «Во время эмбриогенеза в развивающихся гонадах закладывается избыточное количество половых клеток и в течение всего онтогенеза наблюдается гибель ооцитов, достигающая 99,9% популяции» [Зенкина и др., 2010, с. 8]. Можно упомянуть содержательные обзоры о гибели клеток в нормальном эмбриогенезе позвоночных (и человека) И.И. Орловой [1972] и А.В. Балахонова, Т.Н. Песковой [1982].

В 1964 г. R.A. Lockshin и C.M. Williams ввели понятие «программируемая гибель клеток» для описания клеточной гибели в эмбриогенезе [Зеленина, Данилов, 1996, с. 79]. Хотя, как позже выяснилось, в ходе также всего дальнейшего онтогенеза «программированная физиологическая гибель клеток имеет большое значение для нормального процесса жизнедеятельности организма» [Бажанова, 1999, с. 368].

Первой изученной цитологической картиной, а потом и изучавшимися молекулярными механизмами, такой программируемой гибели клеток стал апоптоз — своеобразный процесс гибели клеток, не вызывающий воспалительной реакции [Зеленина, Данилов, 1996, с. 79]. (Клетка распадается на окружённые мембраной фрагменты, которые затем поглощаются соседними клетками.) Сам термин «апоптоз» и представление о нём как о фундаментальном явлении (не менее значимым, чем митоз) ввели J.F.R. Kerr, A.M. Wyllie, A.R. Currie в 1972 г., хотя само явле-

ние наблюдалось ещё в 1885 г. (W. Flemming) [Новожилова и др., 1996, с. 9, 11; Лушников, Абросимов, 2001, с. 5, 16; Матвеева, 2006, с. 65—66]. «Установлено наличие апоптоза в клетках практически любой ткани в эмбриональном возрасте» [Бажанова, 1999, с. 368]. Было обнаружено, что апоптоз наблюдается не только в раннем развитии, но и во многих физиологических и патологических процессах у взрослого организма. Более того, «апоптоз является нормальным процессом поддержания гомеостаза за счёт элиминации клеток, исчерпавших свой физиологический ресурс, дальнейшее существование которых представляет по какой-либо причине угрозу для организма. Ежедневно примерно около 5% клеток организма подвергается апоптозу, а их место занимают новые клетки» [Плосконос, 2016, с. 12—15]. Эта цифра, конечно сомнительна. Более реальна приводимая Н.Т. Райхлиным и А.Н. Райхлиным оценка: масса умирающих апоптозом клеток за 1,5—2 года достигает массы тела взрослого человека (L. Israels, E. Israels, 1999) [2002, с. 159]. В частности, «90—95% Т-лимфоцитов в тимусе погибают апоптозом, а оставшаяся доля выходит в общую циркуляцию, и это те клетки, которые на “свои” антигены не реагируют» [Попова, 2018, с. 226]. У мужчины массой тела 70 кг в сутки образуется (и гибнет) 100 г (10^{11} шт.) лейкоцитов и 200 г ($2 \cdot 10^{11}$ шт.) эритроцитов [Владимирская, 2002, с. 35].

«При определённых условиях апоптоз наблюдается в клетках всех тканей организма» [Лушников, Абросимов, 2001, с. 7]. А «снижение или повышение способности клеток к апоптозу играет существенную роль в развитии многих патологических процессов» [Матвеева, 2006, с. 13]. С замедлением апоптоза связаны опухолевые, аутоиммунные заболевания, вирусные инфекции, бронхиальная астма, шизофрения; с ускорением апоптоза связаны СПИД, болезни Альцгеймера и Паркинсона, синдром Дауна, анемия, инфаркты и инсульты, лучевая болезнь [Рева и др., 2016].

Но «особенно большую роль апоптоз играет в эмбриогенезе, когда важно постепенно избавляться от выполнивших свою функцию клеток, а активное фагоцитирование с развитием реакции воспаления может нарушить созревание плода» [Коршунов, Преображенская, 1998, с. 41]. Кроме того, «в эмбриональном периоде апоптоз является элементом развития и связан с формированием тканей и органов» [Лушников, Абр-

симов, 2001, с. 176]. Он имеет множество функций, но «основное биологическое назначение апоптоза в том, чтобы создавать органы и ткани организма с эволюционно закреплёнными конфигурациями и размерами в процессе эмбрионального морфогенеза, а впоследствии поддерживать эти клеточные параметры в течение жизни» [Шардаков, Сухорукова, 2019, с. 5]. И даже в самом начале развития эмбриона гемохориальная плацента человека образуется благодаря инвазии растущего эмбрионального трофобласта в эндометрий и его сосуды; а имплантация эмбриона в эндометрий, проникновение его через эпителиальный барьер и внедрение глубоко в строму происходит благодаря апоптозу тканей эндометрия, которое, по-видимому, индуцируется имплантирующейся бластоцитой. Также локальный апоптоз лейкоцитов является одним из механизмов, обеспечивающих в ходе имплантации толерантность к отцовским аллоантителам и предотвращение реакции отторжения [Сухих, Ванько, 2003, с. 132—134; Шестопалов и др., 2009, с. 76—77]. И позже «апоптоз играет важную роль в приобретении толерантности материнской иммунной системы к отцовским антигенам, экспрессируемым клетками трофобласта» [Соколов, 2008, с. 126]. Авторы многих работ «приходят к выводу о важном значении апоптоза в регуляции взаимоотношений матери и плода» [Елекенова и др., 2012, с. 32]. И вообще апоптоз проникающих извне иммунных клеток позволяет (в числе прочих механизмов) существование в организме мест, защищённых от иммунной системы [Губарев, Колесников, 2009, с. 55], т.е. мест, обладающих «иммунной привилегией». А «состояние иммунной привилегии характерно для глаз, мозга, семенников, коры надпочечников, волоссяных мешочек и ногтевых пластинок. К этому списку в настящее время добавляют печень и кишечник. К приобретённой иммунной привилегии можно отнести опухолевые заболевания и хронические инфекционные процессы». «Обособление от иммунной системы является необходимым для привилегированных органов. Это обусловлено тем, что любая иммунологическая реакция сопровождается воспалением и большим или меньшим повреждением ткани, что в этих жизненно важных органах совершенно недопустимо» [Попова, 2018, с. 228—229].

Первоначально понятия «программируемая гибель клеток» и «апоптоз» практически отождествлялись и противопоставлялись некрозу —

гибели клеток, сопровождающейся воспалением [Новожилова и др., 1996, с. 10; Зеленина, Данилов, 1996, с. 80—81; Коршунов, Преображенская, 1998, с. 40; Челышев и др., 2001, с. 118]. Но в конце 1990-х годов был обнаружен первый тип программируемого некроза. Поэтому в понятие «программируемая гибель клеток» был включён и некроз. Сейчас, в ходе изучения цитологической картины и молекулярных механизмов различных вариантов программируемой клеточной гибели, выделяется более 10 её типов [Благонравов и др., 2013, с. 24; Савицкая, Онищенко, 2015, с. 1614; Хайтов, 2019, с. 227—228]. Часть из них ближе к апоптозу, часть — к некрозу (сопровождается воспалением) [Черников и др., 2010]. Было обнаружено, что начавшийся апоптический процесс может перейти при некоторых условиях в некроз; был даже «предложен гибридный термин “апонекроз” для феномена, характеризующегося неполным завершением апоптических процессов в ядрах и развитием некротических изменений в цитоплазме» [Благонравов и др., 2013, с. 24—25]. Однако и сейчас иногда (учитывая, что «идентификация формы гибели в ряде случаев представляет существенные трудности» [Лушников, Абросимов, 2001, с. 174]) апоптозом называют разные виды программируемой гибели клеток, не сопровождающиеся воспалением [Потапнев, 2002, с. 238; Матвеева, 2006, с. 153; Елекенова и др., 2012, с. 30]. Иногда говорят об апоптозоподобной (apoptosis-like) или некрозоподобной (necrosis-like) форме гибели клетки [Черников и др., 2010, с. 53].

«Физиологическое назначение апоптоза состоит в селекции разновидностей и качества клеток внутри популяции.., а также поддержании численности клеток тканевой популяции на функционально необходимом уровне» [Губарев, Колесников, 2009, с. 53]. «Апоптозу принадлежит ведущая роль в ремоделировании тканей в процессе эмбриогенеза, при котором клеток, как известно, образуется больше, чем требуется» [Матвеева, 2006, с. 67]. А «уничтожение клеток путем апоптоза обеспечивает минимальное повреждение тканей по сравнению с другими механизмами смерти» [Губарев, Колесников, 2009, с. 54].

Итак, механизмы апоптоза оказывают существенное влияние на эмбриональное развитие организма. Это влияние осуществляется, в частности, через отбор подходящих (сохраняемых) и неподходящих (подлежащих уничтожению) тканевых элементов. Но в разных тканях

и в разные периоды интенсивность такого отбора различна. Особое значение для психики человека должен иметь такой отбор среди нейронов мозга, где он в период формирования мозга очень интенсивен.

«Основные события нейрогенеза и элиминация избыточных нейронов в ЦНС млекопитающих происходят в фетальном и раннем постнатальном онтогенезе» [Баннова, 2005, с. 1]. «Апоптоз является неотъемлемым компонентом нормального развития и нейродегенеративных процессов в нервной системе (Oppenheim, 1991; Yuan, Yankner, 2000). «Аптоz необходим для нормального развития (пролиферации, дифференцировки и миграции нейронов) различных формаций головного мозга млекопитающих» [Бажанова, 1999, с. 370]. «Эмбриональное и постэмбриональное развитие мозга сопровождается изменениями числа, структуры и функциональных “качеств” нервных клеток. Соотношение процессов возникновения новых структур и ликвидации “ненужных” клеток регулируется апоптическими процессами» [Губарев, Колесников, 2009, с. 53], поскольку «гибель нейронов в эмбриогенезе совершается в основном апоптозом» [Калиниченко, Матвеева, 2007, с. 22]. Причём «нейроны с признаками апоптического распада обнаруживаются на всём протяжении эмбрионального нейрогенеза, их количество увеличивается к моменту рождения» [там же, с. 25].

«Пролиферативные зоны нервной трубы продуцируют избыточное количество нейробластов, которые, мигрируя к местам своей конечной локализации, дифференцируются и формируют локальные межнейронные цепи. В результате последующего созревания и перестройки межнейронных связей часть клеток элиминируется». Дегенерации подвергаются нейроны, явившиеся временной мишенью для первых афферентных волокон. «В плодном и постнатальном периодах развития апоптоз обусловлен специализацией синаптических мишней». «В мозгу человека апоптоз наиболее интенсивно протекает в герминативных областях с наивысшей пролиферативной активностью: в вентрикулярной и субвентрикулярной зонах, в ганглионарной эминенции, маргинальной зоне и субпластинке конечного мозга» [там же, с. 24]. T.F. Haydar et al. (1999) установили прямое участие апоптоза в формировании трёхмерной структуры головного мозга в период, предшествующий нейрогенезу, путём избирательной элиминации клеток, занимающих проме-

жуточное положение, что приводит к позиционированию клеточных популяций. В целом «в популяции нейронов, начиная с ранней стадии развития нервной системы и в течение всего онтогенеза, происходит массовая гибель клеток, достигающая 25—75% популяции. Эта гибель наблюдается как в центральной, так и в периферической нервной системе» [Матвеева, 2006, с. 153]. «У человеческого плода критическим периодом кортикогенеза является 12—23 недели беременности, когда происходит активная пролиферация и миграция клеток вентрикулярной зоны. По данным ряда авторов, наиболее интенсивный апоптоз регистрируется в постмитотических клетках вентрикулярной зоны, вдоль путей миграции нейронов и отсутствует в кортикальной пластинке (Rakic, 1988; Li et al., 2000). Его роль при этом сводится к селекции клеток, которым предстоит участвовать в формировании коры» [там же, с. 154].

Позже «массовая гибель нервных клеток... наступает за счёт тех нейронов, которые не смогли установить эффективных синаптических связей. “Состязание” нейронов приводит к процессу отбора нервных связей и упорядоченности нервных сетей, усилиению эффективности передачи, переработки и приёма сигналов, и функционирования на ранних стадиях развития» [Барашнев, 2011, с. 36]. В разных отделах нервной системы и в разные периоды эмбриогенеза интенсивность апоптоза различна. Например, хотя «апоптоз встречается на всех стадиях эмбрионального и постнатального развития органа зрения и охватывает все структурные элементы глаза», но в сетчатке (по своему происхождению являющейся частью переднего мозга) выделяют два основных периода клеточной гибели: ранний — на этапе развития, совпадающем с началом дифференцировки и миграции, и поздний — во время формирования синаптических связей [Матвеева, 2006, с. 11, 170].

В этот более поздний период, несмотря на известную гетерохронию созревания слоев и полей коры мозга, «морфологические исследования, проведённые на приматах, привели к поразительному выводу о том, что ускорение темпов синаптической пролиферации (образования новых синаптических контактов) в постнатальном онтогенезе мозга приматов происходит одновременно в различных областях и слоях коры мозга» [Строганова, Орехова, 1998, с. 130]. Исследования на животных пока-

зали: «в раннем периоде развития мозга процессы синаптогенеза проходят период синаптической сверхпродукции, когда количество производимых синаптических контактов многократно превышает то их число, которое когда-либо будет использовано для проведения и обработки информации». Затем «следует период сокращения числа низкоэффективных синаптических контактов»: «синапсы, не поддерживаемые средовым входом (не функционирующие), подвергаются конкурентной элиминации» [там же, с. 129]. У детей «со 2-го месяца жизни начинается стремительное лавинообразное увеличение количества синапсов в коре больших полушарий. Особенно активный синаптогенез приходится на период от 2 до 4 месяцев» [Безруких и др., 2009, с. 334]. У детей «число синаптических связей <в мозге> достигает пика в возрасте двух лет, а затем уменьшается вдвое» [Барашнев, 2011, с. 558].

Отчасти «гистогенетическая гибель клеток во время и после нейрогенеза в ходе формирования синапсов может быть целесообразна для приведения числа нейронов в соответствие с размером иннервируемых ими территорий» [Матвеева, 2006, с. 154]. Но в целом можно сказать, что «существует так называемый дофункциональный период развития нервной системы», когда «нейронные системы дифференцируются до того, как они начали функционировать и независимо от функций» (период, когда «формирование структуры предшествует функции»). При этом «образуется огромный избыток синаптических связей». В следующем функциональном периоде развития (характеризующемся способностью нервных структур к зависимой от активности самоорганизации) избыток синаптических связей «постепенно уменьшается; излишние или вообще ненужные синапсы исчезают, а оставшиеся... стабилизируются. Процесс отмирания и стабилизации синапсов, видимо, служит одним из основных механизмов, с помощью которых опыт изменяет структуру мозга в ходе его формирования» [Корочкин, Михайлов, 2000, с. 54—55]. Конечно, эти периоды не разделены жёсткой границей друг от друга; существует обширнейший интервал совмещения этих периодов, когда что-то ещё не зависит от функций, а что-то уже зависит [Цехмистренко и др., 2019, с. 207]. У детей «формирующиеся с момента рождения нейронные системы зрительной коры чувствительны к зрительной стимуляции и способны к ускоренному

развитию под её влиянием. У недоношенных детей, достигших возраста доношенных новорождённых и имевших уже зрительный опыт, регистрировались более зрелые вызванные потенциалы, чем у детей, родившихся в срок» [Безруких и др., 2009, с. 334—335]. У детей особо значительное усиление синаптогенеза наблюдается с двухмесячного возраста до года; и «именно в этот период происходит усиление влияния внешних факторов на развитие мозга». Несколько позже наблюдается максимальная плотность синапсов — «до 600—900 млн синапсов на мм^3 коры». После этого «плотность синапсов начинает прогрессивно уменьшаться вплоть до подростково-юношеского возраста и продолжает уменьшаться у взрослых» [Цехмистренко и др., 2019, с. 208—209].

То есть вопреки традиционным в психологии развития взглядам о жестко запрограммированной последовательности процессов созревания мозга можно утверждать, что «ранний опыт (и социокультурный в том числе) накладывает отпечаток, “встраивается” в развивающиеся структуры нейросетей» [Строганова, Орехова, 1998, с. 129—130]. В частности, в зрительной коре «под влиянием специфических зрительных раздражений эффективность синапсов повышается, их функционирование стабилизируется, незадействованные синапсы отмирают. Эксперименты на животных с полным или частичным лишением световой стимуляции наглядно продемонстрировали значимость внешнесредового фактора для развития. Блокада зрительного входа приводит к обеднению синаптического состава зрительной коры, недоразвитию дендритных разветвлений и шипикового аппарата. При выращивании котят в клетках с чередующимися чёрными и белыми полосами по горизонтали или вертикали дендритные сплетения располагались в плоскостях, перпендикулярных направлению полос. Таким образом, внешняя среда (в данном случае зрительная информация) формирует воспринимающий субстрат, регулируя количество и пространственную организацию синапсов и дендритов» [Безруких и др., 2009, с. 335]. «У котят первые три недели жизни до и после открытия глаз составляют критический период для развития зрительных проводящих путей. Показано, например, что при содержании котят в этот период в полной темноте их зрительная система должным образом не

развивается, котята видят, но не способны координировать свои движения, пользуясь зрением, обходить препятствия или различать глубину». Если «выращивать котят в условиях, где единственным сложным зрительным стимулом будет рисунок из вертикальных белых и чёрных полос, то зрительная кора приобретает повышенную чувствительность к вертикальным линиям, но практически не реагирует на горизонтальные. Таким образом, под влиянием сенсорного опыта в период развития котят характер связей в их зрительной системе изменяется таким образом, что количество клеток, реагирующих на часто воздействующие стимулы (в данном случае вертикальные полосы), возрастает, а доля клеток, чувствительных к редким стимулам (горизонтальные полосы), уменьшается» [Корочкин, Михайлов, 2000, с. 55].

Итак, в течение всего периода эмбрионального развития, начиная с недифференцированных клеток камбиональных зон формирующегося мозга [Резников, 1981, с. 37]¹, происходит гибель большого числа нервных клеток. И далее в ходе нормального развития нервной системы позвоночных 50 и более процентов развивающихся нейронов различных типов гибнут уже после того, как будут установлены синаптические связи с клетками-мишенями [Корочкин, 1999, с. 187; Зеленина, Данилов, 1996, с. 86]². Причём, хотя дегенерация значительной части нейронов является обычным естественным фактором развития, она у позвоночных не жёстко запрограммирована генетически. Многочисленными экспериментами установлено, что часть нервных клеток может выжить, в частности, если число структур, с которыми они могут образовать синаптические связи, увеличивается [Нейроонтогенез, 1985, с. 239]. Идентифицирован ряд нейротрофинов, обеспечивающих выживание специфических нейронов *in vitro* и *in vivo*, и, в частности, перинатальное введение фактора роста нервов в значительной степени пода-

¹ Источником кортикальных нейронов у всех млекопитающих являются пролиферативные зоны боковых желудочков [Матвеева, 2006, с. 155].

² В частности, в сетчатке «крыс около 50% общего числа ганглиозных клеток погибает в течение первой постнатальной недели вскоре после достижения их аксонами своих мишеней — верхнего двухолмия и латерального коленчатого тела» [Матвеева, 2006, с. 174].

вляло апоптоз развивающихся симпатических и сенсорных нейронов, а наоборот, обработка антителами к этому фактору вызывала всеобщую гибель клеток [Зеленина, Данилов, 1996, с. 86; Нейроонтогенез, 1985, с. 43]. Фактор роста нервов «необходим для нормального роста, созревания и дифференцировки нейронов, центральной и периферической нервной системы». А «для заболеваний, возникающих на основе патологического развития нервной системы (как центральной, так и периферической), характерно повышение уровня аутоантител к фактору роста нервов в крови, коррелирующее с особенностями клинического проявления данных патологических состояний» [Клюшник и др., 1999]. «Хорошо известно, что снижение и прекращение доступа нейротрофических факторов к клеткам-мишеням является одной из причин их гибели путём апоптоза. В этом отношении действие нейротрофических факторов строго специфично: выживание конкретной субпопуляции нейронов контролируется определённым нейротрофическим фактором» [Челышев и др., 2001, с. 122].

Приведём несколько примеров серьёзных нарушений, вызванных дефицитом тех или иных нейронных популяций. «Основными характерными признаками синдрома Дауна <трисомии хромосомы 21> служат уменьшенное количество нейронов ЦНС и извращённое дифференцирование нервных клеток». «Показано, что кортикальные нейроны эмбрионов с трисомией-21 до определённого момента нормально развиваются в культуре, однако потом начинают подвергаться апоптозу» [Коршунов, Преображенская, 1998, с. 43—44]. То есть «аномально высокие темпы <апоптоза> во время и после нейрогенеза в переднем мозге способствуют развитию синдрома Дауна (Busciglio, Yankner, 1995)» [Матвеева, 2006, с. 154]. «Изменения в структуре и распределении NO-ergicеских нейронов новой коры и гиппокампальной формации коррелируют со степенью тяжести шизофрении» (S. Akbarian et al., 1996) [Калиниченко, Матвеева, 2007, с. 25]. «Нейрохимические и молекулярно-генетические исследования обнаружили у больных алкоголизмом, а также у здоровых подростков из семей, отягощённых этим заболеванием, нарушение деятельности и генетического контроля дофаминовой нейромедиаторной системы, которые не выявлялись или редко встречались у больных алкоголизмом без

наследственной отягощённости¹ [Анохина и др., 2001, с. 28]. «Одной из главных причин врожденной, в том числе генетически обусловленной, алкогольной зависимости является устойчивый дефицит дофаминовой (преимущественно) и норадреналиновой медиации в отделах мезокортико-лимбической дофаминергической системы». Хотя основные опыты проводились на крысах, но и для человека доказана «связь изменения структуры генов, кодирующих экспрессию D₂-D₅-рецепторов, и предрасположенности к алкоголизму, расстройствам темперамента и поведения личности». А у крысят, матери которых спаивались в течение 5 мес., «выявлено значительное сокращение числа неизмененных и малоизмененных нейронов мезокортико-лимбической дофаминергической системы вследствие усиления запрограммированной гибели нейронов (апоптоза) и их сморщивание», а также наличие у этих крысят выраженной алкогольной мотивации [Дробленков, Карелина, 2012, с. 16]. «Потеря нейронов областей гипоталамуса, таламуса, коры, мозжечка, ствола мозга вследствие повышенного апоптоза у эмбрионов и животных в раннем постнатальном онтогенезе может приводить к расширению желудочков мозга и развитию гидроцефалии» (H. Keino et al., 1994) [Бажанова, 1999, с. 369—370].

В целом же «смещение динамического равновесия между пролиферацией и апоптозом в критические периоды развития мозга принято рассматривать как один из факторов, инициирующих генез психоневрологических заболеваний» (N.C. Andreasen, 2000). «Усиление и/или снижение интенсивности апоптоза в матричных зонах мозга значительным образом видоизменяет окончательный размер и форму зрелых межнейронных связей» [Калиниченко, Матвеева, 2007, с. 25]. «По мнению S. Paparone, C. Severini, M.T. Ciotti с соавт. (2016) изменения, происходящие в тонком равновесии между апоптозом и выживанием клеток, регулируют судьбу нейронов во время развития нервной системы» [Рева и др., 2016]. Причём отмечается, что при действии вредных факторов во время лишь третьего триместра внутриутробного развития грубых пороков головного мозга не возникает. Изменения, наступа-

¹ Ещё Аристотель отметил, что «женщины, предающиеся пьянству, рожают детей, похожих в этом отношении на своих матерей».

ющие в нервной системе, чаще носят лёгкий характер и могут обнаруживаться только при гистологических исследованиях мозга умерших детей [Кулаков, 2003, с. 160; Барашнев, 2011, с. 22]. То есть апоптоз может решать и весьма тонкие задачи отбора нейронов и синапсов. Что же вызывает апоптоз и что предохраняет от него?

«Цитокины считаются наиболее многочисленной группой биологически активных веществ, оказывающих влияние на процесс гибели клетки». Хотя «не менее значимая роль в регуляции апоптоза принадлежит гормонам¹, в частности глюкокортикоидам², опосредующим своё действие через специфические внутриклеточные рецепторы». И наконец, запуск программы клеточной гибели и её торможение может индуцироваться многими внутриклеточными факторами (например, накоплением нерепарированных разрывов ДНК) [Кайгородова и др., 2012, с. 8]. Но гормоны или такие факторы, как гипоксия, радиация, оказывают лишь общее действие на клеточные популяции, а внутриклеточные факторы — преимущественно сугубо индивидуальное влияние. Цитокины — это промежуточный уровень, приспособленный для сравнения нейронов внутри популяции.

Цитокинами названы эндогенные полипептидные медиаторы межклеточного взаимодействия, регулирующие развитие, ряд физиологических функций и поддержание нарушенного гомеостаза [Кетлинский, Симбирцев, 2008, с. 5]. «Цитокины — межклеточные сигнальные молекулы, участвующие в различных биологических процессах» [Матвеева, 2006, с. 107]. Они представляют собой самостоятельную систему регуляции основных функций организма [Симбирцев, 2002, с. 9]. «Важно подчеркнуть, что биологический эффект не является свойством цитокина, а определяется характером предназначенного для него рецептора

¹ Например, в норме с помощью апоптоза, регулируемого половыми гормонами, формируется в раннем постнатальном периоде ядро полового диморфизма преоптической области гипоталамуса [Бажанова, 1999, с. 369—370].

² В развивающемся организме повышение уровня основного глюкокортикоидного стероида кортизола и гормонов стресса катехоламинов может приводить к нарушению развития головного мозга в виде избирательной потери нейронов и торможения нейрогенеза головного мозга, либо замедления процесса миелинизации нервных волокон [Холмогорова и др., 2012, с. 318].

(Gonda, D'Andera, 1997)» [Матвеева, 2006, с. 109]. «В отличие от гормонов, которые продуцируются специализированными клетками эндокринной системы, поступают в кровь и действуют на большом расстоянии от клеток, их синтезирующих, цитокины секрецииются разными типами клеток¹, в основном разными популяциями лейкоцитов, и действуют локально — от клетки к клетке, соединяясь со специфическими высокоаффинными рецепторами» [Попова, 2018, с. 190]. «Рецепторами для цитокинов являются трансмембранные белки» [Матвеева, 2006, с. 107]. Цитокин может связываться «с рецептором на той же клетке, которая его секрециирует» (автокринный эффект) и с рецептором на клетке соседней с продуцирующей цитокин (паракринный эффект), также клетка-мишень может находиться на расстоянии от клетки-продуцента (эндокринный эффект) [Попова, 2018, с. 190]. Но «цитокины не всегда секрециируются в свободном виде. В некоторых случаях они могут экспрессироваться на поверхности стимулированных клеток в виде мембранассоциированных молекул (Vilcek, Le, 1994)» [Матвеева, 2006, с. 107], «обладая в виде мембранный формы полным спектром биологической активности». С другой стороны, «рецепторы цитокинов могут существовать в растворимой форме, сохраняя способность связывать лиганды» [Симбирцев, 2002, с. 11].

«Одни и те же цитокины синтезируются разными типами клеток в разных органах. В то же время клетки одного типа продуцируют разные цитокины. Одни и те же цитокины обладают разнообразной функциональной активностью, а разные цитокины могут оказывать один и тот же эффект» [Болевич, Синельникова, 2015, с. 24]. Конкретный «цитокин может воздействовать на ряд клеток и тканей организма. В большинстве случаев клетка организма является мишенью нескольких цитокинов». Нередко эффект может реализовываться только определенным набором действующих на клетку цитокинов [Однак, Цыган, 2005, с. 11]. «Современная иммунология отдаёт “пальму первенства” в регуляции иммунных процессов в организме млекопитающих цитокинам» [Александровский, Чехонин, 2005, с. 25]. «Цитокины

¹ Цитокины «могут синтезироваться практически всеми ядросодержащими клетками организма» [Симбирцев, 2004, с. 16].

регулируют реакции как адаптивного иммунитета, так и врождённого» [Попова, 2018, с. 190]. Причём «регуляция врождённого иммунитета в значительной степени осуществляется с помощью цитокинов» [Недоспасов, 2012, с. 50]. «В рамках иммунной системы цитокины осуществляют взаимосвязь между неспецифическими защитными реакциями и специфическим иммунитетом, действуя в обоих направлениях. На уровне организма цитокины осуществляют связь между иммунной, нервной, эндокринной, кроветворной и другими системами и служат для их вовлечения в организацию и регуляцию защитных реакций» [Симбирцев, 2002, с. 9].

«У здоровых людей содержание цитокинов минимально» [Болевич, Синельникова, 2015, с. 11]. И концентрация цитокинов в системном кровотоке редко достигает значимого уровня [Зеленина и др., 1996, с. 98], поскольку цитокины «имеют короткий период полувыведения из кровотока» — порядка 30 минут [Болевич, Синельникова, 2015, с. 12]. При поступлении цитокинов в кровоток развиваются общие признаки воспаления. «Когда же уровень цитокинов превышает предельные концентрации, то развивается системная воспалительная реакция, возможна инициация аутоиммунных процессов. Патологически высокие концентрации цитокинов приводят к состоянию септического шока и гибели организма» [там же, с. 40—41]. «Отсутствие цитокинов или их недостаток в организме приводит к программируемой гибели клеток разных типов. Добавление цитокинов предотвращает апоптоз» [Попова, 2018, с. 206]. «Цитокины способны влиять на рост, дифференцировку и функциональную активность клеток, определяют их выживаемость и... апоптоз» [Болевич, Синельникова, 2015, с. 12]. А конкретные цитокины могут оказывать как антиапоптическое действие (таковы, в частности, нейротрофины), так и проапоптическое, или и то и другое, в зависимости от мишени.

Цитокины «являются регуляторами апоптоза в клетках иммунной системы и других физиологических систем организма» [Попова, 2018, с. 206]. На ауто- и паракринном уровне регуляторами выживания и апоптической гибели клеток являются именно различные цитокины [Зеленина, Данилов, 1996, с. 80, 85—87]. В частности, «молекулы цитокинов, экспрессируемые в центральной нервной системе, играют важ-

ную роль в жизни и смерти нервных клеток» [Клименко и др., 2013, с. 42]. Но как выше отмечалось основными продуцентами цитокинов являются лейкоциты — клетки системы иммунитета. То есть клетки системы иммунитета играют ведущую роль в локальных механизмах регуляции апоптоза!

По поводу же возможных недоумений относительно функционирования системы иммунитета на территории мозга отметим, что даже у взрослого человека (несмотря на формирование гематоэнцефалического барьера, представляющего собой «двухслойную, пятимембранный клеточную структуру, разделяющую кровь и мозг» [Александровский, Чехонин, 2005, с. 34]) в ткани мозга и в ликворе функционирует иммунная система (хотя и в форме автономного, отделенного от крови компартмента), присутствуют различные формы мононуклеарных фагоцитов, иммуноактивных Т- и В-лимфоцитов и их субпопуляций [Малашхия, 1986, с. 94-99], имеются клетки-предшественники, образующие при посеве лимфоидные и макрофагально-гранулоцитарные колонии [Малашхия, Геладзе, 1998, с. 4]. Кроме того, «в ткани мозга существует своя система цитотоксичности, функционирующая в результате цитолитической активности клеток глии» [Александровский, Чехонин, 2005, с. 33]. А астроциты и клетки микроглии способны к фагоцитозу и экспрессии цитокинов (то есть могут выполнять иммунные функции) [там же, с. 24]. Более того, основным источником регуляторных цитокинов в нервной ткани является микроглия, являющаяся макрофагами мозга — мононуклеарными фагоцитами костномозгового происхождения [там же, с. 27, 30]. И «установлено, что число клеток микроглии, обеспечивающих иммунитет, равно количеству нейронов» [Клименко и др., 2013, с. 42]. Н.И. Лисянный в ряде работ доказывает, что «в головном мозге существует автономная нелимфоидная система, которая обуславливает как иммунную изолированность, так и участвует в иммунопатологических реакциях мозга» [2007, с. 17]. Развитие же гематоэнцефалического барьера «начинается внутриутробно и заканчивается через 6—7 месяцев после рождения» [Барашнев, 2011, с. 558]. И хотя у взрослого человека «в норме развитие иммунного ответа в органах нервной системы практически невозможно»; а «формирование любого типа иммунного ответа в нервной ткани является инициирующим момен-

том или следствием того или иного патологического процесса» [Александровский, Чехонин, 2005, с. 24]. Но можно утверждать, что система врождённого иммунитета на территории мозга функционирует в полной мере и в ходе формирования мозга является важнейшим локальным регулятором отбора нейронов и синапсов.

Таким образом, в ходе развития и формирования мозга, система иммунитета через механизм цитокинов вмешивается в отбор нейронов и синапсов. И это вмешательство не может не иметь последствий в архитектонике сформированного мозга. Причём как элиминация нейронов, так и элиминация синапсов носят конкурентный характер и сильно зависят от мозгового фрагмента сферы иммунитета. Но у разных индивидов в популяции мощность функций системы иммунитета (определенная его врождённым компонентом) и, в частности, мощность функций его мозгового фрагмента могут существенно различаться (и к тому же меняться со временем). Что влечёт за собой наличие у разных индивидов разных порогов элиминации для одних и тех же популяций нейронов и синапсов. При конституциональной и, значит, существующей с эмбрионального периода избыточности врождённого иммунитета должен наблюдаться и избыточно строгий отбор нейронов в процессе формирования мозга. А как отмечает Т.А. Цехмистренко с соавт., «совершенно ясно, что так называемые “функциональные преимущества” мозга того или иного человека связаны с уникальными особенностями региональных корковых изменений в результате индивидуального развития» [2019, с. 441].

Теперь попробуем реконструировать отпечаток на развитие и формирование психики, накладываемый избыточной мощностью сферы иммунитета. Параллельно с теоретическим рассмотрением вопроса, после каждого пункта этого рассмотрения, будем курсивом приводить соответствующие особенности конформного типа, отмеченные психиатрами и психологами. Теоретическое рассмотрение будем вести независимо от этих вставок, которые будут лишь иллюстрировать теорию, подтверждая (или опровергая) её. При первом чтении пяти следующих разделов, посвящённых особенностям конформного типа, имеет смысл сначала читать только теоретические пункты (без курсива), чтобы проследить логику теоретического изложения; и лишь при повторном чтении —

полностью, чтобы проверить соответствие теории наблюдаемой реальности. Для простоты не будем касаться вопроса о степени выраженности характерологических отклонений, обсуждая только качественные особенности в достаточно выраженных случаях. Отметим также, что мы не рассматриваем вопросов онтогенетического становления личности и характера как таковых, т.е. в ситуации средней нормы. Нас будет интересовать лишь отклонение личностных, характерологических особенностей от «нормальной», «средней», «гармоничной» линии развития; причём отклонение хотя и выраженное, но остающееся в рамках психической нормы (то есть не достигающее уровня психопатии).

Происхождение общих особенностей конформного типа личности

Люди обычно считают, что лучше заблуждаться в толпе, чем в одиночку следовать за истиной.

*Клод Адриан Гельвеций
(1715—1771), французский
философ-материалист*

Итак, при конституциональной и, значит, существующей с эмбрионального периода избыточности мощности иммунитета должен наблюдаться и избыточно строгий отбор нейронов в процессе формирования мозга. Естественно полагать, что это влечёт за собой повышенное единобразие нейронного строения мозга (в смысле уменьшения числа индивидуальных особенностей отдельных нейронов в каждой из нейронных популяций), и прежде всего уменьшение числа «случайных» связей между нейронами. Что, как естественно полагать, непосредственно влечёт за собой на уровне психики уменьшение числа, а также важности «случайных» (малодетерминированных, индивидуальных) «восприятий, ассоциаций, сопоставлений, образов, воспоминаний, т.е. ограничение исходной базы самостоятельного мышления (это **1-я общая особенность¹**, которая должна быть свойственна таким людям). А это влечёт за собой повышение стандартности и самого мышления.

Для людей конформного типа «характерна негибкость мыслительных процессов и бедность идей» (Кратчфилд) [Кон, 1967, с. 92]. Они «умеют “держать себя в обществе”, говорить о погоде, говорить шаблонные, банальные вещи, но не проявляют никакой оригинальности» [Ганнушкин, 1964, с. 166]. Поэтому Носке назвал эти

¹ Нумерацию мы проводим лишь для удобства ссылок в дальнейшем.

*особенности салонным слабоумием [Bleuler, 1920, с. 503]. Им «свои-
ственны негибкость мыслительных процессов и бедность идей», дог-
матизм и стереотипность мышления (D.K. Kreech, R.S. Krutschfield с
соавт., 1962) [Ефременкова, 1972, с. 80]. Конформный «может надеть
роскошный стильный костюм, очки в замысловато-сложной оправе,
достать из дорогого дипломата томик стихов (которых почти не
понимает) и с большой самоуверенностью начать витиевато изъ-
ясняться. Некоторые люди, гипнотизируясь подобным интеллек-
туальным антуражем, неспособны предположить, что перед ними
почти слабоумный человек. Заподозрить это можно, памятую о
том, что глупость способна рядиться в высокопарную многозна-
чительность. Если внимательно вникнуть в неё, то чувствуешь,
что ничего, кроме банальности и скудоумия, в этих торжествен-
ных сентенциях нет» [Волков, 2004, с. 261—262].*

Соответственно у таких людей естественно ожидать уменьше-
ния числа и интенсивности внутренних помех, отвлекающих момен-
тов в стандартных восприятий, мыслительной деятельности и памяти
(2-я общая особенность).

*Конформные личности обычно обладают хорошей памятью [Bleuler, 1920, с. 503; Ганнушкин, 1964, с. 166], «порядочным или
даже очень большим воображением» [Bleuler, 1920, с. 502]. При
обследовании конформные «всегда готовы отвечать на вопросы
и очень охотно сообщают сведения о себе. При этом они недолго
раздумывают, “выдают” о себе информацию очень быстро» [Леон-
гард, 1997, с. 70].*

Это то, что касается психических особенностей, обусловленных функциональным блоком когнитивного обеспечения. Те же нейрональные явления — повышение единобразия нейронных популяций, но уже в функциональном блоке психомоторного управления и контроля, — влекут за собой снижение момента спонтанности, нестандартности, ориги-
нальности, вариативности в моторной деятельности, а также затрудне-
ния в нестандартной текущей её коррекции (3-я общая особенность).

А это (проходя с младенчества) выливается в повышение стандартности психического обеспечения моторной деятельности (включая её планирование).

Конформные — «это люди шаблона, банальности, моды» [Ганнушкин, 1964, с. 167]. Они «могут быть хорошими работниками-исполнителями, отличаться хорошей работоспособностью (выполняют и перевыполняют план), но не могут предлагать оригинальных, творческих решений стоящих перед ними задач» [Миненков и др., 2018, с. 271]. Им свойственна бедность планов [там же, с. 213]. «Собственных ресурсов для формирования поведения у них нет», поэтому они не становятся лидерами [Эрдман, 1974, с. 15]. Подростки этого типа «слушают рассказы ребят о “подвигах”, соглашаются с теми предложениями, которые поступают от лидеров, охотно участвуют в “приключениях”, но потом могут и раскаяться. Хотя собственной смелости и решительности что-то предложить у них, как правило, не хватает» [Прутченков, Сиялов, 1994, с. 43]. «Лишённые собственной инициативы, конформные подростки легко могут быть втянуты в алкогольные компании, в групповые правонарушения, подбиты на побег из дома или наусыканы на расправу с чужаками» [Личко, 1983, с. 180].

Соответственно это влечёт за собой уменьшение числа, интенсивности и действенности случайных помех, неточностей и отвлекающих моментов в привычной моторной деятельности и при её текущей стандартной коррекции (4-я общая особенность).

У лиц конформного типа «главным образом поражает способность быстро применяться к обстановке, однако это носит чисто внешний характер» [Bleuler, 1920, с. 503]. «В грубо элементарной жизни они часто оказываются даже более приспособленными, чем так называемые умные люди» [Ганнушкин, 1964, с. 167].

Мы перечислили четыре «общие» психические особенности лиц с конституциональной избыточностью мощности иммунитета. Из них

вытекает ряд более частных, конкретных, и, значит, легче диагностируемых, особенностей, которые мы рассмотрим ниже. Но есть ещё одна — **5-я общая особенность** этих лиц, не связанная напрямую с психикой. Повышение единобразия нейронных популяций в надсегментных системах вегетативных механизмов мозга, управляющих функциональными блоками пластического и энергетического обеспечения, а отчасти и функциональными блоками построения структур организма и обеспечения иммунитета, влечет за собой большую стандартность вегетативных реакций, сопровождающих психическую деятельность, снижение их гибкости в нестандартных, непривычных ситуациях, в которые люди (чаще или реже) попадают. Это касается в первую очередь общего адаптационного синдрома (стресса) и деятельности внутренних органов (легких, сердца, кровеносной, пищеварительной, выделительной и половой систем и др.), эндокринной и иммунной систем. И хотя в стандартных, ставших привычными ситуациях эти системы должны функционировать хорошо, в нестандартных ситуациях велика вероятность избыточного, недостаточного или неправильного функционирования. Правда, когда такая неправильность становится уже заметной, то диагностируется обычно конкретная патология, а на тип характера уже не смотрят.

«Конформные подростки плохо переносят крутые перемены в жизни» [Личко, 1974, с. 95]. «Переезд на другое место жительства, смена школы — для них поначалу большая встряска» [Личко, 1983, с. 179—180]. У лиц конформного типа снижена способность владеть собой в напряженных условиях (Кратчфилд) [Кон, 1967, с. 92]. «В число их главных особенностей входит непереносимость ломки стереотипов» [Личко, 1993, с. 11]. «Как людям с резко выраженной внушаемостью, им близко, им свойственно всё “человеческое”, все “людские слабости” и прежде всего страх и отчаяние. Они очень легко дают реактивные состояния, вслед за соответствующими травмами: острый параноид — после ареста и пребывания в тюрьме, острую депрессию — после потери имущества, острую ипохондрию — после страшного диагноза и т.д.» [Ганнушкин, 1964, с. 167].

Частные особенности личности конформного типа

Ничто так не способствует душевному спокойствию, как полное отсутствие собственного мнения.

Г.К. Лихтенберг (1742—1799),
немецкий физик, публицист и сатирик

Из 1-й и 3-й общих особенностей этих лиц вытекают трудности для них в самостоятельной деятельности, т.е. в самостоятельном (в смысле нестандартности, оригинальности) решении самых разных задач (мыслительных, двигательных и коммуникативных, практически-трудовых и управленийких; прежде всего жизненных и в значительно меньшей степени школьных, поскольку школа — это по сравнению с жизнью сильно упрощённая система, требующая несравненно меньше самостоятельности),

Конформные — «это люди, которые большей частью усваивают недурно, а иногда даже отлично, предметы в школе и в известных пределах способны также к передаче, однако не справляются с жизнью, несмотря на большую активность». «Они вводят часто в заблуждение многих учителей, они даже могут получить аттестат зрелости и сдать благополучно и высшие экзамены» [Bleuler, 1920, с. 503]. Конформные личности «иногда хорошо учатся, ...не только в средней, но даже и в высшей школе; когда же они вступают в жизнь, когда им приходится применять их знания к действительности, проявлять известную инициативу, — они оказываются совершенно бесплодными» [Ганнушкин, 1964, с. 166]. Конформные «учатся в школе, профтехучилище средне или ниже среднего». Но «если родители заставляют упорно учиться, нанимают репети-

торов, то могут довести такого ребёнка — он не только окончит школу, институт, а то (как теперь модно) и получит два высших образования. Знаний у него в результате окажется много, но на практике их применять у него получается очень плохо. Про таких говорят: “знает всё, как ходячая энциклопедия, а толку от этого нет”. Если ещё к тому же родители “делают” ему карьеру, то в результате представители этого типа пополняют группу “торжественных дураков” — импозантно выглядят, умеют себя подать, много говорят не по существу и малопонятно (“демагогия”, пустозвонство, практическая несостоятельность)» [Миненков и др., 2018, с. 271—272, 213]. «Слабое место» конформных личностей, когда «решение трудной дилеммы требует собственной инициативы» [Ефременкова, 1972, с. 82]. «Они могут достигать хороших результатов на работе разной квалификации, на любой ступеньке социальной лестницы, лишь бы работа, занимаемая должность не требовали постоянной личной инициативы. Если именно это от них требует ситуация, они дают срыв на любой, самой незначительной должности, выдерживая гораздо более высококвалифицированную и даже требующую постоянного напряжения работу, если она чётко регламентирована, если заранее известно, что и как надо делать в каждой ситуации» [Личко, 1983, с. 179].

хотя стандартные, даже очень сложные, задачи в соответствии с 2-й и 4-й общими особенностями могут решаться ими прекрасно.

Конформные люди «при соответствующих условиях усваивают надлежащие манеры поведения, цитаты, афоризмы, чужие комбинации идей. С этим репертуаром при поверхностном контакте они производят впечатление более культурных и умных людей, чем это есть на самом деле». «Они предпочитают работу по реализации задач, решенных другими, самостоятельному размышлению над нереешеными задачами» [Эрдман, 1974, с. 15].

В частности, эти люди ищут возможность освобождаться от необходимости самостоятельного мышления, самостоятельной деятельно-

сти, особенно когда возникает ситуация ответственности — требуется принятие самостоятельных решений.

Конформные люди «не протестуют против получаемых официальных рекомендаций, опираясь на которые можно снизить личную ответственность за совершенные поступки», они «всегда готовы выполнить указания свыше» [Эрдман, 1974, с. 15]. Для них «восприятие превалирующих стандартов более важно, чем недовольство ими» [Адорно, 1993, с. 82]. К конфликтогенным ситуациям для конформного подростка относятся «ситуации принятия самостоятельных решений без опоры на мнения значимых людей» [Прутченков, Сиялов, 1994, с. 44].

Естественно, что такие люди крайне не любят встречаемое ими в жизни новое, поскольку это требует самостоятельного осмысления, принятия самостоятельных решений, каких-то нестандартных действий и т.д.

Конформные подростки «в душе не любят новое, не любят перемен, потому что они не могут к нему быстро приспособиться, трудно осваиваются в новой ситуации. Правда, в наших условиях они открыто в этом не признаются — видимо, потому, что в небольших коллективах в подавляющем большинстве чувство нового официально и неофициально ценится, новаторы поощряются и т.п. Но положительное отношение к новому и здесь у них остается только на словах. На деле они предпочитают стабильное окружение и раз и навсегда установленный порядок. Нелюбовь к новому прорывается наружу беспринципной неприязнью к чужакам. Это касается как просто новичка, который появился в их группе, так и представителя другой среды, другой манеры держать себя и даже, как нередко приходится наблюдать, другой национальности» [Личко, 1983, с. 179]. Они активно противятся всему не укладывающемуся в привычные рамки и особенно попыткам оторвать их от привычной среды [там же, с. 180], «очень дорожат своим местом в привычной группе сверстников, стабильностью этой группы, постоянством окружения.

Они не склонны менять по своей инициативе одну группу на другую [там же, с. 179], *«не проявляют интереса к новым знакомствам»* [Прутченков, Сиялов, 1994, с. 43]. Конфликтогенными для них являются «ситуации знакомства с новыми людьми, когда надо проявить себя, свои личностные качества» [там же, с. 44]. Конформные люди — «всегда консерваторы; из естественного чувства самозащиты они держатся за старое, к которому привыкли и к которому приспособились, и боятся всего нового» [Ганнушкин, 1964, с. 167]. Их «отношение к незнакомцам характеризуется недоверчивостью и насторожённостью» (D.K. Kreech, R.S. Krutschfield с соавт., 1962) [Ефременкова., 1972, с. 80]. Им свойственно «предубеждённое неприятие всего, что исходит от людей не своего круга» [Личко, 1993, с. 11]. Они «часто проявляют ксенофобию и враждебность к инакомыслию» [Старшенбаум, 2017, с. 149].

Но если новое становится привычным, если уже хорошо известно, как к нему относиться, как при нём действовать, то оно перестает вызывать у них отрицательные эмоции.

«Когда появляется какая-нибудь новая непривычная одежда, нет более ярых её хулителей, чем представители конформного типа. Но как только их среда осваивает эту моду, скажем брюки или юбки соответствующей длины и ширины, так они сами облачаются в такую же одежду, забывая о том, что говорили о ней два-три года назад». «Хотя адаптация в новой среде у них в первое время протекает тяжело, но когда она осуществилась, новая среда становится таким же диктатором поведения, как раньше была прежняя» [Личко, 1983, с. 178].

Увеличение стандартности восприятий, ассоциаций, сопоставлений, образов (1-я общая особенность) необходимо влечёт за собой и увеличение стандартности сопровождающих их эмоциональных процессов. А увеличение стандартности в области моторной деятельности (3-я общая особенность) и её планировании необходимо влечёт за собой увеличение стандартности и эмоциональных процессов, сопро-

вождающих планирование и формирование моторной деятельности. В результате и в целом эмоции человека становятся по качеству в жизненном плане весьма стандартными,

«Конформистской психике мало свойственны чувства вины, симпатии, сопереживания, как, впрочем, и чувства злости, ненависти. Вообще, эмоциональная жизнь при этом обеднена» [Короленко, Дмитриева, 2000, с. 392]. *«Свойственное конформным личностям общинное сознание исключает персональную ответственность, вину и раскаяние. Ближе им зависть и подозрительное отношение ко всему, выходящему за рамки привычной серости и стандарта»* [Воронков, 2017, с. 210]. Но у них выражено чувство личной неполноценности и неудачи; им не хватает веры в себя (Кратчфилд) [Кон, 1967, с. 92]. В основе конформного типа лежит «боязнь “выделиться”, быть не таким как все» [Адорно, 1993, с. 80]. «Для них очень важно ощущение похожести на многих, принадлежности к большинству» [Воронков, 2017, с. 209].

в динамике же (как следствие из 2-й и 4-й общих особенностей) эмоции в очень большой мере обусловлены текущей ситуацией.

Для конформных «характерна большая эмоциональная скованность» (Кратчфилд) [Кон, 1967, с. 92]. «Критическое отношение к “авторитетам” сопровождается чувством вины и страха перед наказанием», а «конформистское поведение приносит им чувство радости и спокойствия» [Короленко, Дмитриева, 2000, с. 390—391]. И как следствие «большой частью это люди... родственные маниакальному темпераменту» [Bleuler, 1920, с. 502]. Среди утверждений, характеризующих конформный тип, в тесте ПДО [Патохарактерологический..., 1976, с. 13, 15, 17, 31] и в тесте у А.С. Прутченкова, А.А. Сиялова [1994, с. 7, 12] имеется такой: «Моё настроение обычно такое же, как у окружающих меня людей».

Из 4-й общей особенности вытекает достаточно высокая энергичность и целеустремленность этих людей при осуществлении привычной деятельности.

«Большой частью это люди активной натуры» [Bleuler, 1920, с. 502]. *«В их труде мало творчества, но там, где достаточно трудолюбия, они делают полезное дело. Они не становятся первооткрывателями, но по проторенным дорогам с успехом переносят тяжёлый груз»* [Эрдман, 1974, с. 15]. *«Бытовая активность (мужская, женская) обычно хорошая, работают, если осваивают профессию, хорошо»* [Миненков и др., 2018, с. 271]. В стимулирующем окружении такой человек «может быть очень трудолюбивым и исполнительным, творчески и изобретательно выполнять всё, что ему поручено» [Прутченков, Сиялов, 1994, с. 43—44]. Конформные подростки «вместе со всеми активно участвуют в общественной классной работе и с тем же энтузиазмом — в травле сверстников, непохожих на большинство» [Воронков, 2017, с. 209].

А с учётом и 2-й общей особенности следует ожидать и достаточно высокой энергичности и успешности мыслительной и речевой деятельности и общения в привычных ситуациях.

Конформные личности легко устанавливают контакты с людьми [Прутченков, Сиялов, 1994, с. 43] (хотя конформность «не всегда сопровождается усиленными поисками контактов с людьми» [Леонгард, 1997, с. 233]), в целом обладают «большим или меньшим даром речи»; «в известных отношениях они являются психологами по инстинкту и могут поэтому отлично “plenять” людей» [Bleuler, 1920, с. 503]. Они «нередко обладают достаточным внешним лоском и самоуверенностью, с которой держатся в обществе» [Гиляровский, 1935, с. 610]. Их низкий интеллектуальный уровень маскируется внешне кажущейся хорошей, но построенной на шаблонах, заученной фразеологии речью [Блейхер, Крук, 1996, т. 2, с. 275].

Люди с неясными понятиями (когнитивно-конформный тип)

Будем же верить, если не можем уразуметь.

*Аврелий. Августин
(Блаженныи) (354—430),
христианский богослов и философ*

В этом разделе проведём обсуждение следствий из 1-й общей особенности и в одном пункте из 2-й. По 1-й общей особенности весь новый интеллектуальный материал усваивается такими людьми на фоне резкого ограничения нестандартного (не ставшего привычным) и формального, и семантического, и смыслового внутреннего анализа как в связи с ранее усвоенным умственным багажом (апперцептивной массой), так и внутри непосредственно сейчас усваиваемого объема материала. Этот нестандартный внутренний анализ у усваивающего материала лица ограничен не только мотивационно, например, недостатком времени (как это, например, часто бывает у студентов, особенно перед экзаменом), или внешним либо внутренним эмоциональным давлением (например, стрессовой ситуацией, или страхом, или депрессией), а прежде всего малым количеством возникающих в процессе усвоения материала нестандартных внутренних вопросов и ассоциаций, сопоставлений с ранее уже усвоенным и внутри непосредственно сейчас усваиваемого.

Конформные «в целом отрицательно относятся к юмору» [Короленко, Дмитриева, 2000, с. 391], у них имеет место непонимание иронии, затрудненное понимание переносного смысла пословиц [Волков, 2004, с. 262].

Причём и при повторном возвращении к этому интеллектуальному материалу внутренний анализ его по-прежнему остается крайне ограничен-

ным. Поэтому те стороны работы с интеллектуальным материалом, для которых необходим сколько-нибудь серьёзный самостоятельный анализ, оказываются для таких лиц малодоступными.

«Конформность сочетается с поразительной некритичностью» [Личко, 1983, с. 179]. Б.В. Воронков видит «истоки конформности в том, что в основе ментальности и поведения конформных личностей лежит... некритичность, то есть неспособность к самостоятельному мышлению». «Консерватизм, банальность и пр. являются производными некритичности». Дефект психики конформных является «не столько свою слабость, сколько серость, бескрылость, отсутствие оригинального мышления и творческого потенциала. Не будучи формально умственно отсталыми, конформные личности в силу природно-генетических причин неспособны к критическому анализу, сопоставлению позиций, взвешиванию аргументации, выработке собственного суждения и в итоге — поиску истины». «Глупость отличается от конформности тем, что глупец может прийти к своему ничтожному суждению в процессе вполне самостоятельных размышлений. Конформный же находится в пленах избитых истин или архитипических и даже дремучих установок и представлений потому, что их разделяет большинство» [2017, с. 207—208]. Конформный человек «больше обращен в сторону восприятий, чем представлений»; «всё, поступающее извне, не подвергается особому анализу». Во время путешествий он нацелен «прежде всего на занимательные переживания, а вовсе не на то, чтобы обогатить свои знания и свой внутренний мир впечатлениями нового» [Леонгард, 1997, с. 231]. Он достаточно бездумно принимает всё, что ему предлагается объективной действительностью [там же, с. 511].

Но у них не будут страдать стороны работы с интеллектуальным материалом, которые не связаны с самостоятельным внутренним анализом (и даже по 2-й общей особенности они будут весьма успешны).

Конформные люди «лучше заучивают готовые рецепты, чем осмысливают их принципы и идеи» [Эрдман, 1974, с. 15]. У конформных подростков при общении «всё усваивается на чрезвычайно поверхности-

ном уровне и главным образом для того, чтобы тут же передать другим. Полученные сведения легко забываются, в их подлинный смысл обычно не вникают и каких-либо выводов из них не делается» [Личко, 1983, с. 44].

А поскольку разделение близких понятий — не повторение прочитанных или услышанных определений и формулировок, а внутреннее семантическое и смысловое осознание и понимание разницы между близкими понятиями — без самостоятельного и достаточно многостороннего анализа материала невозможно¹, то у таких лиц будут возникать существенные трудности в разделении близких понятий и соответственно в чёткости всех отдельных понятий. Границы понятий будут размыты.

¹ Как писал великий И.В. Гёте [1964], «все воистину мудрые мысли были обдуманы уже тысячи раз, но чтобы они стали по-настоящему нашими, нужно честно обдумывать их ещё и ещё, пока они не укоренятся в вашем мозгу». С.Л. Рубинштейн [1946, с. 10] подчеркивает: «Для того чтобы осознать, или сознательно усвоить, то или иное положение, надо осознать те связи, которые его обосновывают». Ж. Пиаже [1986, с. 233—234] отмечает: «Для того чтобы познавать объекты, субъект должен действовать с ними и поэтому трансформировать их: он должен перемещать их, связывать, комбинировать, удалять и вновь возвращать»; «познание постоянно связано с действиями или операциями, т.е. с трансформациями». А Л.И. Божович обобщает педагогические данные так: «Усваивая знания, школьник учится процессу образования понятий, т.е. овладевает умением строить обобщения не по сходным признакам (какой бы мерой общности они не обладали), а на основе выделения существенных связей и отношений». «Овладевая понятием, школьник овладевает не только «абстрактной всеобщностью», но и тем «сгустком утверждающих суждений», который в нем заключен. Он овладевает умением развернуть эти суждения, переходить от понятия к понятию, т.е. рассуждать в собственно теоретическом плане». «Выработка понятий требует от школьника активности, направленной на решение поставленной перед ним учебной задачи; иначе говоря, этот процесс в известном смысле является творческим. Усвоение знаний в школе потому и способствует образованию понятий и развитию теоретического мышления, что требует от школьника анализа причин соответствующих явлений, понимания закономерностей, которые их связывают, а также осознания тех способов мышления, которые приводят его к правильным выводам» [1979, с. 26]. Хотя, отметим, что некоторым учащимся удается минимизировать творческий компонент обучения.

E. Bleuler пишет, что «нужно отделить затруднения в речи от затруднений в понятиях» [1920, с. 54]; причём конформные личности «вовсе не так бедны ассоциациями и тем не менее образуют неясные понятия»: данное понятие или идея определяется таким человеком то так, то эдак, причём он не замечает этой несогласованности [там же, с. 502].

Поэтому у них будет иметь место расплывчатый, как бы туманный характер всей вербально-понятийной сферы — размытость границ между всеми составляющими её элементами, при относительно нормальном состоянии привычных механизмов оперирования усвоенными понятийными формами.

Конформные обладают хотя и хорошей, но не очень точной памятью. «Если точнее присмотреться к их устным и печатным произведениям, можно там обнаружить повторение чужих идей в новом расположении и туманное их развитие» [Bleuler, 1920, с. 503].

Аналогично у них следует предполагать большую или меньшую нечёткость различия близких значений и при иных, помимо слов и понятий, типах их носителей, таких как образы, так называемые «жизетические понятия», знаки и знаковые системы, отличные от естественных языков (схемы, карты, формулы, чертежи, системы символов, «языки» искусства). А неспособность самостоятельно ориентироваться в связях новых понятий и вновь наблюдаемых явлений со старыми и в новых отношениях старых понятий и прежде наблюдавшихся явлений

Конформные недостаточно оценивают ситуацию. У них наблюдается слабость абстрактного обобщения [Волков, 2004, с. 262].

порождает у таких людей в оценке нестандартных ситуаций привычное доверие к мнению окружающих больше, чем к себе. То есть это конформисты по природе (точнее по типу функционирования психики).

Конформный «подросток как бы утрачивает своё личностное отношение к миру, его суждения и оценки окружающего мира пол-

ностью совпадают с мнением тех людей, с которыми он общается в данный момент. Причём он не выделяется, не навязывает своё личное мнение, а просто представляет «массу», которая согласна с лидером» [Прутченков, Сиялов, 1994, с. 42]. Если во время дискуссии в классе такой «подросток будет говорить последним, то он скорее всего повторит точку зрения одного из лидеров своей группы» [там же, с. 44]. «Всё, что говорится в привычном для них окружении, всё, что они узнают через привычный для них канал информации, — это для них и естьстина. И если через этот же канал начинают поступать сведения, явно не соответствующие действительности, они по-прежнему долго принимают их за чистую монету» [Личко, 1983, с. 179]. Конформные «отличаются доверчивостью и повышенной внушаемостью» [Миненков и др., 2018, с. 274]. «Главная черта этого типа — постоянная и чрезмерная конформность к своему непосредственному и привычному окружению»; «подчинение индивидуума мнению группы в противоположность независимости и самостоятельности» «постоянно выявляется, будучи самой устойчивой чертой» [Личко, 1983, с. 178]. А по Е.И. Ефременковой, их «главной отличительной чертой является утрированная конформность к своему окружению» [1972, с. 80]. В жизни конформный человек хочет чувствовать себя «звеном единой цепи» [Шевцова, 2012, с. 402]. Соответственно у них «мышление движется в застывших категориях групп “своих” и “чужих”» [Адорно, 2001, с. 278]. При обследовании, задавая конформному вопросы, «нужно очень следить за собой, чтобы не дать обследуемому почувствовать, какого ответа от него ждут», иначе он просто ответит в соответствии с ожиданием [Леонгард, 1997, с. 70].

Поэтому у таких людей в построении сферы значений с детства преимущественную роль играет получение готовых значений извне. В результате сфера значений приобретает весьма стандартизованный, сравнительно малоиндивидуальный, т.е. социально-групповой, характер (с учётом, конечно, социально-культурных, профессионально-образовательных, половозрастных и других групповых и национальных особенностей). Ещё больше у таких лиц снижено смысловое понима-

ние интеллектуального материала: понимание для себя (а не для того, чтобы изложить другим), включение его в ценностный мир. Поэтому восприятие смысла и система ценностей у них неизбежно должны оказываться заимствованными извне и мало связанными с интеллектуальной деятельностью.

Конформным подросткам «свойственна жажда получения новой легкой информации, не требующей никакой критической интеллектуальной переработки, а также потребность во множестве поверхностных контактов, позволяющая этой информацией обмениваться» [Личко, 1983, с. 44]. Конформный тип — это «прежде всего принятие общих шаблонных ценностей. Super-ego так и не установилось достаточноочно прочно, и личность находится в целом под влиянием его внешних представлений» [Адорно, 1993, с. 80]. Причём конформными «предпочтение отдается простым, воздействующим не на разум, а на чувства лозунгам и призывам» [Воронков, 2017, с. 210]. Их психика «представляет стереотипы, приходящие извне, но интегрированные внутри личности в общую согласованную структуру. У женщин особо проявляются изящество и женственность, у мужчин — стремление быть “настоящим” мужчиной». У конформных «существует антагонизм между предрассудками и опытом; их предрассудок “нерационален”, равно как и слабо связан с их собственными тревогами, но в то же время, по крайней мере внешне, он не выражен подробно, по причине характерного отсутствия сильных импульсов, благодаря полному восприятию ценностей цивилизации и “благопристойности”» [Адорно, 1993, с. 82]. У конформных «вместо мировоззрения часто “жестейские взгляды”. Они не интересуются “высокими материями”» [Миненков и др., 2018, с. 271]. Их «личные установки и бытовые ценности тяготеют к обыденности, нетерпимости ко всяkim “отклонениям от нормы”» (D.K. Kreech, R.S. Krutschfield с соавт., 1962) [Ефременкова, 1972, с. 80].

И источниками системы ценностей у таких лиц становятся во внутреннем мире не нравственные поиски, а биологические и психические потребности и желания.

У конформных круг интересов «обычно сужен, сами интересы, как и суждения, отличаются примитивностью, “заземлённостью”» [Миненков и др., 2018, с. 271].

Что влечёт за собой снижение привязанности, искренности и других высших составляющих в отношениях с другими людьми.

У конформных подростков «дружеские отношения очень непостоянны, зависят от складывающейся ситуации» [Прутченков, Сиялов, 1994, с. 43]. Контакт и знакомства предпочтитаются такие же легкие, как и сама поглощаемая в процессе общения информация [Личко, 1983, с. 44], «межличностные отношения поверхностны» [Короленко, Дмитриева, 2000, с. 392]. «Они подчёркивают..., что им важен не один близкий друг, а “дружный хороший коллектив”, под которым они, кстати, подразумевают стабильное окружение с устоявшимися обычаями и отношениями» [Ефременкова, 1972, с. 82]. При поклонении популярному кумиру никакого настоящего (объектного) внимания к нему «они проявлять не будут: им интересен не сам кумир, а лишь факт причастности к тусовке фанатов» [Чибисов, 2018, с. 168].

Во внешнем же мире источниками системы ценностей у них становятся не интеллектуальные источники (за исключением привычных интеллектуальных штампов)

«В жизни они любят руководствоваться ходячими сентенциями и в трудных ситуациях склонны в них искать утешения (“утраченного не воротишь” и т.п.)» [Личко, 1983, с. 178]. «В сфере межличностных отношений им свойственна повышенная восприимчивость к ходячим мнениям» (D.K. Kreech, R.S. Krutschfield с соавт., 1962) [Ефременкова, 1972, с. 80]). Конформные подростки «склонны руководствоваться общепринятыми мнениями, обыденными суждениями»; «при неурядицах ищут утешения в сентенции, что при “неудачах нельзя отчаиваться”»; отмечают, «что “родителей надо уважать, даже если хранишь на них в сердце обиды”, “половым

вопросам не следует преддавать большого значения” и т.п.» [там же, с. 82]. «*Их речь изобилует трафаретными фразами и бюрократическими штампами*» [Старшенбаум, 2017, с. 149],

а мнения, оценки и пример непосредственного окружения и авторитетов.

Конформные «подростки привязываются к группе сверстников и безоговорочно принимают систему её ценностей, какими бы эти ценности ни были, без всякой критики. Поэтому их ближайшее будущее во многом определяется характером и направленностью группы, в которую они входят в данный момент» [Протченков, Сиялов, 1994, с. 42]. «*Конформист безгранично разделяет авторитетную точку зрения*» [Старшенбаум, 2017, с. 149]. У него повышена озабоченность мнением о нём других людей (Кратчфилд) [Кон, 1967, с. 92]. Если коллектив относится к конформному, как к последней шестёрке, то и он сам будет искренне считать себя человеком второго сорта [Чибисов, 2018, с. 163]. И он «*вполне может разочароваться в своём партнёре, если его выбор не одобряется ближайшим окружением*»¹ [Чибисов, 2018, с. 164]. «*Предрассудки у них проявляются в особом смысле: они перенимают ходячие суждения от других, не затрудняясь самостоятельно вникнуть в суть дела. Их предрассудки “разумеются сами собой”, возможно “подсознательны” и даже неизвестны самим субъектам. Они артикулируются лишь при определённых условиях*» [Адорно, 1993, с. 82]. Соответственно чем общество в целом религиознее, тем больше верующих среди представителей этого типа [Миненков и др., 2018, с. 274].

В наше время в число авторитетов входят и средства массовой информации, почитаемые авторитетными в непосредственном окружении таких людей.

Главными в жизни конформных «считываются “общепринятые”, трафаретные ценности, рекламируемые средствами массовой информации» [Короленко, Дмитриева, 2000, с. 391]. «*Такой чело-*

¹ Яркий пример — майский жук из сказки Г.-Х. Андерсона «Дюймовочка».

век обезличен, стандартизирован современным потребительским обществом, пассивен и легко становится объектом манипулирования» [Воронков, 2017, с. 208]. Для него «любое сообщение, последовавшее в категорическом тоне... — бесспорный факт, даже в том случае, когда достаточно хотя бы немного задуматься и сопоставить факты, чтобы возникли сомнения в достоверности информации» [Леонгард, 1997, с. 232].

Конечно, относительный удельный вес отдельных индивидуальных авторитетов («больших» авторитетов) и общей массы непосредственного окружения (множества «малых» авторитетов) будет у разных лиц такого типа и в разные периоды их жизни существенно различаться и изменяться.

Мнения конформных «не отличаются стойкостью, поскольку внутренне не перерабатываются. Поэтому новое сообщение, заключающее иное освещение фактов, легко может всё опрокинуть в их сознании» [Леонгард, 1997, с. 232]. Ценности конформного быстро меняются, как только он попадает в другой коллектив. Как гипертим скачет от проекта к проекту, так и конформного кидает от одного мнения к другому. В его психике нет устойчивых ценных объектов, «нет стабилизирующих внутренних авторитетов, т.е. ни один авторитетный объект не является по-настоящему авторитетным, ценным» [Чибисов, 2018, с. 163]. «Конформные личности становятся участниками коллективных психозов и заблуждений. Описанные старыми авторами индуцированные психические эпидемии только зарождались среди истероидов, параноиков, эпилептиков, а распространялись именно в конформной среде» [Воронков, 2017, с. 208].

Идеологические же явления (сами по себе, вне бытового непосредственного окружения этих людей или подражания и послушания признаваемым ими авторитетам) остаются для таких людей чисто внешними и используются либо пассивно — в целях приспособления, даже маскировки, либо активно — в корыстно-утилитарных целях.

Конформное лицо может «держать политические речи», однако быть глубочайшим образом убеждённым, что единственная цель «дурачить народ» [Bleuler, 1920, с. 504].

Кроме того, трудности у этих людей в самостоятельном мышлении влекут за собой значительное ослабление самокритичности. Отмечается, что «рефлексия в дошкольном возрасте проявляется как составная часть творческого воображения» [Дорофеева, 2008, с. 238]. А учитывая у этих людей дефицит с детства творческого начала и в силу непрерывности в течение жизни процесса развития рефлексии, следует ожидать дефицита рефлексии и у взрослых.

«Представление у них о себе более поверхностное и менее реальное, чем у людей независимых» (D.K. Kreech, R.S. Krutschfield с соавт., 1962) [Ефременкова, 1972, с. 80]. «Такой человек уходит от контакта с самим собой, не пытается узнать правду о себе, у него мало выражено самосознание» [Короленко, Дмитриева, 2000, с. 390—391]. Сами они, как правило, не страдают от своей интеллектуальной неполноценности и не замечают её [Эрдман, 1974, с. 17]. В ситуации, когда конформный человек занимает достаточное положение в группе, чтобы окружить себя зависимыми людьми, встречается следующий специфический вид развития личности. «Поощряемый и активируемый подобострастным отношением окружающих, при отсутствии самоконтроля, он позволяет себе творческие опыты, чаще всего литературные или ораторские. Излагая избитые истинды или рассуждая “по общим вопросам”, такой человек «удивляется, почему его творчество, встречающее восторженный прием в первичной группе, не выходит за пределы аудитории и игнорируется в других общественных группах. Ситуация становится травмирующей и способствует появлению эмоционального напряжения, иногда с развитием паранойяльного отношения к окружающему. В других случаях внутреннего разлада не возникает» и конформная личность «продолжает творить в состоянии самодовольного благодушия и непрекращающей уверенности в своих способностях, не замечая равнодушного, а то и иронического отношения» [там же, с. 16].

Люди с неясной деятельностью (поведенчески-конформный тип)

Одним из самых обычных и ведущих к самым большим бедствиям соблазнов есть соблазн словами: «Все так делают».

*Л.Н. Толстой (1828—1910),
русский писатель*

Аналогично предыдущему разделу проведём обсуждение следствий из 3-й общей особенности, согласно которой у таких лиц будет повышена стандартность моторной деятельности, а также затруднена нестандартная текущая её коррекция. Это, как упоминалось выше, выливается в повышение стандартности психического обеспечения моторной деятельности, включая её планирование и коррекцию. В результате будут затруднены самостоятельные аспекты всего, что связано с моторной деятельностью, включая построение и анализ планов деятельности; будут резко ограничены умственный просмотр их нестандартных вариантов, гибкая нестандартная текущая коррекция. И те стороны осуществления и планирования моторной деятельности, для которых необходим самостоятельный анализ вариантов её планов, оказываются для таких лиц малодоступными. В частности, будет затруднено самостоятельное сравнение близких вариантов деятельности. Как следствие у таких лиц будет нарушено различение значимости близких вариантов деятельности, понимание смысловой разницы между ними. То есть будут размыты границы между вариантами деятельности, вариантами символических действий, социальных норм и ролей. Поэтому во всем, что касается планов деятельности и новых образцов деятельности, они будут окружению и авторитетам доверять больше, чем себе.

Поведение конформных подростков «определяется той подростковой группой, к которой они принадлежат» [Личко, 1974, с. 97]. Своей группой они «воспринимаются как бесцветные, малоинтересные ребята, которые готовы слушаться других и мало что способны предложить сами» [Прутченков, Сиялов, 1994, с. 43]. Одной из отличительных черт лиц конформного типа «является их большая внушаемость, их постоянная готовность подчиняться голосу большинства, “общественному мнению”» [Ганнушкин, 1964, с. 167]. Им свойственна склонность к подражанию. Из них «в первую очередь создается “толпа”, управляемая только императивными жестами вожака» [Эрдман, 1974, с. 16]. Отношение преподавателя конформного типа к воспитанникам зависит целиком от установок начальства, может быть как жестоким, так и попустительным [Шевцова, 2012, с. 402—403]. Попав в среду, где одобряется домашнее насилие, конформный без колебаний и сомнений превращается в бытового садиста похлеще эпилептоида [Чибисов, 2018, с. 164].

Из-за этого у них в построении сфер значений и смыслов, связанных с деятельностью, с детства преимущественную роль играет получение готовых значений и смыслов извне. Поэтому эти сферы приобретает весьма стандартизованный, социально-групповой характер.

«Конформисты лишены индивидуальности, стереотипны и предсказуемы в своих действиях. Такой образ жизни для них естественный и единственно возможный; людей, действующих по-другому, они не понимают или считают их психически неполноценными» [Короленко, Дмитриева, 2000, с. 391]. «Заискрывание перед статусом и богатством является социально одобряемым поведением», также как пресмыкательство и лизоблюдство, поэтому свойственны конформным [Чибисов, 2018, с. 167]. Они «обычно не создают и не ввязываются в конфликты, а скорее наоборот — избегают их» [Миненков и др., 2018, с. 273]. Конформные подростки в своей группе «не являются источником конфликтов или раздоров, так как принимают стиль жизни группы без всякого критического осмысления, ими удобно командовать» [Прутченков, Сиялов, 1994, с. 43].

И раз у них нарушено понимание смысловой разницы между близкими вариантами деятельности (то есть нарушено понимание подлинного смысла деятельности), то будут затруднения в самостоятельной оптимизации планов, программ деятельности, включая оптимизацию отдельных моторных действий. (В частности, для них будут малодоступны спортивные вершины в единоборствах и в игровых видах спорта.)

Конфликтогенной для конформных лиц является «ситуация освоения новых видов деятельности без образцов или лидеров» [Прутченков, Сиялов, 1994, с. 44]. Своеобразное неустойчивое поведение иногда развивается у конформных личностей в ситуациях, когда такой человек «не получает сверху достаточно чётких и категорических указаний, субъективно освобождающих его от персональной ответственности. Вынужденный выбирать направление деятельности и принимать решения самостоятельно, при невозможности получить санкцию свыше, он пытается использовать советы окружающих. Однако он не в состоянии оценить предлагаемые варианты и чаще следует рекомендациям “последнего посетителя” до тех пор, пока новое внешнее воздействие не изменит направление его деятельности» [Эрдман, 1974, с. 17].

Снижение смыслового понимания всего, что связано с деятельностью, влечёт затруднения и снижение самостоятельности в целеобразовании. Поэтому источниками побудительных мотивов, планов и целей таких лиц во внутреннем мире являются биологические и психические побуждения момента, инстинкты и потребности,

Конформные личности «очень непостоянны в своих желаниях и поступках» [Bleuler, 1920, с. 502]. Такой человек «постоянно ищет новых переживаний, любит ходить в кино, смотреть телевизионные передачи. Он отлично чувствует себя в оживленном обществе, где получает сразу множество впечатлений и богатую информацию, и с удовольствием проводит время с приятелем, болтая о том о сём. Среди любимых занятий таких людей следует отме-

тить спорт, в котором они либо активно участвуют сами, либо с увлечением отдаются спортивному зрелищу» [Леонгард, 1997, с. 231]. Конформным подросткам часто свойственны «многочасовая пустая болтовня со случайными приятелями, глазение на всё происходящее вокруг, детективно-приключенческие фильмы, ...многие часы перед телевизором», занимающие время и место обычных подростковых увлечений [Личко, 1983, с. 44].

а также усвоенное понимание долга.

Лица конформного типа благопристойны, «предпочитают узаконенные шаблоны поведения личной инициативе. В критических ситуациях, когда шаблонное поведение оказывается негодным, они подражают и следуют за теми, кто производит впечатление законной власти» [Эрдман, 1974, с. 15]. Конформные личности, как и неустойчивые, — это люди среды; но неустойчивые «идут за ярким примером этой среды, за “пороком”», тогда как конформные, «напротив, — за благонравием» [Ганнушкин, 1964, с. 167].

Во внешнем же мире источниками побудительных мотивов, планов, целей и понимания долга являются, главным образом, пример непосредственного окружения и подражание авторитетам (включая средства массовой информации).

Конформные подростки охотно принимают чужое лидерство [Личко, 1993, с. 8], не стремятся первенствовать среди друзей, подражают тем, кого считают лидерами [Прутченков, Сиялов, 1994, с. 43]. Но не стоит отождествлять конформный тип с желанием подчиняться; он готов играть любую роль, одобряемую окружением. А встраивается в новую роль он с помощью наблюдения и подражания. Посадите такого человека «в директорское кресло и продемонстрируйте потребность в сильной руке. Нехотя, неумело, с вашей помощью», но конформный «освоит и эту роль. Главное стоять за спиной, одобрять и подсказывать. Относительно безопасный способ буферного контроля бюджетных организаций

или умирающих заводов. Только проследите, чтобы в ваше отсутствие за спиной нового начальника не скучковались посторонние» [Чибисов, 2018, с. 164].

Целеполагание у таких лиц носит не персонально-личностный характер, а является лишь обобщением и индивидуализацией наблюдаемых ими целей у своего окружения и авторитетов и целей, пропагандируемых окружением и авторитетами.

«В учебе конформный тип проявляет себя так же, как и во всем остальном. Если его окружение, группа, в которую он входит, учится хорошо, то и он будет прикладывать усилия, чтобы не отставать от своих друзей. Если же группа пренебрегает учебой, прогуливает уроки, то и он будет вести себя так же. Это не дает ему возможности полностью раскрыть все свои способности» [Прутченков, Сиялов, 1994, с. 43]. Конформный «чувствителен к общественному мнению и стремится внешне соответствовать моде, внешне соблюдать нормы, внешне походить на кумира» [Чибисов, 2018, с. 261]. У представителей этого типа «чаще всего нет социального роста, продвижения по службе, да это их практически и не волнует в силу недостаточно развитого честолюбия» [Миненков и др., 2018, с. 271—272]. А «увлечения конформного подростка целиком определяются его группой и модой времени» [Личко, 1983, с. 180].

Жизненный путь конституционально конформных

От ума до рассудка гораздо дальше,
чем полагают.

*Наполеон Бонапарт
(1769—1821), французский
полководец и император*

Суммируя выводы о внешних источниках побудительных мотивов, целей и системы ценностей у таких лиц, можно прийти к заключению, что жизнь свою они будут строить, ориентируясь на непосредственное окружение с модифицирующим влиянием индивидуальных авторитетов.

Конформным свойственно активное стремление «всегда быть в соответствии со своим окружением». «Это люди своей среды. Их главное качество, главное жизненное правило — жить “как все”, думать, поступать “как все”, стараться, чтобы всё у них было “как у всех” — от одежды и домашней обстановки до мировоззрения и суждений по животрепещущим вопросам. Но под “всеми” всегда подразумевается привычное непосредственное окружение. От него они не хотят ни в чем отстать, но и не любят выделяться» [Личко, 1983, с. 178]. «Эти люди “плывут по течению”, слепо подчиняются своей среде» (T. Ribot, 1890) [там же, с. 177]. Они «продукты своей среды, своего окружения. За них действует и думает общество. Совершенствование у них ограничивается подражанием и приспособлением к среде по пути наименьшего сопротивления» (T. Ribot, 1892) [Ефременкова, 1972, с. 79]. «Это люди, целиком находящиеся под контролем общественного мнения и руководящих указаний». «В подавляющем большинстве они не жалуются на судьбу и не мешают окружающим» [Эрдман, 1974, с. 15]. Поговаривают,

что отдельные манипуляторы достигали феноменальных успехов на поприще умелой демонстрации на глазах конформного человека одобрения коллективом нужных им действий: в результате конформные работали «на них за спасибо, не требуя ни зарплат, ни пенсий» [Чибисов, 2018, с. 165]. При психологическом (психиатрическом) исследовании таких людей зачисление себя в категорию конформных они «отнюдь не считают для себя постыдным» [Леонгард, 1997, с. 69]. У них «предрассудки, очевидно, не выполняют решающей функции во внутрисоциальном устройстве индивидов, а являются лишь средствами внешней идентификации с группой, к которой они принадлежат или хотели бы принадлежать» [Адорно, 1993, с. 82]. Они адаптируются «в условиях, когда жизнь не требует большой личной инициативы, когда можно плыть по руслу, проложенному привычным окружением». «И в эпоху социальных катаклизмов конформные начинают вести себя так, как многие из привычного окружения, — например, проявлять безудержную агрессивность» [Личко, 1993, с. 11]. И тогда они «массово копируют героический паттерн и высвобождают деструктивную энергию: идут громить, резать, воевать, бунтовать» [Чибисов, 2018, с. 169].

И всё это будет проявляться с детства.

«Конформность нередко проявляется уже в детском возрасте. Ребёнок согласен со всем, что ему предлагает ближайшее окружение (семья, сверстники, воспитатели), приспосабливается к нему, утрачивая своё личностное отношение к миру» [Большунова, 2012, с. 144]. «В детстве конформные обычно открыты, общительны, уступчивы, послушны и незаметны, бесцветны и посредственны. Им нечем обратить на себя внимание» [Воронков, 2017, с. 208]. Им свойственна «почти полная зависимость от малой группы (семьи, компаний), в которую они входят в данный момент» [Прутченков, Сиялов, 1994, с. 42]. «Опекаемое взрослыми детство не дает никаких чрезмерных нагрузок для конформного типа. Возможно, поэтому только с подросткового возраста черты конформной акцептуации начинают бросаться в глаза. Все подростковые поведенческие

реакции у таких подростков проходят под знаком конформности» [Личко, 1983, с. 179]. «Сформированные в раннем детстве конформистские механизмы способствуют восприятию авторитетных фигур (к которым относят в рамках конформизма лиц, находящихся на высших ступенях иерархической лестницы) в качестве замены родителей. Послушание расценивается как одна из основных добродетелей, воспитанных в детстве» [Короленко, Дмитриева, 2000, с. 390].

Причём всегда доминирующим будет влияние авторитета (авторитетов) данного момента.

Если врач (а врач — всегда авторитет) даёт ему какой-нибудь совет или врачебную рекомендацию, то конформный «сразу готов всему последовать» [Леонгард, 1997, с. 70]. Конформный «может быть послушным исполнителем чужой воли как в трудовом коллективе, так и в религиозной секте или преступной группировке. Попав под влияние собутыльников, такой человек легко спивается и втягивается в групповые правонарушения» [Старшенбаум, 2017, с. 149]. Конформные «меняют свои взгляды под влиянием сильной личности» [Егидес, 2002, с. 145], «склонны к культу вождей и предубеждению в отношении любых меньшинств» [Воронков, 2017, с. 210]. «За них желает и действует кто-нибудь другой, а за неимением этого другого — общественная среда. Они представляют собой не голос, а эхо, и становятся такими или иными, смотря по обстоятельствам» [Рибо, 1898, с. 415]. «Они легко перенимают формы поведения, принятые в их непосредственном окружении» [Александров, 1976, с. 82]. Например, конформные «осуждённые поддаются влиянию более сильных, старательно соблюдают все обычаи и ритуалы “тюремной” субкультуры. Попав в криминальную среду, такая личность усваивает все её обычай и привычки, манеры и правила поведения, как бы это всё ни противоречило предыдущему опыту» [Тарасова, 2016, с. 25].

Хотя на конкретные поступки будет также сильно влиять внешней реальности момента, без самостоятельного обдумывания этой реальности.

«События, привлекающие внимание в данный момент, легко становятся для таких людей <конформных> господствующими и приводят к поступкам, подсказываемым сугубо внешней ситуацией. Мысли, которые могли бы притормозить подобную необдуманность реакций, отсутствуют» [Леонгард, 1997, с. 232]. «Лишены собственной инициативы, в подростковой компании они “за компанию” курят, выпивают, хулиганят, “за компанию” же могут быть подбиты на побег из дома, наусыканы на расправу с чужаками, на участие в групповых правонарушениях» [Воронков, 2017, с. 209]. «Если в семье их воспитанию уделяется недостаточно внимания, если в силу тех или иных причин они оказываются в ситуации гипопеки или частичной безнадзорности, то они легко попадают в сферу влияния асоциальной группы». «Под влиянием факторов асоциальной среды конформная личность приобретает черты, благодаря которым в клиническом аспекте она становится практически неотличимой от ядерной психопатии неустойчивого типа, описанной П.Б. Ганнушиным» [Александров, 1976, с. 82].

Внутренние же ориентиры жизни таких людей будут в преобладающей мере носить психobiологический характер.

У конформных наблюдается тяга «к развлечениям, веселью в любых формах и при любых обстоятельствах», архаическое пренебрежение к ценности здоровья и жизни [Воронков, 2017, с. 212]. Они «обычно мало читают или не читают совсем. Ни о какой пробщённости к национальным и мировым культурным ценностям у них не может быть и речи» [Миненков и др., 2018, с. 272].

Факторами, подавляющими биологические импульсы, будут у таких людей главным образом влияние непосредственного окружения и индивидуальных авторитетов (начиная с родителей и воспитателей) и накопленная (на данный момент) сумма таких влияний — их жёсткое понимание долга, прав, обязанностей и усвоенные (на данный момент) представления об окружающем мире.

«Конформный обычно выполняет функции хранителя традиций, это ходячий устав, рупор “общественного мнения”» [Старшенбаум, 2017, с. 65], рупор своего окружения [Леонгард, 1997, с. 232]. Конформные «верят в абсолютные стандарты “правильного” и “неправильного”, нетерпимы к иным взглядам» [там же, с. 150]. Они «кодеваются по форме, ведут себя “как положено”» [там же, с. 149]. Паранойяльный вызывает у любого добропорядочного конформного «суеверный страх. Где это видано — обвинять лидеров в заговоре, бросать вызов обществу, собирать компромат на уважаемых эпилептоидов?» Поэтому паранойяльный «является идеальным пугалом, козлом отпущения» [Чибисов, 2018, с. 169]. «У людей с конформной акцентуацией характера — строгих, бескомпромиссных, упрямых, требовательных и морализующих — часто наблюдаются нереалистические установки в коммуникативной сфере. Они считают, что заставляют других делать только то, что “любой посчитал бы правильным”. При разочаровании в партнере испытывают обиду и гнев. На стадии влюбленности они могут не замечать “слабостей” партнера или ожидать его “исправления” в будущем. Затем начинают критиковать его, придиরаться, обвинять в упрямстве» [Леонгард, 1997, с. 149]. «Они не могут и не собираются приспосабливаться к партнеру, а требуют этого от него, обвиняют его в разрыве (“Лучше одиночество, чем мириться с недостатками партнера”)» [там же, с. 150]. Хотя и «могут быть хорошими семьянинами, любить детей, жену, но жена при этом говорит: “...он хороший муж..., всё дома делает и меня любит, и детей, но с ним неинтересно, не о чем толком поговорить”» [Миненков и др., 2018, с. 271]. Конформные, «будучи трудолюбивыми, не отказывающими в помощи, когда к ним обращаются, пользуются обычно хорошим к себе отношением со стороны окружающих» [там же, с. 273].

Но со временем, под влиянием изменений в текущем окружении, у них всё будет меняться: понимание и долга, и прав, и обязанностей, как и представления об окружающем мире.

Конформные совершенно не могут противостоять своему окружению [Личко, 1983, с. 178], «не имеют своей особой формы», их характеры «целиком приобретены. В них нет ничего врождённого, ничего похожего на призвание, природа создала их податливыми до крайности. Они являются исключительно продуктами обстоятельств, среды, воспитания, влияния людей и окружающих предметов» [Рибо, 1898, с. 415]. «Это характеры не индивидуальные, а видовые, профессиональные, это — бесчисленные копии с одного оригинала» [там же, с. 416]. «В хорошем окружении — это неплохие люди и исполнительные работники. Но, попав в дурную среду, они постепенно усваивают все её обычай и привычки, манеры и поведение, как бы это ни противоречило всему предыдущему в их жизни и как бы пагубно ни было» [Личко, 1983, с. 178].

В результате они внутренне и внешне не будут выделяться среди окружающих.

Конформные лишены каких-либо индивидуальных черт характера [Старшенбаум, 2017, с. 149]. «Случай решает вопрос о их профессии, о их женитьбе и обо всём остальном; затем, раз попав в колею, они живут точно так, как окружающие» [Рибо, 1898, с. 415—416]. «Раз захваченные обстоятельствами, они действуют как-то безотчётно» (Т. Рибо, 1897). «Основная черта конформных личностей как раз состоит в отсутствии индивидуальных характерологических особенностей» [Александров, 1976, с. 82]. И сами они считают, что ничем не отличаются от большинства людей и что в детстве ничем не отличались от сверстников [Ефременкова, 1972, с. 82].

Причём в силу сниженной ассоциативно-идейной и планирующей-моторной самостоятельности и оригинальности у них резко ограничивается самостоятельность выработки психологических защитных, компенсаторных и приспособительных механизмов (хотя копировать механизмы чужого поведения они будут хорошо). К этому добавляется

ещё, по 5-й общей особенности, снижение гибкости физиологической адаптации (включая стресс).

Для лиц конформного типа характерна склонность к беспокойству; «их отношения к другим людям характеризуются недоверчивостью и насторожённостью» (Кратчфилд) [Кон, 1967, с. 92]. Им свойственна «особая легкость, с которой возникает состояние растерянности в любой ситуации, отклоняющейся от привычных и заученных шаблонов, особенно если необычная ситуация таит реальную или мнимую угрозу». Они «не переносят изоляции от непосредственного привычного окружения. В одиночестве или среди людей, с которыми не удается наладить привычный контакт, их поведение выпадает из-под самоконтроля. Если не с кого брать пример и приходится решать вопросы, опираясь на собственные ресурсы, отвечая за принятное решение, и особенно планировать поведение на будущее, у них легко развиваются острые ситуационные реакции типа депрессии или параноида» [Эрдман, 1974, с. 16]. Они «быстрее других теряют голову и дают острые шоковые реакции (чаще всего это наблюдается во время неожиданных стихийных бедствий)». «В ситуациях, вызывающих массовое аффективное напряжение, у них развивается сужение сознания с утратой самоконтроля» [Эрдман, 1974, с. 16]. «Конформные индивидуумы составляют “опасную толпу” при массовых стихийных бедствиях и катастрофах» [Сыропятов, Дзеружинская, 2012, с. 368].

В силу снижения творческой составляющей использования защитно-приспособительных механизмов психobiологические импульсы у таких лиц будут под давлением микросоциального окружения и понимания долга тормозиться, вытесняться, общепринято преобразовываться, а не просто творчески маскироваться.

Для конформных характерны подавленные импульсы (Кратчфилд) [Кон, 1967, с. 92]. Если в подростковой «группе модно быть “храбрым”, они могут стать “храбрыми”» [Прутченков, Сиялов, 1994, с. 43].

Если же противостоящее социальное влияние и долг не столь сильны, чтобы затормозить или вытеснить психобиологическое побуждение, либо если влияния группы и долга, либо влияния двух групп, в которые человек входит, либо влияния двух психобиологических побуждений противостоят друг другу, то возникает раздвоенность.

Для подростков «конформного типа трудным для самооценки оказалось отношение к спиртным напиткам, к новому, к приключениям и риску, к опеке и наставлениям» [Личко и др., 1971, с. 143]. «Употребление спиртных напитков подростками общественным мнением осуждается, но они не в силах “нарушить компанию” в своей подростковой группе». «Рискованные приключения чужды конформности, но заманчивы для подросткового возраста. Опека и наставления тяготят подростков, хотя вполне приемлемы для конформной личности» [Ефременкова, 1972, с. 82].

При более сильном противостоянии психобиологических побуждений, социальных влияний, долга возникает внутренний конфликт.

Определить своё отношение к спиртным напиткам конформные подростки нередко вообще отказываются. Противоречие между личностными качествами, общепринятыми суждениями и обычаями подростковой среды является их слабым местом, ахиллесовой пятой [Ефременкова, 1972, с. 82]. Конфликтогенными ситуациями для конформного подростка являются: «ситуации прямого противоречия между мнениями двух групп, в которые подросток входит одновременно» [Прутченков, Сиялов, 1994, с. 44], «необходимость выбора в ситуации противоречия в группе или между двумя группами, к которым принадлежит подросток» [Большунова, 2012, с. 144]. «Отвергание же привычным окружением (из-за случайного нарушения какого-либо правила детского кодекса чести или неуспехов в спорте, учебе и т.п.) или ломка стереотипов (смена класса, школы, места жительства) могут оказаться

серьёзным психотравмирующим обстоятельством» [Воронков, 2017, с. 209]. «Невозможность следовать за “всеми” воспринимается как психическая травма. Но одна из самых тяжёлых психических травм, которая, по-видимому, для них существует, — это когда привычная подростковая группа почему-то изгоняет их» [Личко, 1983, с. 180]. Изгнание из группы, «положение отщепенца может вызвать тяжёлые реактивные состояния» [Личко, 1974, с. 96]. «Реакция эмансипации ярко проявляется только в том случае, если родители, педагоги, старшие отрывают конформного подростка от привычной ему среды сверстников, если они противодействуют его желанию быть “как все” его ровесники, перенять распространенные в его группе моды, увлечения, манеры, намерения» [Личко, 1983, с. 180].

Обсуждение конституционально конформного типа

Моё дело сказать правду, а не заставлять верить в неё.

*Жан-Жак Руссо (1712—1778),
французский писатель и философ*

Это слишком легко — присоединяться к большинству.

*Сенека (4 г. до н.э. — 65 г. н.э.),
«Письма к Луцилию»,
римский философ-стоик и поэт*

Итак, как мы видим, повышенное единообразие нейронного строения мозга должно влечь за собой формирование именно тех психических особенностей, которые отмечаются у людей с конформной акцентуацией. С этим положением вполне согласуется то, что к конформному типу «относится большинство лиц с лёгкой степенью дебильности, как это было отмечено Ганнушкиным, Блейлером и другими» [Ефременкова, 1972, с. 83]. Также наша гипотеза о причинах формирования конституционально конформного типа согласуется и с мнением Ганнушкина о том, что конформные «это — люди **врождённо** ограниченные, от **рождения** неумные» [1964, с. 166], и с мнением Bleuler, что «все они **неизлечимы**, однако в отдельных случаях поддаются ещё некоторому воспитанию» [1920, с. 509]. Как мы обосновываем, причиной повышенного единообразия нейронного строения мозга является конституциональная избыточность мощности функций, обеспечивающих иммунитет в период формирования мозга. Поэтому применение иммуномодулирующих препаратов, уже после того как закончились процессы формирования мозга (то есть тогда, когда уже собственно и можно диагности-

ровать конформный тип), для сглаживания проявлений конституциональной конформности уже ничего дать не может.

Несмотря на то, что конформный тип формируется как следствие определённого типа особенностей строения мозга, он ни в коем случае не относится к числу органических психопатий, обусловливаемых, по Личко, иного типа поражениями формирующегося мозга: под влиянием травм, инфекций, интоксикаций в пренатальный, натальный и ранний (первые 2—3 года жизни) постнатальный периоды («к этим вредностям относятся тяжёлые токсикозы беременности, родовые травмы, внутриутробные и ранние мозговые инфекции, нейроинтоксикации, тяжёлые длительные истощающие соматические заболевания с первых месяцев жизни и т.п.») [1983, с. 22, 25]. Хотя, как упоминалось, некоторые авторы сближают конформный тип с органическими психопатиями.

Конформный тип встречается в основном в форме акцентуаций характера; хотя у Bleuler [1920, с. 503] есть описание психопатического случая пациента в возрасте, но по крайней мере среди подростков, психопатий конформного типа, по мнению Личко [1983, с. 177], не наблюдается. Объяснить это можно так. Обычно о психопатии может идти речь тогда, когда из-за социальной дезадаптации человек либо сам приходит к психиатру, либо его приводят. И та и другая ситуация для лиц конформного типа, по крайней мере молодых, совершенно не характерна; первая — в силу сниженной самокритичности, вторая — потому, что главная цель этого типа — слиться с непосредственным окружением. (Видимо, поэтому О.В. Кербиков, признавая группу конформных, считал её чуждым «телом» по отношению к психопатическим личностям [1958, с. 1257].) Хотя в случае невозможности слиться с окружением такой человек и может попасть к психиатру, но он, скорее всего, будет уже идти под другим диагнозом, например, реактивного состояния или алкоголизма. К старости возможности адаптации к окружению часто существенно снижаются, но сам человек такого типа может уже этого и не замечать.

Выше мы рассматривали случай, когда повышение единобразия нейронных популяций примерно одинаково в обоих функциональных блоках: и когнитивного обеспечения, и психомоторного управления и контроля. Но могут быть ситуации, когда (в силу разных причин) степени

повышения единообразия нейронных популяций в этих двух функциональных блоках существенно различаются. Это будет обуславливать на уровне психики неодинаковую степень снижения нестандартности и инициативности в восприятии, памяти и мышлении, с одной стороны, и в моторной деятельности, её анализе и планировании, с другой. В частности, Bleuler смещал центр тяжести в описаниях типа к нарушениям в когнитивной сфере, о чём говорит уже используемое им название «больные с неясными понятиями» и то, что, по его словам, «к этой категории принадлежат некоторые удачливые плуты» [1920, с. 503], т.е. люди с достаточно гибким и точным поведением. Людей же с нарушениями преимущественно поведенческого регистра Bleuler выделяет в отдельную, хотя и близкородственную (с «переходом без резких границ»), группу под названием «относительное слабоумие». У них наблюдается «несоответствие между стремлением и пониманием. Это люди, ума которых хватает для обыкновенного положения в жизни, иногда даже для несколько более трудного; однако они слишком активны и берутся за то, чего не могут понять¹, и поэтому делают много глупостей и терпят неудачи в жизни»; часто, хотя и не всегда, при этом наблюдается известная неясность мышления [1920, с. 504]. То есть при «относительном слабоумии» люди активно действуют, недостаточно понимая смысл своих действий. Тогда как «больные с неясными понятиями» «много знают, но ничего не умеют» [там же, с. 503] (здесь имеется в виду, видимо, что они активно рассуждают, недостаточно понимая смысл своих рассуждений и соответственно не умея свои рассуждения реализовать).

Ганнушкин же был склонен в описаниях типа смещать центр тяжести к нарушениям поведенческого регистра; и как несколько отличные от основного типа варианты описаны им люди со сравнительно большими нарушениями в когнитивной сфере, а именно «элементарно простые, примитивные люди, лишенные духовных запросов, но хорошо справляющиеся с несложными требованиями какого-нибудь ремесла; иногда даже без больших недоразумений работающие в торговле, даже

¹ И.В. Гёте (1749—1832) сказал: «Нет ничего страшнее, чем деятельное невежество».

в администрации» и «тех своеобразных субъектов, которые отличаются большим самомнением и которые с высокопарным торжественным видом изрекают общие места или не имеющие никакого смысла витиеватые фразы, представляющие набор пышных слов без содержания (хороший образец — правда, в шаржированном, карикатурном виде — изречения Козьмы Пруткова)» [1964, с. 167].

Таким образом, естественно будет ввести более дробные, чем просто конформный тип, понятия и людей с конституциональным снижением нестандартности и инициативности в восприятии, памяти и мышлении (людей с неясными понятиями) называть **когнитивно-конформными**. А людей с конституциональным снижением нестандартности и инициативности в моторной деятельности, её анализе и планировании (людей с неясной деятельностью) — **поведенчески-конформными**. Конституциональный конформный тип — это сочетание когнитивной и поведенческой конформности в разных пропорциях, вместе с большим или меньшим снижением гибкости функционирования вегетативных механизмов мозга (5-я общая особенность). Крайние варианты конституционально конформного типа — это чисто когнитивная и чисто поведенческая конформность.

Итог рассмотрения конформного типа

Всякий имеет право быть глупым.

*Генрих Гейне (1797—1856),
немецкий поэт*

Выше мы говорили только о чисто конформном типе личности. Личко [1983, с. 175—176, 180—181, 184—185] описывает смешанные варианты конформного типа с гипертимным и с неустойчивым; упоминает существование смешанных вариантов конформного с эпилептоидным, паранойяльным, истероидным и сенситивным типами. Леонгард приводит пример смеси конформного типа с гипотимным [1997, с. 235—236].

Выше мы привели всё существенное, отмеченное для лиц конформного типа выделявшими этот тип психиатрами: Э. Блейлером [1920], П.Б. Ганнушкиным (1933) [1964], В.А. Гиляровским [1935], Е.И. Ефременковой [1972], Ю.К. Эрдманом [1974], А.Е. Личко [1971, 1974, 1979; 1983, 1993], Ар.А. Александровым [1976], К. Леонгардом (1976) [1997], В.М. Блейхером и И.В. Круком [1996], Ц.П. Короленко и Н.В. Дмитриевой [2000], П.В. Волковым [2004], Б.В. Воронковым [2017], В.А. Миненковым с соавт. [2018], В.В. Чибисовым [2018]; и психологами: Т. Рибо [1898], Р. Кратч菲尔дом (R.S. Crutchfield) [Кон, 1967], В.Э. Чудновским [1972], А.С. Прутченковым и А.А. Сияловым [1994], Н.Я. Большуновой [2012], О.В. Шевцовой [2012], С.А. Тарасовой [2016], Г.В. Старшенбаумом [2017], а также социологом Т. Адорно [1993; 2001]¹.

¹ В педагогически ориентированной типологии В.М. Миниярова [1996, с. 53—57; 1997, с. 32—35, 71—74, 92—95; 2004, с. 20—24], связывающего свои типы со стилями семейного воспитания, почему-то конформным типом названо то, что имеет явные признаки наличия составляющей антисоциального типа и никак не соотносится с общепринятым пониманием конформности как сверхсоциальности. То же самое понимается под названием конформный тип и у тех, кто пользуется этой типологией — А.А. Ганеевой, В.А. Минияровой и др.

Таким образом, для конкретного психического типа оказалось возможным, исходя всего лишь из предположения об особенностях нейронного строения мозга, теоретически вывести все его главные психические особенности. И хотя это лишь описание особенностей, а не объемная картина психического типа, но даже и сделанные выводы будут, видимо, представляться многим психологам и психиатрам чем-то весьма удивительным, на грани (или за гранью) невероятного. Механизмы формирования других типов акцентуаций мы предполагаем обсудить в будущем, но сделать это будет уже сложнее, поэтому итогом будет большая книга.

Актуальным для подтверждения предлагаемой гипотезы является обнаружение наличия у конституционально конформных людей специфических особенностей нейроархитектоники головного мозга (на патологоанатомическом материале), а также наличие такого же типа особенностей в случаях усиленного врождённого иммунитета (и у людей, и у животных). Представляет интерес и обнаружение усиленного врождённого иммунитета у конформных акцентуатов¹.

Отметим, что у людей конституционально конформного типа (в силу свойственной им повышенной мощности иммунных реакций, примитивности использования психической защиты и снижения гибкости режимов функционирования внутренних органов и механизмов стресса) можно предполагать снижение заболеваемости, вызванной инфекциями², и увеличение заболеваемости, вызванной неинфекционной соматикой и связанной с нервно-психическими нарушениями. В частности, в силу 5-й общей особенности и примитивности психической защиты естественно ожидать у них повышенной склонности к соматизации психологических проблем. Но люди, страдающие от соматизации, диагностируются обычно уже как пациенты с конкретной патологией, а не как лица конформного типа. Ниже мы обсудим один вариант конституционально конформного типа, особенно склонный к соматизации. Но прежде коснёмся понятия конформизма.

¹ Известно, например, что один из сыновей Льва Толстого в детстве никогда ничем не болел.

² Хотя «высокий уровень иммунного ответа не всегда коррелирует с устойчивостью к инфекции» [Попова, 2018, с. 187].

Конформный тип характера и конформизм

Почему люди следуют за большинством? Потому ли, что оно право? Нет, потому, что оно сильно.

*Блез Паскаль (1623—1662),
французский математик
и философ*

Там, где все думают одинаково, никто особенно не думает

*Уолтер Липпман (1889—1974),
американский писатель
и журналист*

Перейдём от рассмотрения конституционально конформного типа характера к обсуждению общественных явлений конформности и конформизма.

«В психологической науке феномен конформного поведения имеет крайне малую освещённость и рассматривается преимущественно в рамках социальной психологии» [Кучина, 2017, с. 210], где он важен, поскольку, «будучи широко распространенным, он представляет собой социальное явление, оказывающее серьёзное влияние на общественное развитие»¹ [Воронков, 2017, с. 207]. «Было бы неверным считать конформных полностью “продуктом своей среды”. Скорее они сами, будучи явлением далеко не редким, выступают в качестве “средообразующего” фактора, во многом влияющего на стиль жизни коллектива или группы». «Повзрослев, конформные становятся опорой для любого толка авторитарных режимов, поскольку, не будучи свободно мысля-

¹ «Как вспоминал американский президент Джон Кеннеди, “чтобы продвигаться, сказали мне, когда я вошёл в Конгресс, — нужно не выделяться”» [Радугин, Радугина, 2006, с. 209].

щими, легко пропагандируются и управляются. Авторитет любой, даже аморальной, сильной власти априорен, исходящую от неё информацию воспринимают не к размышлению, а к сведению, а предписания и запреты — к исполнению. Проводимые властью сеющие страх противоправные репрессии воспринимаются как атрибут и условие порядка, не вызывают массового протеста, не воспринимаются конформными как страдание и практически не отражаются на авторитете высших руководителей карательных учреждений» [там же, с. 209].

В социальной психологии при изучении конформности как явления, хотя нередко и признается, что механизмы конформистских подходов (в сознании и поведении) закладываются чаще всего в раннем детстве, но считается, что эти подходы являются результатом психо-социального и прежде всего семейного, родительского влияния¹ [Короленко, Дмитриева, 2000, с. 388]. Хотя чаще всего роль детства вообще не обсуждается, как, например, у Э. Фромма, описывавшего психологические механизмы приобретенного конформизма, под названием автоматизирующий (автоматический) конформизм [2008, с. 151—166] или у Т. Адорно, обрисовывавшего ряд социальных типов [1993, с. 80, 82].

Конформизм — явление, конформность — индивидуальное личностное качество; хотя часто, как отмечает А.Л. Свенцицкий [2009, с. 195], эти термины не различаются. Психологические определения конформности и конформизма² варьируют от акцента на личном мнении человека до сведения проблемы к поведенческим реакциям. **Конформизм** — «изменение личного мнения в сторону мнения, выраженного большинством членов группы, к которой принадлежит человек» [Перспективы..., 2001, с. 507]; «изменение убеждения или поведения в ответ на реальное или воображаемое групповое давление в тех ситуациях, когда нет ни прямого требования соглашаться с группой, ни каких-либо причин, которые могли бы оправдать это изменение поведения»

¹ Как, например, пишут М.-А. Робер и Ф. Тильман, «конформизм — это реакция на потребность в одобрении». Для детей «быть любимым — значит быть одобряемым, и наоборот. Более того, то, что *хорошо*, и то, что *одобряется* окружающими, совпадают». У взрослых эта потребность сохраняется [1988, с. 71].

² Мы не будем обсуждать определения философские, социологические, политические и бытовые.

[Зимбардо, Ляйппе, 2000, с. 71]; «стремление следовать стандартам, установленным группой. Это добровольное копирование общепринятых способов деятельности..., нацеленное на то, чтобы быть как все, не выделяться» [Кули, 2000, с. 210]. **Конформность** — «тенденция допускать влияние на собственное мнение (пытаться действовать так же, как действует большинство, по внутреннему убеждению) и даже восприятие преобладающего мнения, отношения или убеждения под давлением со стороны других, которое может отражаться или не отражаться в поведении» [Прядеин, 2013, с. 176]; «процесс изменения аттитюдов, мнений, восприятия, поведения индивида в сторону согласия с группой в ответ на реальное или воображаемое групповое давление в ситуациях, когда нет прямого требования соглашаться с группой» [Современный..., 2007, с. 240]; «изменение поведения вследствие реального или воображаемого влияния других людей (Kiesler & Kiesler, 1969)» [Аронсон и др., 2004, с. 252]; «изменение в поведении, направленное на соответствие действиям других» [Чалдини и др., 2002, с. 223]. Но «если говорить о подростках и старшеклассниках, то они склонны демонстрировать конформизм в общении с группой сверстников и негативизм — в общении со взрослыми» [Морозов, 2003, с. 169]. «С яростью отстаивая свою независимость от старших, подростки зачастую абсолютно некритически относятся к мнению собственной группы и её лидеров» [Гогуева, 2011, с. 73]. Хотя негативизм, как подчёркивают многие отечественные авторы (начиная по крайней мере с Г.М. Андреевой [1980, с. 262]), — это тот же конформизм (зависимость от мнения других), но со знаком не плюс, а минус.

Но подчас к понятию конформизма (в отличие от конформности) добавляют негативный моральный аспект: конформизм — «моральная черта личности, проявляющаяся в приспособленчестве, пассивном принятии существующих норм, господствующих мнений, подчинении любой господствующей власти» [Свенцицкий, 2009, с. 195]; «соглашательство, приспособленчество, пассивное принятие окружающей среды, существующего порядка, господствующих мнений, отсутствие собственной позиции и слепое подражание любому образцу, обладающему наибольшей силой давления, психического принуждения» [Конюхов, 1996, с. 58]. И вообще «слово “конформизм” в обыденной

речи означает приспособленчество» [Кон, 1967, с. 83]. Как пошутил Е. Головаха, «конформист — человек, для которого заблуждение тем ближе к истине, чем опаснее его опровергать» [2010, с. 11]. А согласно А.В. Морозову «принято говорить о конформности как о черте личности, склонности индивида разрешать конфликт в пользу группы и о конформизме как социальном приспособленчестве» [2003, с. 169]. Также Б.В. Воронков полагает, что «следует отличать конформность как природную особенность личности от конформизма как способа адаптации к системе официальных ценностей, выражающиеся в приспособленчестве, пассивном и некритичном принятии существующего социального порядка». В результате «одни воспринимают свой конформизм с восторгом, находятся с ним в гармонии, другие — с отвращением» [2017, с. 212].

Дойч и Джерард (Deutsch, Gerard, 1955) предложили различать **информационное влияние** («считается, что оно предполагает одновременно и публичное подчинение, и внутреннее согласие») и **нормативное влияние** (оно «обычно включает публичное повиновение, но не включает внутреннее согласие») [Левин, Жданюк, 2007, с. 43—44]. Этому соответствует (по разным авторам) деление на 1) личный (**внутренний**) искренний **конформизм** (конформность), или **перемену убеждений**, интернализацию, одобрение, согласие, внутригрупповую внушаемость, и 2) социальный (**внешний**, публичный, неискренний) **конформизм** (конформность), или **приспособление, уступчивость** (изменение внешнего поведения при утаивании своих убеждений).

Аналогично Р.Л. Кричевский и Е.М. Дубровская (со ссылкой на В.Э. Чудновского) выделяют два типа конформного поведения: **внешнее и внутреннее** подчинение индивидуума группе. Причём внешнее подчинение проявляется в двух формах: **а)** в сознательном приспособлении к мнению группы, сопровождающемся острым внутренним конфликтом; **б)** в сознательном приспособлении к мнению группы без сколько-нибудь ярко выраженного внутреннего конфликта. Внутреннее же подчинение состоит в том, что индивидуум воспринимает мнение группы как своё собственное и придерживается его не только в данной ситуации, но и за её пределами. Но внутреннее подчинение также бывает двух видов: **в)** бездумное принятие неверного мнения группы

на том основании, что «большинство всегда право»; г) принятие мнения группы посредством выработки собственной логики объяснения сделанного выбора [1991, с. 88—89]. При последнем варианте у людей может возникать «сильный внутренний конфликт, связанный с расхождением своего мнения и мнения группы, но они делали собственный выбор в пользу группы и были убеждены в правильности группового мнения» [Современная..., 1999, с. 530]. Примером варианта г «может служить изменение системы ценностей индивида в подростковом возрасте, ибо в этом возрасте люди впитывают и пропускают через себя взгляды своего окружения, делая их частью своих убеждений» [Корягина, Михайлова, 2014, с. 410]. А когнитивно-конформный тип характера — это конституциональная подверженность варианту **в**.

Подчас только внешнее подчинение именуют конформизмом [Александровский, 2005, с. 42] или конформностью [Еникеев, 1999, с. 590]. Также иногда внешнее подчинение называют истинным конформизмом [Платонов, 2007, с. 151; Макарова, Сидорова, 2017, с. 24], собственно конформностью (А.В. Петровский [Молокостова и др., 2017, с. 88]). А случается, что собственно конформностью называют внутреннее подчинение [Сосин, Красникова, 2013, с. 197] или его вариант г [Современная..., 1999, с. 530; Журавлев и др., 2006, с. 207; Шамаева, 2009, с. 28; Шкилев и др., 2013, с. 161; Гавриленко, Чупина, 2016, с. 146]; внутреннее подчинение называют и подлинным конформизмом [Андреева, 1980, с. 262; Корягина, Михайлова, 2014, с. 410].

Иногда из варианта **в** внутреннего конформизма выделяют случай, когда воздействие группы происходит на неосознаваемом уровне, т.е. перемена убеждений не осознаётся (и в эксперименте испытуемые, давшие неправильный ответ, были искренне убеждены в том, что сами решили задачу правильно) [Гавриленко, Чупина, 2016, с. 146].

Кельман (Kelman, 1961) предложил различение трёх видов конформности: интериоризация, идентификация и подражание. «Интериоризация — это самая постоянная и наиболее укоренившаяся реакция на социальное влияние. Это одновременно и самая устойчивая, и самая тонкая форма конформности: принимаемые испытуемыми ценности и поступки настолько становятся его собственными, что он уже не может осознать, что был объектом влияния. Такая интериоризация придаёт

большую устойчивость воспринятой системе ценностей или поведению, большую сопротивляемость к изменению. Усваивая ценности и поведение “другого”, индивиды... обретают уверенность в том, что стали ближе к физической или социальной истине» [Пэшле, Московичи, 2007, с. 151—152]. Очевидно, что именно интериоризация свойственна конституционально конформному типу.

«Метаанализ проявлений конформности (Bond & Smith, 1996) показывает, что в наибольшей степени она выражена в культурах, придающих большое значение гармонии отношений индивида и группы. В той же работе показано, что по крайней мере в США степень проявления конформности в последние годы постепенно снижалась. Возможно, теперь группы в меньшей степени влияют на своих членов, чем пятьдесят лет назад» [Хьюстон, Штрёбе, 2004, с. 397—398]. А «С. Милграм нашёл, что студенты-норвежцы оказались более конформными по сравнению с французскими (Milgram, 1961)» [Шихирев, 1999, с. 154].

Нередко утверждается, что «конформность является не индивидуальным, а специфическим групповым феноменом, который появляется благодаря мотивирующей силе свойства социальности» [Сушкив, 1999, с. 285]. «Уровень конформности определяется особенностями групповой жизни, а также множеством других факторов ситуационной и психологической природы» [Битянова, 2001, с. 367]. Люди «не проявляют конформности всегда и во всех ситуациях, как было бы, если бы их поведение зависело только от их личных свойств. Напротив, характер ситуации также воздействует на их поведение, поэтому в одних ситуациях они проявляют конформность, а в других — нет, вне зависимости от типа их личности» [Аронсон и др., 2004, с. 278]. «Попытки выявить некий синдром конформности с самого начала были обречены на неудачу»; «в жизни нельзя выделить типы конформиста и нонконформиста в “чистом” виде» [Шихирев, 1999, с. 154—155]. То есть не существует абсолютной конформности (по крайней мере за исключением случаев выраженной патологии). С этим трудно не согласиться, но это никак не противоречит существованию феномена конституциональной конформности. Действительно, конституционально конформный человек крайне конформен к своему привычному окружению, но не в коем случае не конформен к людям и группам, существенно

отличающимся от привычного окружения. Выше упоминались слова А.Е. Личко: конституционально конформным свойственно «предубеждённое неприятие всего, что исходит от людей не своего круга» [1993, с. 11]. А В.В. Чибисов подчёркивает, что не стоит отождествлять конформный тип с желанием подчиняться; он готов играть любую роль, одобряемую окружением, в том числе начальственную [2018, с. 164].

Отчасти это иллюстрируют и кросс-культурные исследования. Как отмечают Э. Аронсон с соавт., «хотя культура Японии во многих областях является более конформистской, чем североамериканская, исследования, подобные экспериментам Аша, ...показали, что... японские студенты проявляют конформность реже, чем средний житель США (Frager, 1970). В Японии сотрудничество и лояльность относятся к группе, к которой человек принадлежит, и вероятность того, что он станет приспособливаться к поведению совершенно чужих людей, тем более в такой искусственно созданной обстановке, как проведение психологического эксперимента, невелика. Точно так же германские участники эксперимента Аша в меньшей степени проявляли конформность, чем североамериканцы (Timaeus, 1968); в Германии конформность по отношению к посторонним людям ценится ниже, чем согласие со своей небольшой, чётко очерченной группой (Moghaddam, Taylor & Wright, 1993)» [2004, с. 277].

Термин «конформизм», получивший первоначально права в социальной психологии, позже стал использоваться и в социологии, где нередко употребляется в крайне широком смысле как «соответствие поведения социальным нормам» [Арефьев, 1971], и в этом смысле конформизм присущ большинству людей любого общества. (Полное отсутствие подобного «конформизма» — это удел выраженных антисоциальных психопатов.)

В жизни человека конформные проявления могут иметь разный характер: быть эпизодами, редкими или частыми (под влиянием неуверенности в себе, или повышенного давления среды, или в целях маскировки); иметь привычный характер (в результате специфического воспитания, либо расцвета насилия в обществе, сообществе или группе); либо быть обусловленными конституционально-характерологическими особенностями личности. Но и в последнем случае, как отметил в частности

В.Э. Чудновский [1972, с. 62—63], наряду с конформными акцентуатами могут быть личности и другого типа, у которых сталкиваются две противоречивые и при этом достаточно сильные тенденции: стремление к самостоятельности и стремление быть в согласии с группой. Личности последнего типа, по-видимому, ближе к сенситивным акцентуатам (и психопатам), которые так же, как и конформные акцентуаты, не могут быть «белой вороной» [Личко, 1983, с. 124], но ни потому, что не хотят ей быть, а потому что не выдерживают отрицательной реакции окружающих, болезненно её воспринимают (и они относятся к варианту **а**).

Часто смешивается приобретенная конформность к конкретным (нередко отрицательным) явлениям общественной жизни с конформностью как особенностью характера. Мы выше попытались обосновать, что для развития истинно конформного характера недостаточно одного лишь специфического семейного влияния, особенностей национального характера или привычного страха, но нужна и особая конституциональная предрасположенность (причём конституцию мы не сводим лишь к генетике). В этом смысле мы не согласны с утверждением Р. Кратч菲尔да (1967) [Чудновский, 1971, с. 164] о том, что «тенденция к конформности — фундаментальное свойство личности». Хотя при упомянутом широком социологическом понимании конформизма выражать против этого утверждения нельзя.

Надо отметить, что экспериментальные методики выявления конформных личностей в общем мало отличаются от идущих от С. Аша (1956 [Чудновский, 1971, 1972]) методик оценки социальной конформности, т.е. ориентированы исключительно в лоб — на оценку подчиняемости коллективу, хотя более простыми и менее травматичными для испытуемых были бы методики оценки способности различения близких понятий и различия близких действий. (Причём тот конституциональный конформизм, который обычно экспериментально изучается, обусловлен только особенностями восприятий, ассоциаций, сравнений и связанных с ними (но не с моторной деятельностью) мышления и памяти, т.е. при этом могут диагностироваться только трудности различия близких понятий.)

Отметим ещё один момент, связанный уже с патологией. Представитель антропологической психиатрии А. Крауз (A. Kraus, Гейдель-

бергский ун-т) обосновывает наличие целого ряда конформных черт в преморбиде и в межфазные периоды эндогенной монополярной депрессии. К этим чертам относятся: ориентация в поведении на общественные стандарты, на социальные нормативные ожидания; идентификация с социальной ролью, стремление к сохранению ролевой идентичности (защита от её потери); «недостаточная идентичность Я приводит к тому, что пациенты как бы сверхотождествляются со своими ролями»; происходит приспособление «к соответствующим нормам без особого проявления личной позиции собственного Я» [1996, с. 71]. Но тут нет речи о конституциональной конформности. Действительно, по А. Краузу, у больных монополярной депрессией отсутствуют негативные установки по отношению к другим людям, «отсутствует почва для развития агрессии», они практически отказываются от собственных интересов, склоняются к «принятию чужих позиций с отступлением от своих интересов в пользу интересов других лиц» [1996, с. 72—73], что явно не соответствует конституциональной конформности.

Алекситимия

Человек не может подолгу оставаться в сознательности; он должен иногда убежать в бессознательное, ибо там живы его корни.

*Иоганн Вольфганг фон Гёте
(1749—1832), немецкий поэт,
мыслитель*

Термин **алекситимия**, означающий «отсутствие слов для выражения чувств», был введён американским психоаналитиком Р.Е. Sifneos то ли в 1967 г. [Ялом, 2008, с. 360; Трухан, Кутас, 2010, с. 59; Белашина, 2010, с. 304], то ли в 1969 г. [Былкина, 1995, с. 43; Зайченко, 1996, с. 17], то ли в 1970 г. [Антонова и др., 2015, с. 1125], то ли в 1972 г. [Алекситимия.., 1994, с. 4; Яковleva, 2000, с. 87; Холмогорова, Гаранян, 2000, с. 12; Гаранян, Холмогорова, 2003, с. 128; Кашенкова, 2011, с. 36; Нартова-Бочавер, Потапова, 2012 с.11], то ли в 1973 г. [Смык и др., 2015, с. 199; Потапова и др., 2016] единолично, то ли совместно с J. Nemiah в 1970 г. [Бастиаанс, 2001, с. 233; Арндт, Клинген, 2014, с. 28, 175], или в 1972 г. [Москачева, Холмогорова, Гаранян, 2014, с. 98], или в 1973 г. [Макарова, Эйдемиллер, 1996, с. 165; Провоторов и др., 1998б, с. 45; 2000а, с. 272; 2000б; 2001, с. 46; Коркина и др., 1999, с. 21; Дьячкова-Рехтина и др., 2007, с. 53]). А В.А. Калягин с соавт. замечают, что Р.Е. Sifneos в 1967 г. описал это явление как предпосылку возникновения психосоматических заболеваний, а в 1973 г. ввёл термин «алекситимия» [2014, с. 51]. Хотя может быть проблема в том, что Р.Е. Sifneos публиковался в не очень известных журналах.

Первоначально термин «алекситимия» использовался как обобщающее название для ряда характерных особенностей, наблюдавшихся у психосоматических больных. (Хотя этот ряд особенностей описывался некоторыми западными исследователями и ранее [Бастиаанс, 2001,

с. 232; Кристал, 2006, с. 358, 368, 379; Асеев и др., 1995, с. 15; Холмогорова, Гаранян, 2000, с. 11—12; Сандомирский, 2007, с. 78—79; Хватова, 2010, с. 9—10; Китаев-Смык, 2015, с. 368].) В связанной с этим понятием проблематике, «пожалуй, сегодня самым сложным и дискуссионным вопросом является вопрос о происхождении алекситимии» [Левшунова, 2010а, с. 234]. Разбирая этот вопрос, мы для простоты, как и при рассмотрении конформного типа, будем обсуждать только случаи достаточно выраженной алекситимии.

Предлагалось много методов оценки уровня алекситимии. Но сейчас уровень выраженности алекситимии общепризнанно оценивать инструментом, называемым Торонтской алекситимической шкалой. В России до недавнего времени использовался вариант этой шкалы (G. Taylor, 1985), содержащий 26 пунктов (TAS-26) [Алекситимия..., 1994, с. 8—10, 16—17]. Сейчас переведён на русский язык и валидизирован пересмотренный и усовершенствованный 20-пунктовый вариант этой шкалы (TAS-20) [Старостина и др., 2010; Тэйлор и др., 2012], существенно отличающийся от предыдущего варианта. И пока не ясно, действительно ли он лучше¹. К сожалению, после 2010 г. авторы исследований не всегда сообщают, какой вариант Торонтской шкалы они используют.

Алекситимиков «часто описывают как “скучных, бесцветных и нудных”, даже если они образованы и умны» [Гаранян, Холмогорова, 2003, с. 129]. «Их высказывания часто банальны, пустословны, они не способны развивать свои мысли, не могут понять переносный смысл высказываний» [Бройтигам и др., 1999, с. 63]. «Пациенты в общении производят впечатление “тупых”, банальных, рутинеров или по крайней мере неинтересных собеседников. Они лишены оригинальности, индивидуального своеобразия, колоритности» [Пищулина и др., 2005, с. 8]. «Беседа с таким пациентом, как правило, сопровождается ощущением скуки и бессмысленности контакта (Apfel, Sifneos, 1979)». «Нарушения когнитивной сферы характеризуются как “стерильность и монотонность идей” (Krystal, 1979), привязанность мыслей к тривиальным

¹ Были художники, у которых надо было вовремя отнять создаваемую ими картину, иначе они её непоправимо портили. Появился даже термин «записать» картину (это дети и любители рисуют, а художники-профессионалы картины пишут). Не исключено, что мы имеем здесь аналогичный случай.

деталям ежедневной жизни, недостаточная способность к творчеству» [Былкина, 1995, с. 43], слабость функции символизации и категоризации в мышлении [Николаева, 1991, с. 81], а именно «затруднения в создании своих собственных индивидуальных символов при сохранении способности оперировать коллективными, которые заменяют индивидуальные и выполняют их функцию» [Соложенкин, Гузова, 1998, с. 20]. У алекситимиков «содержание стандартных выражений сочувствия и лозунгов (“возьми себя в руки”, “смотри на вещи проще”) не вызывают внутреннего протesta и часто употребляются самими пациентами» [Гузова, 1998, с. 14]. Им свойственны «ограниченные возможности понимания себя, связанные с дефицитом рефлексии» [Брель, 2012, с. 174], «неустойчивость и недифференцированность самооценки, в ряде случаев полная проекция оценок окружающих в структуре самооценки больного» [Николаева, 1991, с. 86], «предпочтение уже известного новому» [Гаранян, Холмогорова, 2003, с. 140], высокая степень социальной конформности [Соложенкин, Гузова, 1998, с. 18; Холмогорова, Гаранян, 2000, с. 33; Гаранян, Холмогорова, 2003, с. 129]. Для них чрезвычайно велика важность фигур из ближайшего окружения [Пищулина и др., 2005, с. 8].

Перечисленные алекситимические особенности вполне укладываются в рамки когнитивно-конформного типа, который мы обсуждали выше. Но своё название эта группа пациентов получила по другой причине. «Они обнаруживают неспособность к распознаванию и точному описанию собственного эмоционального состояния и эмоционального состояния других людей» [Николаева, 1991, с. 80], «поразительные затруднения в осознании и вербальном описании собственных чувств» [Гаранян, Холмогорова, 2003, с. 129]. «Они не в состоянии связывать вербальные или жестовые символы с чувствами (J. Ruesch, 1948)» [Бройтигам и др., 1999, с. 64]. Этим людям свойственны «отсутствие мыслей, относящихся к внутренним установкам, чувствам, желаниям и побуждениям» [Былкина, 1995, с. 43—44], «трудности дифференциации различных чувств. Алекситимным пациентам трудно определить модальность переживаний и понять — огорчены ли они, встревожены или раздражены», голодны или устали. «Способность различать телесные ощущения и эмоциональные состояния резко ограничена» [Гара-

нян, Холмогорова, 2003, с. 129]. Чувства испытываются как нечто совершенно неструктурированное, «во всяком случае непередаваемое словами. Они часто описываются через окружающих (моя жена сказала... врач сказал...) либо вместо чувств описывается соматическая реакция» [Бройтигам и др., 1999, с. 64]. «Регистрация физиологических реакций на стресс обнаруживала сильный физиологический ответ без словесного самоотчёта об изменении переживания, что возможно говорит в пользу предположения о том, что у алекситимичных пациентов отсутствуют именно слова для выражения чувств, а не сами чувства» [Былкина, 1995, с. 44]. Они «в ситуации эмоционального напряжения ведут себя так, будто усиленно желают и пытаются что-то сказать. При этом характерна напряженная поза, напряженный взгляд, горящие глаза. Однако при обращении к больному с вопросом о его чувствах на данный момент следует обычно молчание или нечто неопределенное: “Да так... Не знаю...” В целом характерно ощущимое рассогласование между широким и богатым спектром невербального поведения и бедностью его вербальных означений» [Семенова, 1991, с. 91]. «Во время контакта, особенно в критической ситуации, больные заменяют ожидаемые от них речевые обороты или воображаемые представления жестами» [Бройтигам и др., 1999, с. 63] (поскольку, «когда человек не может выразить свои чувства словами, он выражает их телом» [Сандомирский, 2007, с. 77]). Они «часто используют для обозначения своего самочувствия (прежде всего соматического) простые, универсальные жесты: поднятый вверх большой палец — “хорошо” и т.д.». Но «скучные жесты и мимические реакции не компенсируют затруднение верbalной экспрессии эмоций» [Гузова, 1998, с. 13].

Откуда же могут возникать подобные нарушения у когнитивно-конформных лиц?

Формирование алекситимии на базе когнитивно-конформного типа

На балкон выходит мама и кричит:
— Аркаша! Домой!
Мальчик поднимает голову:
— Я замёрз?
— Нет! Ты хочешь кушать!

Одесский анекдот

Всё дело в том, что для людей когнитивно-конформного типа, с повышенной стандартностью мышления и как следствие с затруднениями в самостоятельном исследовании внутреннего и внешнего мира, в раннем детстве крайне важно адекватное семейное и прежде всего материнское обучение. Оно важно, в частности, для осознания собственного эмоционального мира, приобретения опыта обозначения чувств и понимания ощущений собственного тела. Но, как пишет Н.Д. Былкина, «на критическое влияние расстройства материнско-детских отношений <в развитии алекситимии> указывает большинство авторов... Матери алекситимичных пациентов демонстрируют, как правило, два паттерна поведения: сверхопекающее или латентно-отвергающее, причём довольно часто оба паттерна присутствуют вместе». Причём сверхопекающий паттерн включает активную редукцию аффектов ребёнка, не позволяя ему «развивать самостоятельные стратегии кооперирования с возникающим напряжением» [1995, с. 49]. Родительские семьи алекситимиков «характеризуются сдержанностью в проявлении эмоций, там нет места словесному выражению чувств, переживаемых в данный момент. Родители стремятся контролировать и подавлять инициативу своих детей, блокировать несанкционированные эмоциональные проявления» [Старшенбаум, 2017, с. 245—246]. Анализ историй жизни алекситимических личностей пока-

зывает, что функцию организатора деятельности и главного «контролёра» подобных лиц обычно выполнял их близкий человек, как правило, мать (вплоть до периода взрослоти алекситимиков); в результате собственная деятельность саморегуляции у подобных личностей оказалась недостаточной или совсем не сформированной [Николаева, 1991, с. 87]. Как отмечают О.С. Шкуротенко и Н.П. Коваленко, у обследованных ими беременных «женщин с высоким уровнем алекситимии была сильная, волевая, доминирующая мать, которая организовывала и корректировала их деятельность вплоть до периода взрослоти. Кроме того, матери данной группы женщин продолжали строить программу их будущей жизни даже в период беременности» [2016, с. 83]. В исследовании Е.В. Воробьевой с соавт. обнаружено, что по данным ретроспективных оценок материнского стиля воспитания, реализуемого по отношению к испытуемому в детстве, этот воспитательный стиль влияет на уровень алекситимии и противоположным образом на общий уровень эмпатии; «наиболее деструктивными материнскими воспитательными стилями являются непоследовательный, директивный и враждебный, а желательными — позитивно заинтересованный и автономный» [2015, с. 130].

Если при конституционально конформном типе, как мы упоминали, эмоциональная жизнь просто обеднена [Короленко, Дмитриева, 2000, с. 392], то при накладывающемся на когнитивно-конформный тип расстройстве материнско-детских отношений (либо алекситимии у матерей [Холмогорова, Гаранян, 2000, с. 35; Гаранян, Холмогорова, 2003, с. 139]) и как следствие недостаточности в младенчестве (особенно в ранний довербальный период) семейного обучения важнейшим начальным психологическим навыкам¹, которым, несмотря на их элементарность, люди когнитивно-конформного типа не могут обучиться самостоятельно², и возникает невозможность осознания и вер-

¹ Подробнее об этом см. [Былкина, 1995, с. 48—49; Тхостов, Колымба, 1999, с. 6—7; Гаранян, Холмогорова, 2003, с. 134—135, 139; Пищулина и др., 2005, с. 66; Белашина, 2006, с. 238; Трунов, 2010, с. 94; Хватова, 2010, с. 101—102; Матяш и др., 2011, с. 398—400].

² В. Брайтигам с соавт. говорят о задержке на симбиотическом уровне [1999, с. 64].

бализации эмоций (и, значит, неспособность выразить их для других), невозможность дифференцировать их и отличать эмоциональные состояния от телесных ощущений. Когда, как пишет Е.В. Яковлева, таких людей «спрашивают о чувствах, которые они испытывают в сложных жизненных ситуациях (потеря работы, смерть члена семьи), то они обычно описывают телесные ощущения (“Моя головная боль стала сильнее... Она похожа на ленту вокруг моей головы... Это все чувства”) либо говорят, что не понимают вопроса (“Я действительно не знаю... Я не могу рассказать вам, как я чувствую... Было плохо”») [2000, с. 87—88].

На этом основана эффективность невербальных и телесно-ориентированных методов групповой психокоррекции алекситимии. Как пишет Н.Д. Семенова: «Опора на невербальные средства общения создаёт как бы обходные пути преодоления алекситимии, мобилизуя внутренние резервы личности, обеспечивая опору на её сохранные стороны». «Не “оречевлённые”, словесно не сформулированные приёмы психогимнастики как бы подготавливали почву для последующей вербализации высвобождающейся при их применении богатой и интенсивной гаммы чувств» [1991, с. 93]. «Овладение невербальной коммуникацией есть расширение и углубление общего диапазона средств и способов общения» и «приводит в конечном итоге к углублению эмпатического потенциала участников группы» [там же, с. 94]. А «применение телесно-ориентированных методов, открывая телесный и эмоциональный опыт и усиливая способность пациента к вербализации чувств и телесных ощущений, как бы прокладывает путь к собственно вербальным методам психотерапии» [Смык и др., 2015, с. 199]. При этом «важнейшей опорой психокоррекции... являются образ тела и схема тела» [Малкина-Пых, 2009, с. 100—101], «обучение языку неверbalной экспрессии и импрессии» [Ганзин, 2002, с. 72].

Дети когнитивно-конформного типа не могут самостоятельно разобраться с эмоциями противоположного знака, присутствующими одновременно¹ или относящимися к одному объекту (например, совме-

¹ Например, «ревность в психологии определяется как амбивалентное переживание любви и ненависти одновременно» [Алексеева, 1996, с. 73].

стить образ «хорошей матери» и образ «плохой матери», а при расстройстве материнско-детских отношений расхождение этих образов особенно велико) [Гордеева, 1994, с. 33—35]. Это, при недостаточности обучения в младенчестве важнейшим начальным психологическим навыкам, побуждает к отказу от осознания амбивалентных эмоций, но ещё проще им отказаться от осознания эмоций вообще. Как следствие у алекситимиков наблюдаются неспособность «регулировать и модулировать причиняющие им страдания эмоции» [Алекситимия..., 1994, с. 5], тенденция не помнить прошлый аффективный опыт [Провоторов и др., 2001, с. 48]. «Их реакции в основном соматические, состоящие из “экспрессивных”, или физиологических, аспектов аффектов с минимальной вербализацией» [Кристал, 2006, с. 359].

«При проявлении некоторого сочувственного внимания <такие> пациенты в конечном счёте могут впервые признаться себе в своей неспособности описывать, что они чувствуют, потому что то, что они испытывают, является смутным и обобщённым откликом, часто вовлекающим в себя все внутренние системы их тел». «Обычно они говорят: “всё это ощущается как один снежный ком” или “всё это ощущается в одном месте”». «Если имеется соматический компонент <их эмоций>, то он идентичен симптомам их телесного заболевания» [Кристал, 2006, с. 362—363]. «Считается, что они осознают лишь неопределённое физиологическое напряжение, а не печаль, горе или радость» [Былкина, 1995, с. 44]. Даже если чувства «испытываются, то совершенно неструктурированы, непередаваемы словами, иногда могут представлять в виде телесных сенсаций (“это так тяжело”, “это непереносимо”, “я больше не мог терпеть” и т.д.). Чаще же вместо описания своих чувств больные продуцируют событийный ряд и цитируют слова других (значимых) лиц» [Пищулина и др., 2005, с. 8]. Соответственно «алекситимики часто не могут сказать, печальны они, устали, голодны или больны. Они не приучены к пониманию своих чувственных состояний и к обнаружению своих реакций на события своей жизни. Иногда они жалуются на физиологические аспекты аффектов, но не могут ни узнавать, ни называть специфическую эмоцию или

даже такие состояния, как боль, жажды или голод»¹ [Кристал, 2006, с. 359]. МакДугалл (1978) отмечала, что у них «заблокировано понимание своих потребностей» [там же, с. 371].

В результате особенностью самоотношения алекситимиков является «небрежение, невнимание к собственному телу и его сигналам» [Былкина, 1995, с. 49], «чувство отчуждённости от собственного тела» [Белашина, 2006, с. 237], «крайняя нечувствительность, пренебрежение к своему внутреннему физическому и психологическому благополучию» (McDougall, 1974) [Былкина, 1995, с. 44]. Это касается и беременных, и как следствие их детей. Высокий уровень алекситимии у беременных приводит к «нарушениям в межличностном общении “мать—дитя”, снижая показатели адаптации новорожденного к условиям внеутробной жизни». «Алекситимия беременности значительно снижает способность женщины к сензитивному восприятию нужд и особенностей поведения новорожденного в раннем послеродовом периоде, нарушая механизмы адаптации к условиям внеутробной жизни». «Высокая степень выраженности максимальной убыли массы тела новорожденного (> 10% от первоначальной массы при рождении) характерна для матерей с высокими показателями алекситимии» [Шкуротенко, 2011, с. 399—401]. Показательно, что алекситимия родителей является значимым фактором риска раннего употребления алкоголя их детьми-подростками [Лозовой, Лозовая, 2013, с. 40].

Как ещё один результат, у алекситимиков наблюдается «сниженное употребление эмоциональных категорий речи — существительных, обозначающих эмоциональное состояние, качественных прилагательных и определительных наречий», «замена эмоциональных категорий другими модальностями (например, соматическими)» [Ганзин, 2002, с. 70]. Taylor (1984) «отметил, что в их “речи отсутствуют нюансы, она бедна использованием метафор и лишена аффективной окраски”» [Кристал, 2006, с. 366]. Их речь «характеризуется наличием длинных пауз, употреблением незначительного числа прилагательных, редким использо-

¹ Один алекситимический «пациент, у которого прежде развивался язвенный колит, сказал: “Теперь, когда я не ощущаю жжение в кишках, как же я смогу сказать, когда я сердусь, и что ещё важнее, как я смогу сказать, когда я влюблён?”» [Кристал, 2006, с. 393].

ванием аффективно нагруженных слов и более частым употреблением пассивных речевых конструкций» [Плоткин, 2009, с. 86]. Отмечается «сниженная способность к пониманию и узкий спектр использования в речи эмоциональных аспектов: интонации, тона, громкости, акцентуации слов и т.п.» [Ганзин, 2002, с. 70]. Также у них проявляются трудности «в выражении эмоций с помощью жестов, позы и мимики» [Клибсон и др., 2018, с. 106]. Поэтому они «часто производят впечатление эмоционально обеднённых» [Гаранян, Холмогорова, 2003, с. 129]. «МакДугалл (1978) писала, что алекситимическая разновидность речи является скорее действием, чем нежели средством символической передачи мыслей или аффектов» [Кристал, 2006, с. 371]. «Респонденты, не имеющие алекситимического радикала, озвучивают многообразные чувства, переживания и состояния, демонстрируя достаточно богатый словарь эмоций, отражающий тонкие нюансы отношений, их определённость или амбивалентность. Алекситимики при описании различных событий используют 2—3 однообразные эмоции, которые могут сливаться с телесными ощущениями и физическими проявлениями, скрывая эмоциональное содержание происходящего (“было плохо”, “болела голова”» [Рябинкина, 2016, с. 122]. «Отмечается ярко выраженная тенденция к типизации самоотчётов о физических и эмоциональных переживаниях, т.е. больные дают стандартные ответы-клише о своём индивидуальном опыте» [Семенова, 1991, с. 91].

У алекситимиков невозможность осознать свои эмоции влечёт за собой невозможность разобраться в чужих. Отмечается не только «бедность мимики и пантомимики, сопровождающих речевое поведение», но и «снижение импрессивной способности — оценки эмоционального состояния других людей по их неверbalному поведению» [Ганзин, 2002, с. 70]. Как следствие у них резко снижена способность к эмпатии [Соложенкин, Гузова, 1998, с. 18; Гаранян, Холмогорова, 2003, с. 130]; в результате «отсутствует теплота по отношению к людям» [Кристал, 2006, с. 404]. Что «сочетается со специфическими — отчуждёнными и холодными — отношениями с “внешними объектами”: например, эти пациенты практически не проявляют обычного для других интереса к терапевту или интервьюеру (Taylor, 1987)» [Былкина, 1995, с. 44]. Они существуют в состоянии одиночества, отрезанные не только от соб-

ственных чувств, но и от чувств других людей [Плоткин, 2009, с. 88]. Поэтому в детстве «алекситимики воспринимают любые изменения в поведении родителей как тревожащие и непонятные, так что ребёнок не знает, как на них реагировать» [Рябинкина, 2016, с. 122].

«Нераспознавание и блокирование эмоций приводит к тому, что настоящая связь с другим человеком делается для алекситимика крайне сложной, почти невозможной. Легче даются ему опосредованные, формальные контакты» [Кроль, 2017, с. 21]. В силу своей стандартности алекситимики, по В. Брайтигаму с соавт., «очень приспособлены к товарищеским отношениям, что даже определяют как “гипернормальность”» [1999, с. 64]. При этом «они могут быть хорошими товарищами и никакими друзьями» [Старшенбаум, 2017, с. 245]. Им свойственно «отсутствие нацеленности на открытое и конструктивное общение в микросоциуме, закрытость и отгороженность, сложность создания доверительных отношений, эгоцентризм» [Ганзин, 2002, с. 71]. Алекситимики не склонны испытывать эмоции и чувства просоциального характера [Иванова, 2016, с. 106]. Анализ их коммуникаций с людьми «показывает наличие “пустоты отношений”, у пациентов нет интереса к внутренним переживаниям партнера, равно как и к проявлению своих внутренних объектов, так как они не ориентируются в психологических структурах. Общение всегда функционально, поверхностно, на уровне совместного операционального использования предметов, обсуждения событий» [Пищулина и др., 2005, с. 8]. «Разговор в основном сводится к обсуждению отдельных событий — кто что сказал или сделал» [Потапова, 2013, с. 80]. «Их личные отношения остаются деловыми — на уровне оказания взаимных услуг» [Старшенбаум, 2017, с. 245]. «Межличностные отношения таких людей обычно бедны, с тенденцией к патологической зависимости или предпочтением одиночества, избеганием общения с другими людьми» [Петрова, Леонидова, 2008, с. 32].

Соответственно наблюдается негативная связь между уровнем алекситимики и удовлетворенностью сексом, а также отношениями с партнером (партнершей) в целом (Humphreys T.P. et al., 2009). У алекситимиков «сексуальные отношения являются pragматическими и компульсивными» [Белашина, 2006, с. 236]. Обнаружено, что алекситимия

сочетается с более редкими сексуальными контактами, причём эта связь сильнее у женщин, даже если они живут вместе со своими возлюбленными (Brody S., 2003). Исследование сексуальных дисфункций позволило установить связь алекситимии с долговременными нарушениями эрекции психогенного происхождения и преждевременной эякуляцией (Michetti P.M. et al., 2007; Mishra V.Sh. et al., 2012) [Нартова-Бочавер, Потапова, 2012 с.12].

В итоге алекситимики воспринимают и «расценивают других людей как грубое подобие самих себя — то есть лишенных каких-либо личных характеристик» [Белашина, 2006, с. 236], как тусклые отражения их собственного бледного самосознания [Китаев-Смык, 2015, с. 369], «как “бессмысленные удвоения... лишённые истинных человеческих черт и неограниченно порождаемые в соответствии со стандартной формой” (de M’Uzan, 1974)» [Кристал, 2000, с. 98]. «Объекты для них равнозначны людям только в том случае, если они пробуждают желание» [Белашина, 2006, с. 238]. В результате — обеднение межличностных связей. Хотя, несмотря на «эмоциональную невыразительность, алекситимики могут устанавливать длительные и тесные межличностные отношения (Flamieru, 1977)», но «близкие и очень немногочисленные межличностные связи этих больных чаще всего имеют характер сцепления, когда партнер воспринимается как часть себя» (Overbeck, 1977) [Былкина, 1995, с. 45] (упомянутая выше «ключевая фигура»). Но чаще у них отмечается неперсонифицированный характер привязанности: «На первый взгляд кажется, что объекты интересны этим людям... Однако привязанность носит утилитарный характер, и нет личностного вложения в эти объекты... У этих лиц <используемый> объект имеет повышенную ценность, однако любовные объекты в высокой степени взаимозаменяемы при сохранении центральной потребности просто иметь кого-либо на этом месте» (J. McDougall) [Гаранян, Холмогорова, 2003, с. 130]. «Когда такие люди остаются с одним объектом <их “любви”>, то это происходит потому, что, по их мнению, слишком хлопотно искать другой объект, так как они не видят никакой особой разницы между объектами» [Кристал, 2006, с. 366].

Для алекситимиков «характерно особое восприятие мира с недостаточностью его чувственного переживания» [Юрьева, Хватова, 2014,

с. 119]. Е.С. Иванова на основании многолетнего опыта изучения учащихся (от 14 до 32 лет) делает вывод, что алекситимия является фактором, существенным образом затрудняющим «как процесс эффективности присвоения обучающимся содержания и компонентов образовательной деятельности, так и процесс экстериоризации результатов обучения». «Алекситимик не воспринимает эмоционально окрашенные компоненты информации и деятельности в целом, т.е. в общем потоке сигналов извне для него это — “молчание” периоды, во время которых его внимание рассеивается, мотивация падает, и он фактически воспринимает лишь некоторую часть происходящего. То есть его опыт взаимодействия оказывается totally дискретным. И он вынужден самостоятельно заполнять эти разрывы, соединяя воедино отрывочные кусочки реальности». Алекситимики «обречены осваивать материал дискретно, дефицитарно, без личностной вовлеченности и сопутствующих трансформационных процессов. Такое поверхностное воздействие делает обучающегося из субъекта объектом, в которого загружают некоторую базу данных, при этом навыки извлечения и применения этой информации остаются вне сферы внимания педагогов» [2016, с. 107—108].

Как инфантильность [Николаева, 1991, с. 81] воспринимается незавершенность их детского опыта. Так же проявляется и «зависимость от близкого взрослого (матери) при совместном выполнении ряда задач» [там же, с. 86]. «Происходит тотальная идентификация с ключевым объектом, играющим для алекситимика родительскую роль» [Старшенбаум, 2017, с. 245]. Алекситимик «существует, так сказать, с помощью и благодаря наличию другого человека (его “ключевой фигуры”)». Соответственно «потеря (вымышленная или реальная) этой “ключевой фигуры”... часто обнаруживается как провоцирующая ситуация в начале (или при ухудшении) болезни» [Бройтигам и др., 1999, с. 64]. При психотерапии подобных пациентов «терапевт должен вести себя подобно матери, помогая пациенту продвигаться по пути достижения психологической зрелости» [Былкина, 1995, с. 50], «обучая его созданию символов, помогая осознавать, наблюдать и организовывать аффекты» [Урванцев, 1998, с 18], создавая и лексически наполняя психосемантическое пространство, характеризующее «эмоциональную жизнь в тесной

взаимосвязи с другими аспектами жизнедеятельности» [Ганзин, 2002, с. 72], должен запоздалым образом осуществлять «ту функцию, которую первоначально осуществлял ухаживающий за ребёнком родитель (и которую повседневно осуществляют в своей работе детские терапевты)» [Кристал, 2006, с. 419]. А в психоаналитической «терапевтической стратегии важное место приобретают необходимость использования терапии развития, буквально детальное научение пациентов анализу своих чувств, использование терапевта как модели, эталона» [Пищулина и др., 2005, с. 9]. (Отметим, что иногда [Гаус и др., 2019] при обсуждении вопросов психотерапии алекситимиков преобладает стремление лечить симптомы, а не болезнь.)

В силу идентификации с «ключевой фигурой» «внутренние диалоги» алекситимической личности недифференцированы, «диффузны, смазаны, слитны, в них трудноразличимы два внутренних собеседника» [Урванцев, 1998, с 18; Хватова, 2010, с. 102]. Актуализация «внутреннего диалога» является третьим, заключительным этапом разработанной Н.Д. Семеновой системы психокоррекционной работы по преодолению «алекситимического барьера» в условиях группы алекситимических астматиков. Ей «приём актуализации “внутреннего диалога” представляется адекватным целям преодоления алекситимии, поскольку в основе конкретных её проявлений лежит диффузность и слитность переживаний соматопсихического дискомфорта, что предполагает диффузность, нечёткость и слитность “внутреннего диалога”» [1988, с. 18—20]. При этом «с помощью специальных приёмов добиваются актуализации скрытых, не полностью осознанных внутренних диалогов; их развёртывания и вербализации» [Урванцев, 1998, с 17—18].

Выше была отмечена для когнитивно-конформного типа повышенная стандартность психических процессов, связанных с образами, ассоциациями, эмоциями, памятью, представлениями, с обслуживающим эти процессы мышлением (в частности, мышление примитивизируется), наблюдается смысловая зависимость от окружения. Поэтому естественны для алекситимиков отмечаемые Ганзиным «аморфность и нерасчленённость оценочных суждений, категоричность и полярность оценок, их детерминация внешними социальными нормами» [2002,

с. 70]. Это вместе с затруднениями у алекситимиков с детства в вербализации обычного жизненного опыта, отсечении его эмоциональной стороны влечёт за собой то, что они, по Гаранян и Холмогоровой, «припоминают очень незначительное количество как приятных, так и неприятных событий детства» [2003, с. 130], «очень редко рассказывают сны, а если и рассказывают, то их описания укладываются в одно предложение, причём ни сны, ни прочие события не вызывают у них никаких ассоциаций» [Белашина, 2006, с. 235], в результате содержание сновидений ими не запоминается [Гузова, 1998, с. 14]. Также «алекситимики в своих рассказах <на вопросы о своём детстве> проявляют отстранённость, нелогичность, поверхностное описание событий, перечисление травм без раскрытия их содержания и отношения к ним. Они избегают говорить о себе, своих состояниях, дают описания событий, реакций других людей или уходят от вопросов. Алекситимики как бы смотрят на своё состояние с точки зрения другого человека, им непонятно его эмоциональное содержание. В описании своих состояний они используют обобщённые характеристики “нормально”, “хорошо”, “плохо”, избегая уточнения» [Рябинкина, 2016, с. 123].

В результате «эти пациенты живут в настоящем, делая безжизненным своё прошлое» [Кристал, 2006, с. 404]. Им свойственны «малая представленность в настоящем событий прошлой жизни», «бедность языка в самоописаниях и общении» [Николаева, 1991, с. 86], «сложное описание тривиальных деталей окружения» [Пищулина и др., 2005, с. 7]. «Они многословно описывают свои физические ощущения (на примерах, сравнениях и т.п.), затрудняясь их чётко сформулировать» [Провоторов и др., 2000c, с. 68]. Как отмечает де М'Юзан (1974), «язык пациента беден, ровен и банален, привязан к настоящему и лишь воспроизводит факты, отмечаемые в хронологическом порядке» [Кристал, 2006, с. 366]. Их «главной характерной чертой... является присущее им пустое, мирское, безобразное, утилитарное и последовательное повторение конкретных “фактов”» [там же, с. 364], они «в разговоре утомляют повторами, однообразием, их речь направлена на механическую, функциональную сторону описываемого» [Пищулина и др., 2005, с. 8], «что напоминает поведение пациентов с умственной отсталостью» [Кристал, 2006, с. 404].

А поскольку алекситимиков, в отличие от обычных конформных личностей, обычно изучают как пациентов, то естественно их коммуникативный стиль характеризуется «максимальной представленностью в тематике обсуждаемых с другими <вопросов> проблем собственного здоровья, телесных ощущений и соматических симптомов» [Пищулина и др., 2005, с. 7]. Алекситимики «обычно рассказывают о деталях своей повседневной жизни, и в особенности о своих жалобах, без конца повторяющимся образом» [Кристал, 2006, с. 365].

Алекситимики «создают очень мало спонтанной речевой продукции во время психотерапевтического часа» [Малкина-Пых, 2009, с. 100]. Но, как показал Г.Ю. Аванесян на материале больных бронхиальной астмой (и что естественно для когнитивно-конформного типа), хотя «алекситимики хуже вербализуют эмоционально насыщенный стимульный материал... Однако трудности в вербализации при решении логических задач методом мышления вслух одинаково часто встречались» как при алекситимии, так и при её отсутствии. «Больные бронхиальной астмой, бедно вербализующие эмоции, могли свободно размышлять вслух при решении задач» [1997, с. 4].

Алекситимик «живёт, “не зная себя” — не замечая того, что происходит в собственном внутреннем мире; всё внимание при этом сосредоточено на событиях внешних» [Сандомирский, 2007, с. 77]. Алекситимики даже «воспринимают своё тело как сложную “вещь”, равно как эмоции представляют себе в виде физических событий» [Белашина, 2006, с. 237]. Мышление у них «механическое», «утилитарное», «конкретное»: оно связано с текущим моментом, ориентировано на конкретные реальные вещи, «почти не затрагивает внутренние объекты, лишено колоритности» [Бройтигам и др., 1999, с. 63]. Его «можно охарактеризовать как операторное мышление»: они «говорят только о конкретных и актуальных предметах, например, о своей машине или о погоде. Это мышление, приклеенное к материальности событий, оторванное от бессознательного, лишённое импульсов воображаемого, бедное и монотонное» [Хватова, 2010, с. 99]. Для алекситимиков характерны «узкий круг интересов» [Гаранян, Холмогорова, 2003, с. 140], заметное нарушение образного мышления [Соложенкин, Гузова, 1998, с. 18] (вызванное, видимо, прежде всего нарушением его гибкости). В соот-

ветствии со сниженной самостоятельностью мышления они, как отмечает Ф.Б. Плоткин, «не в состоянии организовать свои мысли в логичной и целостной форме» [2009, с. 86]. «Для женщин с высоким уровнем алекситимии свойственны противоречивые убеждения в процессе взаимодействия с внешним миром» [Шкуротенко, Коваленко, 2016, с. 77].

Ослабление самокритичности и дефицит рефлексии когнитивно-конформных личностей превращаются у алекситимиков (учитывая необходимость для развития рефлексии в дошкольном возрасте наличия «субъективно значимой для ребёнка психологической общности со взрослым» [Дорофеева, 2008, с. 237], чего у алекситимиков нет; и учитывая сниженный у алекситимиков контроль над эмоциями в связи с их недостаточным осознанием [Провоторов и др., 2000а, с. 274]) в недостаточность функции рефлексии [Николаева, 1991, с. 81]. «Дефицит рефлексии проявляется в том, что алекситимик неспособен управлять своими побуждениями, гибко перестраивать их в соответствии с изменяющимися условиями текущей жизненной ситуации, поскольку в процессе онтогенеза потребность в саморегуляции не была сформирована» [Менделевич, Соловьева, 2016, с. 351—352].

У алекситимиков «способность к абстракции существует, но не продуктивна» [Кристал, 2006, с. 404] (что естественно для когнитивно-конформных). Поэтому наглядно-действенное мышление у них преобладает над абстрактно-логическим [Николаева, 1991, с. 80]. Для представителей когнитивно-конформного типа, причём не понимающих свои эмоции и не отличающих их от телесных ощущений, естественным является наблюдение Г.Кристала: ассоциации алекситимиков «характеризуются почти полным отсутствием мыслей в связи с их внутренними отношениями, чувствами, желаниями или влечениями; в ассоциациях пересчитываются, часто очень подробно и утомительно, события в их внешнем окружении и их собственные действия в этой среде» [2006, с. 366]. Для алекситимиков «характерны конкретные стереотипные мысли» [Белашина, 2006, с. 236].

В связи с подобным снижением ассоциаций, стереотипностью мыслей и обеднением эмоциональности, невозможностью осознания эмоций и соответственно управления ими алекситимикам свойственны, как подчёркивают Ю.А. Пищулина с соавт., «бедность фантазии и

воображения» [2005, с. 6]. (Хотя у обычных конформных личностей, по Е. Bleuler [1920, с. 502], воображение «порядочное» или даже большое.) У алекситимиков же даже сексуальное взаимодействие страдает бедностью воображения [Белашина, 2006, с. 236]. Файн и Дэвид (1963) показали, что у алекситимиков «особенно трудно формировались фантазии, связанные с детскими и текущими конфликтами» [Кристал, 2006, с. 368]. А по И. Ялому, алекситимики «особенно поражают недостатком фантазий, относящихся к внутренним влечениям и аффектам» [2008, с. 360]. Их мечты и фантазии «отличает простое содержание, бедность красок и отсутствие оригинальности» [Плоткин, 2009, с. 86]. «Недостаточное воображение при алекситимии приводит к нарушению процесса идентификации с окружающими, а соответственно к неумению вообразить себя на месте собеседника и представить его чувства. А это приводит к неспособности чувствовать симпатию к другим людям» [Сандомирский, 2007, с. 77].

В результате алекситимикам свойственны «забоченность деталями окружения» [Былкина, 1995, с. 49], «сверхпривязанность к предметам, событиям внешней реальности, которые заполняют внутренние бреши» [там же, с. 48], pragmatism [Брель, 2012, с. 174], «фокусирование в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях» [Алекситимия.., 1994, с. 5]. Всё это проявляется не только на уровне сознания, но и подсознания, поскольку, как отмечает Былкина, пациенты вспоминают сны «очень редко, описывают скучо, как нечто, в точности повторяющее дневной эпизод» [1995, с. 44].

Отметим, что основные типы алекситимических особенностей (трудности идентификации и дифференцировки чувств и телесных ощущений; трудности вербализации чувств; недостаточность воображения и фантазии; внешне ориентированное мышление) могут проявляться в относительно равной степени или преобладать один из них (G.J. Taylor, 2000) [Корень, 2006, с. 22]. А по данным В.А. Шабалиной, при наличии выраженной алекситимии одного уровня студентам-мужчинам в среднем труднее говорить о своих чувствах и подбирать для них адекватные словесные описания, труднее распознавать чужие эмоции (прежде всего негативные и нейтральные), они в большей степени сфокусированы на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях; а

студенткам труднее понимать свои эмоции и чувства и распознавать чужие позитивные и сексуализированные эмоции [2017, с. 94]. Следует также отметить, что данные о половых различиях в выраженности алекситимии противоречивы [Потапова, 2013, с. 81; Иванова, 2016, с. 102—105; Юткина, 2017].

Но симптоматика алекситимии не исчерпывается перечисленными особенностями, которые должны наблюдаться у когнитивно-конформных лиц при недостаточности обучения в младенчестве важнейшим начальным психологическим навыкам.

Алекситимия на базе обоих подтипов конституциональной конформности

Лондон. Запыхавшийся, бледный дворецкий распахивает дверь и кричит:

— Сэр! Наводнение! Вода поднялась и скоро ворвётся сюда!

Джентльмен (медленно, не вставая с кресла у камина):

— Выди и доложи, как положено.

Дворецкий выходит, затем торжественно растворяет дверь:

— Темза, сэр.

Анекдот

Если мы имеем дело с конституционально конформной личностью не чисто когнитивного типа, а с наличием и поведенчески-конформной составляющей, то естественны отмечаемые для алекситимиков, «недостаточная инициатива и активность в поиске средств — даже при выполнении экспериментальных заданий» [Николаева, 1991, с. 86], и, с одной стороны, ригидность установок [Коростелева и др., 1994, с. 29], а с другой стороны, «неустойчивость и неадекватность целеполагания» [Николаева, 1991, с. 87], неустойчивость и ограниченность по содержанию жизненной направленности [Белашина, 2006, с. 239—240]. «Самоотношение алекситимической личности требует подтверждения как со стороны объективных результатов деятельности, так и со стороны предполагаемого отношения других, а руководство собой, своей жизнью требует внешнего контроля в виде предполагаемого отношения других. Алекситимик не доверяет своей самооценке и своему отношению к себе, т.е. не имеет опоры в знании и понимании себя и не способен самостоятельно оценивать свои качества» [Рябинкина, 2016, с. 124]. В частности (учитывая отмеченную в начале предыдущего раздела

повышенную зависимость от близкого человека), «выполнение любых “материнских” жизнеохранительных или утешающих действий отведено “внешней” фигуре (матери) и запрещено самому субъекту» [Белашина, 2006, с. 236]. Хотя такие люди «могут успешноправляться с работой и производить впечатление людей, в высшей степени адаптированных к реальности» [Гаранян, Холмогорова, 2003, с. 129], «легко контактируют с различными людьми» [Пищулина и др., 2005, с. 8], «могут выглядеть хорошо приспособившимися даже к тяжёлой жизни и казаться живущими без проблем. Но, по мнению Дж. МакДугалл <(1985)>, это псевдонормальность, кажущаяся приспособленностью» [Китаев-Смык, 2015, с. 369]. «Они механически проходят свой жизненный путь в большинстве случаев так, как если бы жили по инструкции» [Соложенкин, Гузова, 1998, с. 18].

Упоминалось выше о нахождении конституционально конформных целиком под контролем общественного мнения и руководящих указаний, следовании их за благонравием. Поэтому естественно замечание Е.С. Гузовой, что (в условиях Киргизии) алекситимики «достаточно редко обращались за помощью к народным целителям и экстрасенсам, больше доверяя традиционной медицине» [1998, с. 13].

В силу проблем с рефлексией (и, значит, с самосознанием) и отсутствием самостоятельности мышления и (у поведенчески-конформных) самостоятельности планирования деятельности алекситимикам свойственны, по В.В. Николаевой, «невозможность адекватного прогноза собственной деятельности (даже в экспериментальной ситуации)», «неопределенность или полное отсутствие перспективы будущего» [1991, с. 86—87], «невозможность целостного представления собственной жизни» [там же, с. 81], дефицит творческого отношения к ней [Брель, 2012, с. 174] и в результате «отсутствие наполненных фантазиями мечтаний» [Провоторов и др., 2001, с. 48], фактическое отсутствие сознательных или бессознательных фантазий осуществления желаний [Кристал, 2006, с. 365]. В частности, «ситуации, события, происходящие с ними, ставят их в тупик, являются для них неожиданными, непонятными, их невозможно предсказать, ими невозможно управлять» [Потапова, 2013, с. 80]. «Алекситимик не просто игнорирует чувства и переживания других, он также искренне недоумевает, почему окру-

жающие парадоксальным, с его точки зрения, образом откликаются на выдвигаемые им предложения, идеи, способы действия. Эти диссонансные моменты в процессе взаимодействия порождают напряженность, тревогу, часто способствуют отказу от деятельности» [Иванова, 2016, с. 106].

«Чем в большей степени у людей выражены признаки алекситимии, тем в большей мере они субъективно расценивают свою настоящую жизнь как неинтересную, бесполезную и бессмысленную. Они считают себя «заложниками» обстоятельств, у которых нет возможности свободно выбирать способ поведения и контроля над событиями жизни. Такие люди не чувствуют себя ответственными за те позитивные и негативные события, которые с ними происходят. Они уверены: что бы они не делали, какие бы усилия не предпринимали в попытках изменить ситуацию, они изначально обречены на неуспех» [Богомаз, Филоненко, 2005, с. 125]. Обнаружена отрицательная корреляция между уровнем алекситимии старшеклассников и их социометрическим статусом в системе иерархических отношений лидерства и подчинения в классе [Андронова, 2017, с. 66], что соответствует полному отсутствию лидерских качеств у конституционально конформных.

Поскольку алекситимики «не в состоянии разбираться в психологических структурах, то остаются на уровне конкретного «предметного» использования объектов» [Бройтигам и др., 1999, с. 64]. А «блокировка эмпатии «у самого корня», в самой своей основе, в самом сердце человека — мощный механизм защиты от переживаний, а значит, и основа эффективности» [Кроль, 2017, с. 22]. В итоге у них «преобладающий образ жизни — действие; присутствуют тенденция к импульсивности» [Былкина, 1995, с. 43].

Свойственные поведенчески-конформным лицам трудности самостоятельной оптимизации моторных действий вместе с упомянутым невниманием алекситимиков к собственному телу выливаются у последних в скованность поз и жестов, бедность мимики, роботообразность деятельности [Провоторов и др., 2000с, с. 68; Гаранян, Холмогорова, 2003, с. 129].

С «внутренними брешами», ощущением пустоты, отсутствием перспективы будущего и связана, видимо, «предрасположенность лиц с

алекситимией к алкоголизму и наркомании» [Провоторов и др., 2000, с. 67], к интернет-зависимости [Зайцев, Селиванова, 2017, с. 65]. В частности, алекситимию можно рассматривать как компонент склонности к аддикции (алкоголь, табак) уже у подростков (мужского пола) [Смайлова, Руссу, 2015]. Обнаруживается корреляция между уровнем алекситимии и формированием и тяжестью алкогольных проблем у подростков и молодых людей (мужского пола) [Копытов, 2011, с. 20, 23]. В других случаях (что вполне естественно для конституционально конформных акцентуатов) «даже индивиды с высоким уровнем алекситимии нередко выглядят хорошо адаптированными, хотя на самом деле ведут роботоподобное существование, опираясь в своем поведении на внешние нормы и инструкции» [Холмогорова, Гаранян, 2000, с. 33]. А «что вводит в заблуждение тех людей, которые незнакомы с этим расстройством, — так это то, что эти пациенты, которые часто функционируют крайне успешно в своей работе, кажутся «сверхприспособленными» к реальности, так что от них ожидается превосходное интеллектуальное функционирование. Однако за этим поверхностным впечатлением о превосходном функционировании открывается стерильность и монотонность идей и тяжёлое нарушение деятельности воображения». «Они иногда могут “настраиваться” с высокой точностью на волну окружающих людей для манипулятивных или эксплуататорских целей; однако сами эксплуататоры не могут описать тот аффективный межличностный процесс, из которого они получают выгоду» [Кристал, 2006, с. 365].

Повышение стандартности эмоционального реагирования у конституционально конформных личностей естественно свойственно и алекситимикам, усугубляясь проблемами с осознанием эмоций. У алекситимиков «изменение настроения возникает только по конкретной, доступной осознанной причине» [Гузова, 1998, с. 13]. «Никакие бессознательные течения, кажется, не беспокоят гладкую поверхность внешне спокойного сознания» (Р. Marty) [Холмогорова, Гаранян, 2000, с. 12]. Кроме того, им свойственна «ориентация на внешние, общественно приемлемые, “объективные” стандарты эмоционального реагирования»; соответственно они часто дают адекватную оценку простых (то есть привычных) эмоциогенных стимулов [Варламов, 2004,

с. 13, 17]. «Есть данные о том, что они вполне успешно идентифицируют основные эмоции: гнев, страх, счастье, печаль — на графических изображениях (Mc Donald, Prkachin, 1990)» [Былкина, 1995, с. 45]. Но учтем, что «умение употреблять словесные ярлыки, обозначающие эмоции в речи, не свидетельствует о действительной идентификации чувств» [Гузова, 1998, с. 16]. «Алекситимик, в скучных, вроде бы чётких выражениях описывающий свои ощущения, переживания, может казаться человеком, хорошо разбирающимся в себе. Но при более глубоком знакомстве выясняется, что это не скучность, а скучность, не чёткость, а примитивность, это жаргон, чужой жаргон, упрощающий общение при скучном выражении эмоций и чувств» [Китаев-Смык, 2015, с. 369]. Особенno хорошо это удаётся мужчинам, женщинам — много реже [Иванова, 2016, с. 104]. «Многие алекситимики научаются использовать широко распространённые выражения, обозначающие аффективные отклики, когда полагают, что должны их испытывать, либо в ситуациях, в которых они ранее наблюдали эмоциональную реакцию других людей. Поэтому они часто ведут себя подобно страдающему дальтонизмом, который научился скрывать свой дефект восприятия, используя различные ключи, помогающие ему делать умозаключения относительно того, что ему не удаётся увидеть». Они часто лишь называют эмоции, когда считают, что данная ситуация служит их оправданием. Например, обычно говорят, что сердятся, когда кто-либо не выполняет их желаний [Кристал, 2006, с. 361—362]. Они могут «займствовать “фантазию” из прочитанной книги или просмотренного кинофильма» [Белашина, 2006, с. 235], или того, что видят. Г. Кристал упоминает алекситимическую пациентку, «которая тщетно пыталась себе представить, что бы ей хотелось делать веселья ради в период отпуска, *<но>* была определённо способна понять, что в таких ситуациях станут делать другие люди, и представить себе эти их поступки и их радость по этому поводу» [2006, с. 405].

В результате «особенности субъективной <верbalной> оценки эмоциональной информации при алекситимии в значительной степени зависят от характера субъективного отчёта». При его высокой формализованности (в эксперименте) «оценки алекситимиков не отличаются от оценок лиц без алекситимии, в то время как по результатам свобод-

ного вербального самоотчёта алекситимики характеризуются ограниченностью активного эмоционального лексикона и большой стереотипностью в оценке собственного эмоционального состояния» [Варламов, 2004, с. 14].

У конституционально конформных подростков «дружеские отношения очень непостоянны, зависят от складывающейся ситуации» [Прутченков, Сиялов, 1994, с. 43], контакт и знакомства предпочтаются легкие [Личко, 1983, с. 44]. И у взрослых «межличностные отношения поверхностны» [Короленко, Дмитриева, 2000, с. 392]. У алекситимиков (в силу проблем с эмпатией и с эмоциональными проявлениями в общении и поведении) всё это усугубляется. Им свойственно, по И.В. Ганзину, «наличие ригидности в коммуникативных особенностях.., узкий спектр коммуникативного арсенала» [2002, с. 72]. Они «сидят ригидно, скучно двигают телом, использую малое количество жестов, когда разговаривают, и сохраняют почти ничего не выраждающее лицо» (Freyberger, 1977 [Кристал, 2006, с. 363]). Движения их «настолько нарочиты и неспонтанны, что кажутся натянутыми и ненастоящими» [Плоткин, 2009, с. 88]. По П. Сифнеосу, «эмоциональная невыразительность создаёт конфликтную ситуацию в межличностной сфере» [Хватова, 2010, с. 99], хотя сами алекситимики склонны «избегать потенциально конфликтных ситуаций» [Гаранян, Холмогорова, 2003, с. 141], что соответствует стремлению конформных не выделяться.

«Алекситимическая личность, пытаясь адаптироваться под принятые нормы общения, в действительности перерабатывает эмоционально окрашенные сигналы не напрямую, а опосредованно, соотнося с усвоенными стандартами поведения — таким образом, его реакции запаздывают, становятся неконгруэнтными, выпадают из контекста и по времени, и по своему содержанию» [Иванова, 2016, с. 103]. Как обнаружила М.С. Московская, люди с высоким уровнем алекситимии имеют более низкий уровень социальной интеграции (то есть меньше ощущают себя интегрированными в определённую сеть социальных взаимодействий), более низкий уровень воспринимаемых ими социальной поддержки в целом и эмоциональной поддержки в частности, а также способности к оказанию эмоциональной поддержки другим; но при этом не меняются показатели оказываемой им инструменталь-

ной поддержки и они более активны «в оказании инструментальной поддержки, которая основывается на конкретных способах помощи и не предполагает эмоциональной включённости в состояние другого человека» (то есть «может являться доступной стратегией установления контакта с другими людьми, компенсации снижения уровня воспринимаемой социальной поддержки»). Также у них у них не отмечается снижения удовлетворённости оказываемой им социальной поддержкой, т.е. они «мало осознают дефицит эмоциональной поддержки как проблему» [2015].

Для алекситимиков характерно выраженное стремление к доминированию над супругом [Никулина, 2010, с. 75], что вполне объясняется свойственной конституционально конформным людям высокой энергичностью и целеустремлённостью при осуществлении знакомой, привычной деятельности. «При этом в отношении с окружающими они не проявляют ни излишней агрессивности, ни дружелюбия — они остаются достаточно нейтральными и эмоционально непроявленными в своих отношениях» [там же], поскольку тут ситуация уже не является знакомой и привычной.

Защитные реакции и физиологические проблемы при алекситимии

Глупость и хорошее пищеварение —
незаменимые качества для борьбы с лише-
ниями.

*Томас Карлейль (1795—1881),
британский писатель,
историк, философ*

Учитывая 5-ю общую особенность конформных личностей (в форме снижения гибкости физиологической адаптации), вполне естественно, что для лиц с высокой алекситимией характерны проблемы с вегетатикой. Либо стойко повышенный уровень активации симпатической нервной системы, не изменяемый средовыми условиями [Гаранян, Холмогорова, 2003, с. 129; Провоторов и др., 2000б], повышенная активность гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой и симпатико-адреналовой систем [Провоторов и др., 2001, с. 48], значительное усиление «вегетативно-гуморальной активации при возникновении тревоги и эмоционального напряжения» [Провоторов и др., 2000а, с. 274]; либо, по другим данным, имеют место разнонаправленные отклонения вегетативной активации — или повышение, или снижение [Варламов, 2004, с. 2], или «наблюдается дисбаланс симпатических и парасимпатических влияний в виде дыхательной аритмии» [Белоусова, 2010, с. 86]. «В тех ситуациях, когда требуется проявление собственных чувств или идентификация их в другом, неспособность к вербализации чувств приводит больного в состояние внутреннего напряжения, разрешающегося разного рода соматическими феноменами (при бронхиальной астме это приступообразный кашель, затруднённое дыхание и т.п.)» [Семенова, 1991, с. 91].

«Нарушенная способность выразить свои переживания словами и, значит, невозможность послать сигнал SOS другим людям приводит к тому, что алекситимным пациентам не удается полноценно использовать поддержку в межличностных отношениях» [Гаранян, Холмогорова, 2003, с. 130]. Алекситимик «не в состоянии позаботиться о себе сам, т.е. организовать свои мысли в логичной, целостной форме, передать слушателю свои нужды» [там же, с. 134—135]. «Окружающие никогда не знают, что такой человек чувствует» [Плоткин, 2009, с. 88]. Кроме того, «алекситимические пациенты полагают, что они не должны “перенимать материнскую функцию” нахождения здравого смысла в их “лете”, ...они, подобно детям, просто сигналят о своём дистрессе. Вот почему они излагают множество тривиального материала в хронологической последовательности» [Кристал, 2006, с. 372], «отвергая свою ответственность за течение мыслей» [Кристал, 2000, с. 102] и «бессознательно ожидая, что время упорядочит его мысли, а слушатель сам догадается — в чём заключаются его нужды, переживания и потребности» [Гаранян, Холмогорова, 2003, с. 135]. То есть у них сильно заторможены функции самоутешения, самоуспокоения, заботы о себе [Кристал, 2000, с. 99].

Поэтому если у людей обычного конформного типа выработка защитных, компенсаторных и приспособительных механизмов просто затруднена, то при алекситимии на это накладывается невозможность разобраться в своих эмоциях и телесных ощущениях и получить поддержку как извне, так и изнутри. Исследования А.К. Акименко показали, что молодые алекситимики (19—30 лет) «в большинстве случаев в социальном поведении предпочитают стратегии “дистанцирования”, “самоуправления” и “бегства-избегания”. Копинги “принятие ответственности”, “планирование решения проблемы”, “положительная переоценка”, “поиск социальной поддержки” более характерны для молодежи с низким уровнем алекситимии и устойчивой системой саморегуляции произвольной активности» [2016, с. 315].

Алекситимики «ограничены в своих способностях к самоутешению, самоподдержке и обеспечению самоуважения» [Белашина, 2006, с. 236]. «Ряд авторов отмечают у этих больных ограниченную способность к регуляции своих внутренних состояний. Так, Р. Horton (1992) показал,

что, находясь в состоянии стресса, ощущая напряженность и дискомфорт, они используют меньше способов самоуспокоения, чем здоровые люди, предпочитая при этом психологическим средствам (обращение к воспоминаниям, разговор с другим человеком и т.д.) физическую двигательную активность (спортивные игры, езду на велосипеде и т.д.)» [Былкина, 1995, с. 44] или прием пищи¹. Они «прибегают в ситуациях повышенного психоэмоционального напряжения к курению и употреблению алкоголя как к наиболее простым и доступным для них способам купирования стресса» [Провоторов и др., 1998а, с. 27]. Им свойственно «использование незрелых психологических защит — отреагирования, отрицания, проективной идентификации» (правильнее говоря, лишь защитоподобного поведения) [Былкина, 1995, с. 48]. Присутствуют «тенденции к использованию действий в конфликтных и стрессовых ситуациях» [Алекситимия., 1994, с. 4]. «Неготовность к гибкому реагированию и страх изменить привычные, стереотипные формы поведения не позволяют такому человеку перестроить собственное поведение в соответствии с требованиями изменяющейся ситуации» [Богомаз, Филоненко, 2005, с. 126].

Для алекситимиков «собственный эмоциональный мир, с одной стороны, не имеет личной ценности, с другой стороны, является “белым пятном”. Однако неосознанные переживания приносят испытуемым ощущения беспокойства и опасности, что в свою очередь в ещё большей степени усиливает как внешнюю, так и внутреннюю конфликтность, общую неудовлетворенность жизнью и социальную дезадаптированность» [Никулина, 2005, с. 7]. Наблюдается положительная взаимосвязь алекситимии с напряжённостью межличностных отношений и отрицательная взаимосвязь — с удовлетворённостью жизнью [Авдулова и др., 2016, с. 36]. Алекситимики «во время конфронтации легко дают реакцию раздражения, что внешне проявляется в

¹ Значительное ожирение обычно несвойственно конформным лицам, стремящимся быть как все и являющимися людьми весьма активными (хотя при соматической патологии физическая активность может падать). Соответственно алекситимия, сопровождающаяся ожирением [Коростелева и др., 1994; Провоторов и др., 2001, с. 48], часто относится к иным, не связанным с конституциональной конформностью, формам алекситимии.

изменении громкости голоса, вегетативных признаках и стереотипных жестах, выдающих психическое напряжение. Сами же пациенты впоследствии оценивают своё состояние как “спокойное” [Гузова, 1998, с. 14]. «Доминирующими стратегиями поведения в ситуациях супружеских конфликтов» для алекситимиков являются избегание (для которого «характерно стремление как можно быстрее выйти из ситуации общения, а также отсутствие стремления к кооперации и отсутствие тенденций к достижению собственных целей», т.е. «находиться в ситуации длительного межличностного общения довольно тяжело») и приспособление (для которого «характерен отказ от собственных желаний и интересов»). Всё это «означает готовность... к уходу от неприятной ситуации, а не желание её решить». Им в своей семье порой легче отказаться от собственных желаний, чем отстаивать их или говорить о них [Никулина, 2010, с. 75—77].

«Однако стресс жизни мучителен для алекситимиков, хотя это не видно из их слов и реакций на неприятности и горе». «При стрессе алекситимикам, как и маленьким детям, трудно отделить свои телесные ощущения от эмоциональных переживаний. То ли болит в груди и от этого “тошно на душе”, то ли душевые невзгоды ощущаются как боль внутри тела» [Китаев-Смык, 2015, с. 369].

Как следствие у них «наблюдаются повышенные фоновые значения отрицательных эмоций» [Варламов, 2004, с. 8], «склонность концентрировать внимание именно на неудачах» [Богомаз, Филоненко, 2005, с. 125], высокий уровень личностной и ситуационной тревожности [Провоторов и др., 1998б, с. 45, 2001, с. 48], «неуверенность, нарушение базового доверия к миру, сниженная толерантность к фрустрации» [Солдатова, Шайгерова, 2002, с. 69], склонность к депрессивному типу реагирования в стрессовых ситуациях [Провоторов и др., 2001, с. 49; Бурлова, 2004, с. 1]. «Внутренние ощущения описываются преимущественно в терминах раздражительности, скуки, пустоты, усталости, возбуждения, напряжения и т.д.» [Былкина, 1995, с. 43]. «Внутренняя закованность, отсутствие внутренних средств гармонизации жизни или неспособность их адекватного выбора и делают такого пациента подобным... “чем-то вроде туго натянутого каната”» [Николаева, 1991, с. 84]. Наблюдается «тенденция к резкому разрешению

конфликтных ситуаций» [Брель, 2012, с 174]. Они «не испытывают к себе доверия, ожидая от себя разного поведения» [Рябинкина, 2016, с. 123]. «Они могут не испытывать гнева в сильно раздражающих обстоятельствах, однако при этом периодически переносить внезапные вспышки деструктивной ярости»; в результате у них случаются «аффективные бури» [Гаранян, Холмогорова, 2003, с. 129], «у них в ряде ситуаций с легкостью возникают кратковременные, но чрезвычайно резко выраженные в поведении аффективные срывы, причины которых <ими> плохо осознаются» [Николаева, 1991, с. 81], поэтому некоторые «предпочитают одиночество, часто избегают людей» [Былкина, 1995, с. 43]. «Слёзы бывают редко, временами обильные, но кажутся не связанными с сопутствующими чувствами (печаль, злость)» [Пищулина и др., 2005, с. 7]. А «ограниченные возможности понимания себя, связанные с дефицитом рефлексии, становятся значительным препятствием в психотерапевтической работе с этими больными» [Николаева, 1991, с. 81]. Им свойственны «затруднения в формировании терапевтических отношений с врачом и медицинским персоналом» [Ганзин, 2002, с. 71]. С ними最难 установливать оптимальные психологические контакты в условиях терапевтической клиники, они более насторожённо относятся к предстоящему обследованию и лечению [Провоторов и др., 2000а, с. 275]. В итоге алекситимичные больные отличаются более низкой приверженностью врачебным рекомендациям [Кравченко, Бурлова, 2001, с. 119; Провоторов и др., 2000а, с. 273; 2000б].

«Пациентов с высокими показателями алекситимии относят к категории наиболее трудных для оказания психотерапевтической помощи, так как большинство психотерапевтических подходов предполагает хотя бы относительно сохранные способность использовать собственные эмоции в качестве важных символов» [Плоткин, 2009, с. 91]. К тому же «когда в ходе психотерапии пациент <алекситимик> учится чувствовать и символически выражать своё эмоциональное состояние, в нём могут раскрыться новые, неизвестные ему ранее, потенциалы и угрожающие аффекты. Например, пациент может почувствовать подавляемую ранее ярость». «Не справляясь с освобождаемой яростью и агрессией, пациент может совершать делинквентные (криминальные)

поступки или — что бывает гораздо чаще — прибегает к помощи алкоголя» [Хватова, 2010, с. 102].

Для большинства подростков-сирот с алекситимическими чертами личности «характерны недостаточный контроль эмоций и влечений, неспособность выразить их в социально допустимой форме, низкая фрустриационная толерантность. Они склонны воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие и реагировать на них состоянием тревоги» [Пищулина и др., 2005, с. 67]. «Немия и др. (1976) писали о “кратковременных, но яростных” взрывах эмоций <у алекситимиков>: “Глаза пациентов могут, например, внезапно наполняться слезами; однако когда их спрашивают об этом, они не замечают у себя наличия чувства печали и не могут объяснить, почему они плачут. Или, хоть и не ощущая никакого гнева перед лицом ухудшающихся обстоятельств, они могут проявлять взрывные вспышки деструктивной ярости”». Эти неожиданные вспышки прекращаются столь же резко, как и начинаются [Кристал, 2006, с. 364].

Естественным для людей конформного типа [Bleuler, 1920, с. 509] является то, что пациенты с алекситимией крайне редко направляются на консультацию к психиатру [Гаранян, Холмогорова, 2003, с. 141]. Причём это обращение никогда не инициализируется самим пациентом, но и не вызывает выраженного сопротивления, рационализируясь наличием «головных болей», «расстройств сна», необходимостью проведения «обследования» и т.д. [Гузова, 1998, с. 13—14].

Алекситимия и клиническая патология

Нельзя врачевать тело, не врачуя души.

*Сократ
(около 470—399 гг. до н. э.),
древнегреческий философ*

При алекситимии снижены пороги реагирования на хронический иммунный стресс и высок уровень ряда аутоиммунных заболеваний [Иванова, Горобец, 2011, с. 76] (например, среди больных хроническим аутоиммунным тиреоидитом (зобом Хашимото) в фазе эутиреоза алекситимия встречается у 50% [Иванова и др., 2009, с. 60]), что вполне соответствует лежащей в основе конституционально конформного типа личности избыточности мощности сферы иммунитета¹, наряду со снижением гибкости физиологической адаптации.

Поскольку у алекситимиков выработка защитных, компенсаторных и приспособительных механизмов крайне затруднена, примитивизирована и проблематично получить поддержку извне, то не удивительно, что, как отмечают Н.Н. Петрова и Л.Л. Леонидова, «установлена положительная связь между уровнем алекситимии, депрессии и тревоги» [2008, с. 33]. А «сочетание проявлений тревожно-фобических, депрессивных и субдепрессивных нарушений в пубертате образует общий паттерн, тесно спаянный с симптомами алекситимии» [Головина, 2011, с. 39]. «Уровень и структура тревоги и тревожности у женщин с раком молочной железы взаимосвязаны с алекситимией и уровнем депрессии» [Кузнецова, 2008, с. 318].

Неумение алекситимиков понять то, что происходит внутри них, часто выражается в алгическом синдроме: «неприятные телесные

¹ Одной из причин аутоиммунной реакции организма является гипериммунное состояние.

ощущения, не обозначенные как “боль”, имеют разлитой характер¹, являются основой формирования ипохондрического поведения, основная цель которого заключается в поиске причин их возникновения» [Гузова, 1998, с. 13]. А «пациенты, страдающие от синдрома хронической боли, “склонные к испытыванию боли люди”, ...имеют... очень высокий уровень алекситимии» [Кристал, 2006, с. 362]. «J. Kauhanen <(1993)> обнаружил, что выраженность <алекситимии> выше у тех индивидов, которые предъявляют больше жалоб соматического характера (головные боли, трепет рук и т.п.). Эти же люди чаще, чем не-алекситимики, оценивают состояние своего здоровья как неудовлетворительное» [Левшунова, 2010б, с. 363]. Некоторые алекситимики воспринимают эпизоды дистресса исключительно как «болезнь» [Кристал, 2006, с. 362].

Выше отмечалось, что у людей конституционально конформного типа должна быть повышенная подверженность заболеваниям, вызванным неинфекционной соматикой и/или связанным с нервно-психическими нарушениями. А учитывая обрисованное, значительно худшее (чем у лиц просто конформного типа) состояние дел у алекситимиков с психологической защитой и отношением к себе, вполне объяснимо, что «в настоящее время алекситимия рассматривается как один из самых главных факторов уязвимости к соматизации и соматическим болезням» [Гаранян, Холмогорова, 2003, с. 130].

Но тут надо подчеркнуть, что конституциональная конформность с недостаточностью обучения в младенчестве важнейшим начальным психологическим навыкам является частой, но только одной из многих причин алекситимии. И здесь логика нашего рассмотрения прерывается, и далее мы будем обсуждать алекситимию в целом как явление, чтобы читатель смог получить о ней более полное представление.

«Современные медико-психологические исследования алекситимии выявляют всё большую роль, которую она играет в развитии многих психосоматических заболеваний» [Сандомирский, 2007, с. 77]. В частности, «выраженность алекситимии устойчиво положительно корре-

¹ Алекситимики же «не в состоянии локализовать чувства внутри своего тела» [Ялом, 2008, с. 360].

лирует с вероятностью возникновения и дальнейшего развития гипертонии, ревматоидного артрита, диабета, желудочно-кишечных и онкологических заболеваний» [Варламов, 2004, с. 1]. «Между избыточной массой тела и показателем Алекситимии обнаружена прямая зависимость» [Провоторов и др., 1998б, с. 47]. «У мужчин Алекситимия рассматривается как одна из психологических причин нарушения сексуального здоровья» [Петрова, Леонидова, 2008, с. 33]. Уровень Алекситимии значимо выше при наличии следующих заболеваний, чем без них: ревматоидный артрит [Яковleva, 2000, с. 88; Кремлева, Лозовая, 2006, с. 76], дерматология (псориаз, атопический дерматит, склеродермия) [Клибсон и др., 2018, с. 107—108], туберкулэз органов дыхания (особенно в случае применения оперативного лечения) [Золотова и др., 2013, с. 29], а также у детей и подростков с различными проявлениями туберкулэзной инфекции («от первичного инфицирования до локальных форм») [Исаева, 2001, с. 6]. На фоне Алекситимии более тяжело протекает гипертоническая болезнь [Лышова и др., 2002, с. 50], стенокардия напряжения [Бурлова, 2004, с. 3], бронхиальная астма [Провоторов и др., 1998б, с. 46], язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки («язвенные и эрозивные поражения имеют большие размеры и склонны к более медленному заживлению») [Провоторов и др., 2000а, с. 273], анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева) [Кузнецова и др., 2013, с. 49—50], сахарный диабет 2-го типа (декомпенсация углеводного обмена, наличие осложнений) [Сапожникова и др., 2012, с. 26], паническое расстройство (большая частота панических атак) [Калинин, 1995, с. 96—97], ранний постинфарктный период у больных ишемической болезнью сердца женщин [Дьячкова-Рехтина и др., 2007, с. 54]. У больных ревматоидным артритом при Алекситимии (по сравнению с её отсутствием) выше степень активности ревматоидного процесса, выраженная морфологическими и функциональными изменениями в суставах [Яковлева, 2000, с. 89]. Для больных с осложнениями после холецистэктомии характерен высокий уровень Алекситимии, а для тех, у кого после холецистэктомии осложнений не было, характерен низкий её уровень [Гордиенко и др., 2010, с. 66]. Значимо повышен уровень Алекситимии при задержке психического развития (без органических поражений головного мозга) у подростков [Брель,

2018а, с. 148]. (В последнем случае в механизмах формирования имеется явная аналогия с конституциональной конформностью при недостаточном обучении в младенчестве важнейшим начальным психологическим навыкам.)

Наличие алекситимии снижает качество жизни детей с нефропатиями [Гурович и др., 2010, с. 114], пациентов, больных ишемической болезнью сердца [Кравченко и др., 2002, с. 44], в частности больных стенокардией напряжения [Бурлова, 2004, с. 1], больных, перенёсших инфаркт миокарда [Провоторов и др., 1998а, с. 26] и перенёсших операцию аортокоронарного шунтирования [Глущенко и др., 2007, с. 42]. Высокий уровень алекситимии достоверно коррелирует с дезадаптивными формами реагирования на онкологическое заболевание [Кашенкова, 2011, с. 39]. У больных с синдромом диабетической стопы, у которых наблюдается высокая степень психологической дезадаптации, обнаруживается и выраженная алекситимия; при менее выраженной дезадаптации уровень алекситимии существенно ниже [Исаченкова, 2011, с. 88]. Наличие алекситимии снижает готовность к материнству беременных женщин [Шкуротенко, Коваленко, 2016, с. 82]. Выявлена значимая положительная корреляция между уровнями алекситимии и эмоционального выгорания у социальных работников [Трухан, Кутас, 2010, с. 61]. Уровень алекситимии значительно увеличивается по мере увеличения стажа работы и по мере усиления эмоционального выгорания у сотрудников дома-интерната для престарелых и инвалидов [Акименко, 2017, с. 371]. Алекситимия весьма часто встречается среди лиц с алкогольной зависимостью (45—67%), в том числе после процедуры противоалкогольного «кодирования» методом инъекционного блокирования, причём и после этой процедуры алекситимикам «присущи значительно более высокие уровни патологического влечения к алкоголю», чем неалекситимикам [Сергина, Журбук, 2014]. У перенёсших алкогольный делирий («белую горячку») алекситимичность выше, чем у не перенёсших её [Сахаров и др., 2017, с. 53]. Алекситимия «замедляет формирование внутренней картины болезни» [Ганзин, 2002, с. 72], нередко сопровождается резистентностью к медикаментозной терапии [Гузова, 1998, с. 14].

Высок средний уровень алекситимии: у больных с первичной артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца [Провоторов и

др., 2000с, с. 68; Кравченко, Бурлова, 2001, с. 118] и, в частности, стенокардией напряжения [Бурлова, 2004, с. 16], а также при остром инфаркте миокарда [Байкова, Цурко, 2007] и у перенёсших инфаркт миокарда [Провоторов и др., 1998а, с. 26]; у больных гипертонической болезнью [Лышова и др., 2002, с. 48], бронхиальной астмой, язвенной болезнью (желудка и двенадцатиперстной кишки), неврозами [Алекситимия.., 1994, с. 12] (и, в частности, фобическими расстройствами у подростков [Головина, 2011, с. 39]), хроническим холециститом [Будневский, Ряскин, 2001а, с. 12], хроническим панкреатитом [Будневский, Ряскин, 2001б, с. 52], эрозивным гастродуоденитом (у подростков) [Макарова, Эйдемиллер, 1996, с. 166], сахарным диабетом [Кошанская, Винокур, 2006, с. 110] (в частности, сахарным диабетом 2-го типа [Сапожникова и др., 2012, с. 26]), анкилозирующим спондилитом [Кузнецова и др., 2013, с. 48], псориазом и атопическим дерматитом [Мостовая, 2015, с. 1021—1022, 1024], вибрационной болезнью [Кирьяков, Сухова, 2009, с. 21; Бабанов, Воробьева, 2011, с. 193]; при пылевых заболеваниях лёгких [Бабанов и др., 2016, с. 71] и других профессиональных заболеваниях, вызванных длительным стажем работы в физиологически вредных условиях труда, [Данилов и др., 2017, с. 48—49]; при тревожных и соматоформных расстройствах и у больных с хронической болью [Гаранян, Холмогорова, 2003, с. 130], с хронической недостаточностью мозгового кровообращения [Никольская, Горячкина, 1997], с хронической почечной недостаточностью при длительном нахождении на гемодиализе [Дроженкова, 2017, с. 21—22]; у наркоманов, онкологических и депрессивных больных и пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством [Холмогорова, Гаранян, 2000, с. 33]; у наркоманов, алкоголиков и бывших узников концлагерей [Кристал, 2000, с. 81—83]; при проблемном интернет-гемблинге¹ [Смайлова, 2017]; у трудовых мигрантов, не знающих языка и не интегрированных в куль-

¹ Интернет-гемблинг — патологическая склонность к азартным играм в Интернете. При проблемном гемблинге пристрастие к азартной игре может влиять на профессиональную деятельность, у игроков начинаются трудности в общении с близкими из-за времени и средств, затраченных на игру; но выраженность зависимости ещё не достигает критериев МКБ-10 (F63.0 Патологическое влечение к азартным играм).

туру страны пребывания [Киселева и др., 2016, с. 12]; у женщин с диффузным телогенным выпадением волос¹ [Урюпина, Малишевская, 2017, с. 287], с хроническими гинекологическими заболеваниями [Потемкина, 2010] или после мастэктомии в связи с раком молочной железы [Долгова, Курьян, 2013].

Но следует различать алекситимию, являющуюся преморбидным фоном (и, возможно, провоцирующим фактором) заболевания (таковы, например, бронхиальная астма [Провоторов и др., 2000а, с. 274], аутоиммунный тиреоидит в фазе эутиреоза [Иванова и др., 2009, с. 60, 62], анкилозирующий спондилит [Кузнецова и др., 2013, с. 49—50] — длительность заболевания не влияет на выраженность алекситимических черт), и алекситимию, формирующуюся под влиянием заболевания или параллельно его развитию (например, при вибрационной болезни [Кирьяков, Сухова, 2009, с. 21; Бабанов, Воробьева, 2011, с. 193], эpileпсии [Волов, 2007, с. 151, 153], дисциркуляторной энцефалопатии, вызываемой внутричерепным венозным застоем [Петрова, Леонидова, 2008, с. 39—40], хронических гинекологических заболеваниях [Потемкина, 2010, с. 37], а также у детей с диагнозом «рак» (Mishra V.Sh. et al., 2012) [Нартова-Бочавер, Потапова, 2012, с. 12]). Обнаружено увеличение уровня алекситимии «у пациентов с ВИЧ-инфекцией как по мере прогрессирования заболевания, так и по мере увеличения его длительности»; но не ясно, в какой мере это вызвано собственно заболеванием, а в какой мере сопровождающей его психической травмой (как внутреннего, так и внешнего происхождения) [Рыбников, Улюкин, 1014, с. 95]. Интернет-зависимость может быть причиной формирования или усиления алекситимии; при этом, если интернет-пространство «насыщается эмоциями, то реальность, наоборот, эмоционально оскудевает, в реальных социальных отношениях интенсивность эмоционального фона снижается» [Зайцев, Селиванова, 2017, с. 65]. В группе пациентов с малыми аномалиями сердца (включая пролапс митрального клапана) даже при минимальной степени выраженности уровень алекситимии повышен (относительно группы без таких проявлений), и ещё более он повышен при умеренной степени выраженности этих аномалий [Курако и др.,

¹ Это наиболее частый вид выпадения волос.

2013, с. 322]. «Исследование больных с паническими расстройствами и социофобией показало, что на фоне лечения выраженность Алекситимии значительно уменьшается одновременно с уровнем тревоги» (I. Fukunishi et al., 1997) [Петрова, Леонидова, 2008, с. 33]. А.В. Асеев с соавт., в силу обнаружения многолетнего предшествующего заболеванию наличия Алекситимических психологических особенностей, рассматривают «Алекситимию как один из возможных психологических предшественников рака молочной железы» [1995, с. 19].

Но Алекситимия встречается и у здоровых людей [Алекситимия..., 1994, с. 6; Гаранян, Холмогорова, 2003, с. 130] различных возрастных групп [Малкина-Пых, 2009, с. 105], начиная по крайней мере с подросткового возраста у обоих полов [Юткина, 2017]. «От 5 до 23% здорового взрослого населения имеют отдельные Алекситимические черты» [Провоторов и др., 2000c, с. 66]. Отмечено, что «чем раньше индивид начинает заниматься спортом, чем продолжительнее эта деятельность и чем выше квалификация атлета, тем больше выражен его Алекситимический радикал»; но тут ключевое значение имеет психологический климат в спортивной команде: «синдром Алекситимии у современного российского спортсмена — это проявление неблагополучия в спортивном коллективе» [Кутишенко, 2014, с. 78—79]. Причём доказано, что хотя «лица с Алекситимическими чертами в жизни могут и не обнаруживать заметной психической патологии, однако под действием стрессовых факторов они проявляют склонность к эксцессам — пищевым, алкогольным, лекарственным, испытывают неопределённые страдания, которые им трудно описать (Гиндикин, Гурьева, 1999)» [Пищулина и др., 2005, с. 12]. Для студентов с высоким уровнем Алекситимии характерно преобладание низких показателей удовлетворённостью жизнью (в том числе самооценки здоровья, психосоциального стресса, удовлетворённости основных жизненных потребностей), тогда как для студентов с низким уровнем Алекситимии характерно обратное [Никулина, Синеева, 2008, с. 79]. Обнаружено, что «наличие Алекситимических характеристик в структуре личности мужчин в возрасте 41—60 лет повышает риск их преждевременной смерти от разных причин (включая несчастные случаи, насилие и т.д.) в 2—3 раза» (J. Kauhanen et al., 1996) [Провоторов и др., 2000c, с. 67].

Классификация причин алекситимии

Ключом ко всякой науке является
вопросительный знак.

*Оноре де Бальзак
(1799—1850),
французский писатель*

Итак, мы выше в первом приближении объяснили, каким образом конституционально конформный тип характера при недостаточности обучения в младенчестве важнейшим начальным психологическим навыкам порождает алекситимию. (Речь, естественно, идёт не только о лицах чистого конформного типа — достаточно при смешанном типе акцентуаций наличия выраженной конституционально конформной составляющей.) Но почему до сих пор не обращалось внимания на связь алекситимии с конформным типом? Скорее всего потому, что алекситимией занимаются преимущественно психиатры, психотерапевты и медицинские психологи, а они, не встречаясь в своей практике с конформной психопатией, обычно не выделяют конформный тип как отдельную единицу. (Нет его и в МКБ-9, МКБ-10 и в DSM-IV, DSM-IV-TR, DSM-5.) Также не находят они следов конформного типа (хотя бы в виде акцентуации) в себе и друг в друге, поскольку люди со сколько-нибудь заметной конформной составляющей в характере не смогут (и не захотят) работать ни психиатрами, ни психотерапевтами, ни психологами. (Я, продиагностировав на добровольной основе более ста семидесяти студентов психфака МГУ им. М.В. Ломоносова на основе собственной методики, позволяющей выявить у испытуемого весь спектр акцентуаций характера, не обнаружил ни у кого наличия конформной составляющей. Все остальные типы акцентуаций присутствовали.) Видимо, поэтому конформный тип (не путать с просто конформностью) остаётся мало признанным [Личко, 1993, с. 11], и его описывало много меньше авторов, чем любой другой тип акцентуаций-психопатий.

Но алекситимия, как выше упоминалось, формируется не только на базе конституционально конформного типа. В.С. Ротенберг указывает на то, что понятие «алекситимия» приобрело слишком широкое значение и включает разные феномены [Китаев-Смык, 2015, с. 373]. Л. Кроль отмечает, что алекситимия не только бывает различной степени выраженности и различного происхождения, но и по-разному сочетается с другими характеристиками личности [2017, с. 21]. А Е.Ю. Брель пишет, что исследователи алекситимии «единодушны только в подтверждении факта существования алекситимии и повторяющихся описаниях характерных признаков феномена» [2012, с 173]. Более того, G.J. Taylor и соавт. (1997) сделали вывод «на основе факторного анализа: социальная конформность не является важным компонентом конструкта алекситимии» [Старостина и др., 2010, с 34]. И хотя, например, алекситимичные дети, воспитывающиеся в учреждениях интернатного типа, отличаются высокой конформностью [Пищулина и др., 2005, с. 21], но значимо повышенный уровень алекситимии наряду с низкой конформностью свойственны детям старшего и подросткового возраста с различными проявлениями туберкулёзной инфекции от первичного инфицирования до активного туберкулёза различных органов и систем [Исаева, 2001, с. 6, 11].) Если при алекситимии, формирующемся на базе конституционально конформного типа, следует ожидать повышенного врождённого иммунитета, то при других её видах такого нет. Как этим, так и вторичным снижением иммунитета, видимо, объясняются данные о снижении показателей клеточного и гуморального иммунитета и лимфопении у алекситимичных пациентов [Провоторов и др., 2000с, с. 68]. А данные о том, что по обобщенным антропометрическим характеристикам студентки с алекситимией не отличаются от студенток без неё [Пашкова и др., 2011], не могут противоречить гипотезе о связи алекситимии с конформным типом просто потому, что, как обосновал Нарышкин [1999б], избыточность мощности иммунитета не влияет непосредственно на общие антропометрические параметры.

В целом алекситимию по происхождению, видимо, следует делить на *органическую и функциональную* («трудность в вербальном описании эмоционального опыта, не связанная причинно с какими-либо мозговыми расстройствами») [Трунов, 2010, с. 94]. Обсуждавшаяся выше

форма алекситимии, формирующаяся у людей конституционально конформного типа, может быть названа *функционально-органической*, поскольку вызывается сочетанием определенных особенностей строения мозга с расстройством материнско-детских отношений. *Собственно органическая (нейрофизиологическая) алекситимия* — это алекситимия непосредственно вызываемая более серьёзными недостатками формирования мозга (*первичная*¹) [Калинин, 1995, с. 101] или позднейшими поражениями (морфологическими или функциональными) мозга (*вторичная*) без специфического участия в этом каких-либо типов психолого-педагогических и социальных воздействий: например, алекситимия в результате морфологической или функциональной комиссуротомии² — расщепления полушарий мозга (К. Норре, 1977) [Кристал, 2000, с. 97; Былкина, 1995, с. 46], или при различных формах эпилепсии и эпилептоформных расстройств с наличием патологического очага возбуждения в головном мозге и типичных пароксизмальных расстройств [Волов, 2007, с. 151, 153], или при инфарктах головного мозга в бассейне левой средней мозговой артерии (в позднем восстановительном периоде), особенно сильно выраженная у мужчин и при наличии речевых нарушений (в отличие от пирамидной симптоматики) [Антонова и др., 2015], или при дисциркуляторной энцефалопатии, вызываемой внутричерепным венозным застоем (когда хроническая недостаточность мозгового кровообращения обусловлена атеросклеротическими изменениями церебральных сосудов) [Петрова, Леонидова, 2008, с. 39]. *Функциональная алекситимия* может делиться на ряд видов и подвидов:

- *педагогическая*, формирующаяся в результате:
 - 1) воспитания в суровом климате родительской семьи:
 - а) порождающем ужасные эмоции (алкоголизм в семье, гневливые родители, склонные к насилию сиблинги) [Холмогорова, Гаранян, 2000, с. 34—35; Гаранян, Холмогорова, 2003, с. 135];

¹ Формирующаяся с детства устойчивая алекситимия называется первичной [Гаранян, Холмогорова, 2003, с. 135].

² Под морфологической комиссуротомией понимается перерезка мозолистого тела — одной из многих, но самой крупной и важнейшей комиссурой, соединяющей большие полушария мозга.

- 6) особой «патриархальности» семьи (с крайне сильными традициями, патриархальными устоями, нормами поведения, когда большое значение придаётся ролевым стереотипам и механизмам подчинения индивидуального групповому) [Пищулова и др., 2005, с. 11];
- 2) воспитания в суровых климатических условиях Севера¹, порождающих социальный фактор, подавляющий развитие навыков эмоциональной жизни [Белоусова, 2010, с. 86; Бартош, 2014, с. 22; Бартош и др., 2016, с. 22]; действие этого фактора подтверждается и существенным нарастанием уровня алекситимии в условиях Севера у студенток в ряду соматотипов от физически более крепких к менее крепким: мегалосомный, лептосомный, мезосомный (по И.Б. Галанту) [Белоусова и др., 2009];
- 3) директивного навязывания ребёнку «инвалидного» стиля жизни в связи с болезнью или операцией в раннем детстве с последующими ограничениями активности и соответственно ограниченность эмоционального опыта спектром негативных эмоций (страдание, жалость, неуспех) [Николаева, 1991, с. 87; Белашина, 2006, с. 240]²;
- 4) симбиотической связи со значимой фигурой, осуществляющей тотальный контроль и опеку [Пищулова и др., 2005, с. 10, 12], в частности при задержке психического развития без органических поражений головного мозга [Брель, 2018а, с. 148];
- 5) содержания в учреждениях интернатного типа с младенчества («алекситимия встречается почти у 60% подростков, вос-

¹ По МакДугалл (1974), алекситимики «“сверхадаптированы” к реальности и трудности существования»; им свойственно «роботоподобное существование, которое представляется сверхадаптацией к реальности, после того как был уничтожен мир воображения и чувств» [Кристал, 2006, с. 368, 387].

² Например, такого рода алекситимия наблюдается у взрослых, «перенёсших в возрасте до 3-х лет операцию по поводу врождённого порока сердца» [Николаева, 1991, с. 86]. В результате близкий взрослый этих пациентов организовывал и контролировал их деятельность вплоть до периода взрослоти самих больных, строил всю программу их будущей жизни; и позже «удовлетворительное (или даже хорошее) соматическое состояние не становилось достаточным условием для преодоления инвалидного стиля жизни» [там же, с. 87].

питывающихся в условиях лишения родительского попечительства») [Пищулина и др., 2005, с. 5, 66] и не только с мальчества [Уласень, Ваулин, 2017, с. 114, 116];

- 6) запрета на открытое выражение чувств [Гаранян, Холмогорова, 2003, с. 139] или на выражение прежде всего отрицательных эмоций [Гузова, 1998, с. 21], например, воспитания «настоящих мужчин», «которые “не распускают нюни”, “не жалуются”, “не плачут”» [Трунов, 2010, с. 95], ведь эмоции, прежде всего отрицательные, это проявления слабости [Гузова, 1998, с. 10] (распространены такие «социально-психологические стереотипы, как “мужчины не плачут” для представителей сильного пола или “не выносить сор из избы” — для женщин» [Сандомирский, 2007, с. 78]; «женщине ещё даётся право на чувства, мужчине же это категорически запрещено» [Соловьенкин, 2011, с. 72—73]);
- 7) просто отсутствия в семье искреннего выражения чувств, вызванных реальной жизнью [Брель, 2012, с 176] (например, при алекситимии у родителей [Холмогорова, Гаранян, 2000, с. 35]; имеются «данные о “семейной передаче” алекситимии и ассоциированных с ней личностных и поведенческих характеристиках» [Лозовой, Лозовая, 2013, с. 37]);

– **психологическая** с вариантами:

- 1) *первичная*, вызванная травматизацией на первом году жизни [Гаранян, Холмогорова, 2003, с. 135];
- 2) *вторичная¹ защитная*, выполняющая функцию защитного механизма в крайне психологически неблагоприятной ситуации:
 - а) развивающаяся под влиянием сверхсильных непереносимых эмоциональных переживаний (вне рамок собственно

¹ Наблюдается тенденция к увеличению частоты алекситимии с возрастом (G.J. Taylor, 1984; A.K. Mattila et al., 2006) [Провоторов и др., 2000а, с. 274; 2000с, с. 67; Петрова, Леонидова, 2008, с. 33, 39] (хотя есть данные о высоком уровне алекситимии у подростков [Брель, 2018а, с. 149], и снижении его при переходе к юношескому возрасту [Иванова, 2016, с. 102; Брель, 2018б, с. 194], и ещё большем снижении у взрослых).

воспитания)¹ [Былкина, 1995, с. 47, 49; Гузова, 1998, с. 17—18], проявляющаяся как состояние «глубокого торможения аффектов или “оцепенения”, наступающего в результате массированной психической травмы» [Левшунова, 2009, с. 150], например, у бывших узников концлагерей [Кристал, 2000, с. 83], или в случае тяжёлого и угрожающего жизни заболевания², или в случае посттравматического состояния³ [Кристал, 2006, с. 392], или в результате предшествующего насилия или угрозы (в том числе насилия в отношении детей, военных действий, изнасилования, бегства из мест проживания) [Лексиконы..., 2001, с. 295];

- б) развивающаяся под влиянием длительного переживания постоянно действующей стрессовой ситуации — при профессиональных деформациях «специалистов из некоторых областей деятельности: работников правоохранительных органов, военных, хирургов и др.» [Акименко, 2016, с. 313]; «при эмоциональном выгорании у социальных работников» [Трухан, Кутас, 2010, с. 61]; «формирующаяся у спортсменов при неблагополучии в спортивном коллективе» [Кутишенко, 2014, с. 78—79]; вызванная стрессом аккультура-

¹ Интересно, что у алекситимиков «при ответе на проективный вопрос о “детской травме” ассоциации... возникали в связи с психогенными событиями или условиями жизни (88% респондентов). Указывались смерть близкого человека, развод родителей, наркомания и алкоголизм в семье, отсутствие эмоциональной близости с родителями». При отсутствии алекситимии «в ответах доминировала физическая травма (переломы, ушибы, раны) — у 72% респондентов». Причём «алекситимики в течение интервью несколько раз возвращались к одному событию, описывали его в разных вопросах, т.е. травма является для них главным и самым сильным переживанием всего детства». А при отсутствии алекситимического радикала «вспоминают разные травмы, к которым в последующих вопросах почти не возвращаются», «что показывает их меньшую значимость и отсутствие фиксации на каком-либо одном» [Рябинкина, 2016, с. 121—122].

² Может быть обратимой, т.е. при миновании угрожающей стадии заболевания выраженность алекситимии может значительно уменьшаться, как в отношении онкологии показала М.М. Кашенкова [2011, с. 37, 39].

³ Г. Кристал утверждает, что в тех случаях, когда алекситимия является посттравматической, она сопровождается ангедонией [2006, с. 373].

ции, запускающим механизмы формирования алекситимии, выступающей в роли защитного фактора при адаптации к иной культурной и языковой среде [Киселева и др., 2016, с. 13]; вызванная хроническим заболеванием (особенно неизлечимым, таким как хроническая почечная недостаточность с длительным нахождением на гемодиализе [Дроженкова, 2017, с. 21—22] или ВИЧ-инфекция [Рыбников, Улюкин, 1014, с. 95]); вызванная заболеванием, нарушающим внешний облик (диффузное телогенное выпадение волос у женщин [Урюпина, Малишевская, 2017, с. 287], волчанка лица); обусловленная постоперационным или посттравматическим дефектом (мастэктомия [Долгова, Курьян, 2013], неудачная пластическая хирургия, челюстно-лицевые ранения, инвалидность);

- 3) *вторичная адаптационная*, формирующаяся в длительных сенсорно и/или физиологически тяжёлых условиях, например, при длительном воздействии локальной и особенно общей вибрации (вибрационная болезнь) [Бабанов, Воробьева, 2011, с. 193] и вообще длительном стаже работы в физиологически вредных условиях труда с возникновением профессиональных заболеваний [Данилов и др., 2017, с. 48—49], или многодневном и многонедельном пребывании в непрерывно вращающейся квартире-центрифуге [Китаев-Смык, 2007, с. 120—121; 2015, с. 369—379];
- 4) *вторичная аутализирующая*, при интернет-зависимости (интернет-пространство насыщается эмоциями, а реальность, наоборот, эмоционально оскудевает [Зайцев, Селиванова, 2017, с. 65]), а также такая алекситимия «часто встречается у лидеров, полностью поглощённых своей работой» [Кондаков, 2003, с. 18];
- 5) *диссоциативная*, транзиторная, нестойкая¹ и сводящаяся преимущественно к отсутствию вербальной экспрессии эмоций, формирующаяся: как реакция невротической личности на

¹ Отметим, что во многих случаях, «по мнению ряда авторов, алекситимия является очень устойчивым расстройством» [Малкина-Пых, 2009, с. 100].

депрессию, тревогу, чувства вины, стыда, страха, ревности и т.д. [Гузова, 1998, с. 17—18; Холмогорова, Гаранян, 2000, с. 34; Гаранян, Холмогорова, 2003, с. 135—136], либо как реакция на эмоциональный взрыв (несдерживаемые гнев, ярость, рыдания)¹, либо как последствие физиологических стрессов — реакция на многократные (в течение одного дня) тренировочные переживания невесомости в кабине пикирующего самолета [Китаев-Смык, 2007, с. 116—118; 2015, с. 369—379];

- 6) **сituативная**, как кратковременный симптом, вызываемый фruстирующей ситуацией: стеснением, стыдом, нежеланием «раскрываться», недоверием к диагностику, боязнью быть не понятым, боязнью осуждения и т.д. [Гузова, 1998, с. 18; Трунов, 2010, с. 96], либо вызываемый сложностью ощущаемых эмоций — многообразием или противоречивостью чувств² [Трунов, 2010, с. 96];
- **психотическая**, вызываемая нарушением психической деятельности (например, при шизофрении [Кремлева и др., 2013, с. 60]);
 - **токсическая**, временная, вызываемая алкоголем и/или наркотиками [Китаев-Смык, 2015, с. 368—369; Кристал, 2006, с. 392—393];

¹ Л.А. Китаев-Смык так описывает эту реакцию: «...активное, стрессовое поведение — каким являются и ярость, и рыданье при чрезмерных эмоциональных затратах, нередко приводит к мучительному состоянию душевной опустошённости. Для неё характерны отсутствие всякого желания что-либо делать, неспособность разбираться в своих переживаниях и понимать их: “Ничего нет — ни слов, ни мыслей. Никто не нужен — ни сам себе, ни другие. Все исчезло — и ощущения прошедших неприятностей, и ожидание будущего. Неприятно говорить что-либо другим, нет слов и к себе”. Так можно суммировать описание такого состояния “алекситимного горя” со слов его пережившего. Но рассказывать он может, только оправившись от стресса» [2015, с. 369—370].

² Даже в богатейшем эмотивной лексикой русском языке может (особенно для тонко чувствующих натур) не хватать слов для выражения многообразия эмоционального опыта [Трунов, 2010, с. 97]. Как написал А. Фет: «Как беден наш язык: хочу — и не могу! Не передать того ни другу, ни врагу, Что буйствует в груди прозрачною волною». В.В. Соловьев отмечает, что большое количество слов, обозначающих чувства, содержат и грузинский, и итальянский языки; но «где ещё, кроме русского языка, вы сможете встретить такой поэтический образ, как “светлая печаль”?» [2011, с. 69].

- **конституциональная** у так называемых антисоциальных психопатов, неспособных вербализовать свои эмоции¹ [Сыропятов, Дзеружинская, 2012, с. 407], и в несколько меньшей степени у конституциональных нарциссов [Гаранян, Холмогорова, 2003, с. 130; Е.Т. Соколова, 2009, с. 73—74] и у так называемого макиавеллистического типа личности², а также при синдромах Каннера и Аспергера³. (Но отметим, что в силу тотальной лживости

¹ Антисоциальные психопаты (синонимы: эмоциональная тупость, нравственное помешательство, антисоциальное расстройство личности, а в англо-американской психиатрической традиции — просто «психопаты») «страдают скучностью чувств, т.е. им доступна только сильно ограниченная гамма эмоций». «Они не в состоянии описать тонкости различных эмоциональных состояний». Как письменно выразился один такой психопат: «О моих чувствах я узнаю только с чужих слов, из книг и своего незрелого воображения. Я могу *представить*, что ощущаю их (потому, что знаю, что они из себя представляют), но почувствовать их я *не могу*» [Хаэр, 2007, с. 73—74]. Врачи «давным давно знают, что <антисоциальные> психопаты знакомы со словарными значениями слов, в то время как их эмоциональный смысл или ценность им постичь не дано» [там же, с. 159]. «Попытки научить <антисоциальных> психопатов “действительно чувствовать” изначально обречены на неудачу» [там же, с. 236].

² «Макиавеллист — это субъект, который манипулирует другими на основе кредо, определенных жизненных принципов, которые служат ему оправданием манипулятивного поведения», «манипулирует всегда осознанно и исключительно ради собственной выгоды». «Он не стесняется своих действий, его не раздирают внутренние конфликты», для него манипулирование — нормальный и «наиболее эффективный способ достижения своих целей — использовать для этого других людей» [Знаков, 2002, с. 50]. R. Christie и F.L. Geis (1970) «назвали высокий уровень макиавеллизма “синдромом эмоциональной холодности”, потому что социальная отстраненность является основной характеристикой подобных людей». Макиавеллисты «при вступлении в контакт с другими склонны держаться эмоционально отчужденно, обособленно, ориентироваться на проблему, а не на собеседника, испытывать недоверие к окружающим» (D.E. Domelsmith, J.T. Dietch, 1978). Им присуща «эмоциональная тупость» [там же, с. 51].

Эти три типа (антисоциальные психопаты, нарциссы и макиавеллисты) образуют так называемую «тёмную триаду» психологических типов (D.L. Paulhus, K.M. Williams, 2002), обладающих набором негативных («тёмных») особенностей личности. В частности, «тёмная триада имеет тесные связи с алекситимией» [Егорова, Ситникова, 2014].

³ Популярное ныне понятие «расстройства аутистического спектра» является «сборной солянкой» [Воронков, 2017, с. 37—47].

антисоциальных психопатов [Хаэр, 2007, с. 67, 68, 155] их тестирование проблематично, если не бессмысленно.)

- **лингвистическая**, вызываемая объективными ограничениями эмотивной лексики, существующими в языке¹ [Трунов, 2010, с. 96—97]; или, близкий вариант, **культуральная**, отражающая особенности коммуникативного стиля, характерного для определённой культуры² [Гузова, 1998, с. 10, 17; Брель, 2012, с. 175; Гаранян, Холмогорова, 2003, с. 138] (хотя вопрос: можно ли считать патологией этот [Былкина, 1995, с. 46—47] и предыдущий варианты?), или для определённой социальной группы³, или для определённого индивида (невысокий уровень образования, недостаток словесной культуры — Borens et al., 1977 [Былкина, 1995, с. 46]);

Но «необходимо проводить дифференциальную диагностику алекситимии и языковых уловок пациента, которые он использует для реа-

¹ В ряде языков (например, восточных) недостаточно лексики для выражения чувств [Гаранян, Холмогорова, 2003, с. 138; Гузова, 1998, с. 10; Солдатова, Шайгерова, 2002, с. 69]. «В японском языке нет какого-то одного слова, обозначающего понятие “тоска”. Японцы рисуют плохое настроение в виде солнца, закрытого тенью». «В тюркской группе языков существует бесчисленное множество определений различного возраста телят, но ограничено количество слов, обозначающих чувства» [Соложенкин, 2011, с. 69]. У носителей китайского языка выше средний уровень алекситимии по сравнению с европейским населением [Провоторов и др., 2000c, с. 67] по этой же причине.

² «Алекситимична японская культура ритуалов, неписанных кодексов и церемоний, где эмоция сведена к знаку, схеме, набору действий. Алекситимична “американская улыбка”» [Кроль, 2017, с. 22].

³ «Традиционно алекситимичны “безукоризненные английские джентльмены”» (анекдот: «Английский джентльмен холодным, промозглым осенним вечером сидит у камина. Ветер воет, дождь барабанит по окнам... По лестнице со второго этажа спускается другой английский джентльмен и, накидывая плащ и надевая перчатки, небрежно бросает: — Ваша жена сегодня была холодна. — Первый джентльмен, меланхолично прихлёбывая виски: — Да, она и при жизни не отличалась темпераментом...») [Кроль, 2017, с. 21]. Леди, жена английского джентльмена, во время секса должна думать о величии Британии (из наставлений невесте). (Соответственно анекдот. Английский джентльмен обращается к жене после секса: «Дорогая, ты шевельнулась! Я сделал тебе больно?») Алекситимична культура криминального мира. А Фенимор Купер отмечал, что подчёркнутая бесстрастность мужчин культивировалась у североамериканских индейцев.

лизации защитных механизмов в психотерапевтической беседе, превращая её в несостоявшийся диалог. К языковым уловкам относится использование сленга, “приватного языка”, общих мест, банальностей, чрезмерных обобщений, навешивание ярлыков, подмена союзов (Schlesinger H.J., 1994). J. Parker et al. (1993) для выявления алекситимии предложили использовать задачу Ступа (Stoop, 1935), когда испытуемому предлагается назвать цвет краски, которой написаны эмоциональные и нейтральные слова... По данным авторов, из-за дефицита способности к когнитивной переработке и модуляции эмоциональных стимулов людям с алекситимией требуется особенно много времени для распознавания эмоционально нагруженных слов» [Зайченко, 1996, с. 18].

Тип алекситимии несомненно отражается на характере и результатах возможной психокоррекции. Но во многих конкретных случаях «было бы очень трудно определить наверняка, почему человек не может вербализовать свой эмоциональный опыт» [Грунов, 2010, с. 97], к тому же нередки случаи наложения друг на друга разных механизмов формирования алекситимии [Гузова, 1998, с. 19]. Видимо, чаще всего алекситимия формируется под влиянием сразу нескольких предрасполагающих причин. Таким примером, вероятно, является шекспировский Гамлет, которого относит к алекситимикам А.А. Зайченко [1996, с. 17].

Итоги

Единственная ошибка — не исправлять своих прошлых ошибок.

*Конфуций (ок. 551—479 гг. до н. э.),
древнекитайский мыслитель
и философ*

В предлагаемой книге нами использовался качественный исследовательский подход [Чернов, 2008]. В первой части книги были изложены (впервые) механизмы формирования конституционально конформного типа акцентуации характера и выделены в нём (впервые) два подтипа. Это имеет теоретическое и практическое значение для обоснования отделения приобретённого конформизма от конституционального и раздельного изучения этих феноменов, а также для разработки методик диагностики конституционально конформного типа и его подтипов. Пока это единственный тип акцентуаций характера, механизмы формирования которого получили объяснение.

А во второй части книги было объяснено (также впервые), почему младенцы конституционально конформного типа при расстройстве материнско-детских отношений вырастают в алекситимиков. В предпоследнем разделе была обрисована связь алекситимии с клиникой, а в последнем — дан перечень ситуаций возникновения алекситимии и алекситимоподобных состояний, что может быть важно для дифференциации психотерапии алекситимиков. Также данная книга может использоваться (включая вопросы преподавания) как упорядоченная сводка данных по конституционально конформному типу личности и по алекситимии.

В большой книге, над которой работает автор и посвящённой механизмам формирования всех остальных (кроме конформного) типов акцентуаций, будет возможность обосновать, что внутристихической причиной

ной возникновения основных типов алекситимии являются проблемы с одной из составных частей *образа мира*¹, а именно с особой структурой (органом) психики — *амодальным блоком образа Я* (в терминологии статьи [Нарышкин, 2005]²) — первичное недоразвитие этой структуры, либо вторичное временное или постоянное ослабление её функционирования³. А нарушения межполушарного взаимодействия и необычные формы функциональной асимметрии мозга во многих случаях могут быть не причинами, а следствиями алекситимии.

¹ Как отмечала ещё более четверти века назад В.В. Николаева, «попытка физиологического объяснения природы алекситимии явно недостаточна», и необходимо исследование «вопроса о его психологической природе и механизмах» [1991, с. 81].

² В книге, над которой автор работает, понадобилось изменить терминологию — эта структура будет называться *амодальным центром образа внутреннего мира*.

³ Напомним, что в литературе по алекситимии дискутируется вопрос о том, что это — результат нарушения (задержки) развития «Я» [Аммон, 2000, с. 58] либо регрессии «Я» [Бройтигам и др., 1999, с. 63]. В терминологии одного из первых исследователей феномена J. Nemiah это соответственно модель «дефицита» (отсутствия функций и лежащего в их основе ментального аппарата) или модель «отрицания» (глобального торможения функций, возможно обратимого).

Список литературы

1. Аванесян Г.Ю. Некоторые аспекты феномена алекситимии // Актуальные проблемы в области психологии. Ярославль: Яросл. гос. ун-т, 1997. С. 3—4.
2. Авдулова Т.П., Тер-Ованесов М.Д., Ягудина О.П. Особенности алекситимии и субъективной оценки межличностных отношений у онкологических больных // Электронный журнал «Клиническая и специальная психология». 2016. Т. 5. № 3. С. 24—39. URL: www.psyjournals.ru/psyclin
3. Агафонов А.Ю. Человек как смысловая модель мира. Пролегомены к психологической теории смысла. Самара: БАХРАХ-М, 2000. 335 с.
4. Адлер А. К теории галлюцинаций // Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии: пер. с нем. М.: Фонд «За экономическую грамотность», 1995. С. 87—96.
5. Адорно Т. Типы и синдромы. Методологический подход (фрагменты из «Авторитарной личности»): пер. с англ. // Социологические исследования. 1993. № 3. С. 75—85.
6. Адорно Т. Исследование авторитарной личности: пер. с нем. М.: Серебряные нити, 2001. 412 с.
7. Акименко А.К. Взаимосвязь алекситимии, копинг-стратегий и стиля саморегуляции личности // Известия Саратовского ун-та. Новая серия. Сер. Философия. Психология. Педагогика. 2016. Т. 16. Вып. 3. С. 311—316.
8. Акименко А.К. Динамика рефлексивных характеристик личности в структуре профессионального выгорания // Известия Саратовского ун-та. Новая серия. Сер. Акмеология образования. Психология развития. 2017. Т. 6. Вып. 4 (24). С. 367—373.
9. Александров Ар.А. Психопатии и акцентуации характера с чертами неустойчивости // Патохарактерологический диагностический опросник для подростков и опыт его практического использования (Труды Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического ин-та им. В.М. Бехтерева. Т. 77) Л., 1976. С. 81—84.
10. Александровский Ю.А. Краткий психиатрический словарь. М.: РЛС-2005, 2005. 123 с.
11. Александровский Ю.А., Чехонин В.П. Клиническая иммунология пограничных психических расстройств. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. 250 с.

12. Алексеева Л.В. Проблема юридически значимых эмоциональных состояний. Тюмень: Изд-во ТюмГУ, 1996. 127 с.
13. Алекситимия и методы её определения при пограничных психосоматических расстройствах: метод. пособие / авт.-сост.: Д.Б. Ересько, Г.Л. Исурина, Е.В. Кайдановская и др. СПб.: Психоневролог. ин-т им. В.М. Бехтерева, 1994. 17 с.
14. Аммон Г. Психосоматическая терапия. СПб.: Речь, 2000. 238 с.
15. Андреева Г.М. Социальная психология. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1980. 415 с.
16. Андронова Н.В. Особенности эмоциональной сферы старших школьников с различными социометрическими статусами // Учёные записки Санкт-Петербургского ун-та технологий управления и экономики. 2017. № 3(59). С. 57—67.
17. Анохина И.П., Арзуманов Ю.Л., Веретинская А.Г. и др. Диагностика генетической предрасположенности к зависимости от психоактивных веществ // Проблемы диагностики и лечения алкоголизма и наркоманий. М.: Анахареис, 2001. С. 6—31.
18. Антонова Н.А., Кузнецова Е.Б., Шоломов И.И. Анализ эмоциональных нарушений у больных с инфарктом головного мозга в позднем восстановительном периоде // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015. Т. 5. № 9. С. 1125—1127. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_24294962_57571847.pdf
19. Арефьев В.М. К вопросу о понятии конформизма в социологии // Вопросы философии и социальной психологии. Л., 1971. С. 116—119.
20. Арндт П., Клинген Н. Психосоматика и психотерапия: справочник: пер. с нем. М.: МЕДпресс-информ, 2014. 365 с.
21. Аронсон Э., Уилсон Т., Эйкерт Р. Социальная психология. Психологические законы поведения человека в социуме: пер. с англ. СПб.: Прайм-ЕвроЗнак, 2004. 558 с.
22. Арцимович Н.Г. Иммунология эмбриогенеза: курс лекций. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987. 92 с.
23. Асеев А.В., Васютков В.Я., Мурашова З.М., Бала Л.Н. Алекситимия — возможный психологический предшественник рака молочной железы // Маммология. 1995. № 2. С. 15—19.
24. Аш С. Влияние группового давления на модификацию и искажение суждений: пер. с англ. // Пайнс Э., Маслач К. Практикум по социальной психологии. СПб.: Питер, 2000. С. 210—224.
25. Бабанов С.А., Воробьева Е.В. Оценка психологического профиля при вибрационной болезни // Вестник Костромского гос. ун-та им. Н.А.Некрасова. 2011. Т. 17. № 1. С. 193—196.

26. Бабанов С.А., Бараева Р.А., Аверина О.М., Будаш Д.С. Особенности психологического профиля при вибрационной болезни и пылевых заболеваниях лёгких // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2016. № 5. С. 65—71.
27. Бажанова Е.Д. Роль апоптоза в развитии нервной системы млекопитающих // Успехи современной биологии. 1999. Т. 119. № 4. С. 368—374.
28. Байкова И.А., Цурко С.М. Исследование психосоматического статуса больных ИБС // Психосоматическая медицина. СПб.: Реноме, 2007. С. 30—31.
29. Балахонов А.В., Пескова Т.Н. Нормальная гибель клеток в эмбриогенезе позвоночных животных // Успехи современной биологии. 1982. Т. 94. Вып. 3(6). С. 433—445.
30. Баннова А.В. Экспрессия генов апоптоза в развивающемся мозге крыс: эффекты глюкокортикоидов и клонидина: автореф. дис. ... канд. биол. наук. Новосибирск, 2005. 16 с.
31. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. 2-е изд. М.: Триада-Х, 2011. 670 с.
32. Бартуш Т.П. Акцентуации характера у девочек-подростков разных этнических групп Севера с алекситимическими чертами // Вестник психофизиологии. 2014. № 2. С. 22—24.
33. Бартуш О.П., Бартуш Т.П., Мычко М.В. Акцентуации характера у мальчиков-подростков с разным уровнем алекситимии // Вестник психофизиологии. 2016. № 4. С. 20—24.
34. Бастиаанс Я. Вклад психоанализа в психосоматическую медицину // Энциклопедия глубинной психологии. Т. 2. Новые направления в психоанализе. Психоанализ общества. Психоаналитическое движение. Психоанализ в Восточной Европе: пер. с нем. М.: Когито-Центр, МГМ, 2001. С. 225—260.
35. Безруких М.М., Сонькин В.Д., Фарбер Д.А. Возрастная физиология (физиология развития ребёнка). 4-е изд. М.: Академия, 2009. 415 с.
36. Белашина Т.В. К вопросу об алекситимии и алекситимически подобных проявлениях личности // Социокультурные проблемы современной молодежи: мат-лы междунар. науч.-практ. конф. Ч. 1. Новосибирск: Изд-во НГПУ, 2006. С. 234—241.
37. Белашина Т.В. Взаимосвязь агрессии и алекситимических проявлений личности // Социокультурные проблемы современного человека: мат-лы IV междунар. науч.-практ. конф. Ч. 1. Новосибирск: Изд-во НГПУ, 2010. С. 302—309.
38. Белоусова Г.П. Распространенность алекситимии у студентов-медиков из Карелии и Мурманской области // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2010. Т. 110. Вып. 5. С. 84—86.

39. Белоусова Г.П., Колупаева Т.А., Кудряшова С.А., Пашкова И.Г. Характеристика антропометрических особенностей и психологического благополучия на экзамене у студенток-алекситимиков в условиях Севера // Фундаментальные исследования. 2009. № 7 (Приложение). С. 13—14.
40. Битянова М.Р. Социальная психология: наука, практика и образ мыслей. М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. 575 с.
41. Благонравов М.Л., Азова М.М., Фролов В.А. Программированная клеточная гибель в патологии сердца. М.: Литера, 2013. 269 с.
42. Блейлер Э. (Bleuler E.) Руководство по психиатрии: пер. с 3-го нем. изд. 1920 г. Берлин: Изд-во т-ва «Врач», 1920. 542 с.
43. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов: в 2 т. Ростов н/Д.: Феникс, 1996. Т. 1. 477 с. Т. 2. 445 с.
44. Богомаз С.А., Филоненко А.Л. Взаимосвязь Алекситимии как фактора, препятствующего развитию личности, с параметрами смысловой сферы и проявлениями ригидности // Сибирский психологический журнал. 2005. № 22. С. 124—128.
45. Божович Л.И. Этапы формирования личности в онтогенезе // Вопросы психологии. 1979. № 4. С. 23—34.
46. Болевич С.Б., Синельникова Т.Г. Цитокины. М.: Типография «Ваш формат», 2015. 128 с.
47. Большунова Н.Я. Характер и его развитие в современных социокультурных условиях: в 2 ч. Новосибирск: Изд-во НГПУ, 2012. Ч. 1. 260 с.
48. Брель Е.Ю. Проблема изучения Алекситимии в психологических исследованиях // Вестник Кемеровского гос. ун-та. 2012. № 3 (51). С. 173—176.
49. Брель Е.Ю. Факторная структура Алекситимии подростков в норме и при задержке психического развития неорганического генеза // Вестник Красноярского гос. пед. ун-та им. В.П. Астафьева. 2018а. № 1 (43). С. 147—156.
50. Брель Е.Ю. Возможности исследования Алекситимии в подростковом и юношеском возрасте методом контент-анализа текста // Казанский педагогический журнал. 2018б. № 2(127). С. 193—196.
51. Брайтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. Краткий учебник: пер. с нем. М.: Гэотар-медицина, 1999. 373 с.
52. Будневский А.В., Ярский В.И. Компьютерные технологии в оценке психосоматических соотношений при хроническом холецистите // Прикладные информационные аспекты медицины. 2001а. Т. 4. № 1. С. 12—15. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_26000070_73839852.pdf
53. Будневский А.В., Ярский В.И. Алекситимия в структуре личности больных хроническим панкреатитом // Психосоматические расстройства: системный подход. Курск: Курский гос. мед. ун-т, 2001б. С. 50—52.

54. Бурлова Е.С. Клиническая эффективность лечения больных пожилого возраста со стенокардией и алекситимией с применением мелатонина: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Воронеж, 2004. 19 с.
55. Буянов М.И. Любомир Св. Галабов. Психопатия и преступление. София: Медицина и физкультура, 1967. 235 с. (Серия «Selecta medica») // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1969. Т. 69. Вып. 4. С. 625—627.
56. Былкина Н.Д. Алекситимия (аналитический обзор зарубежных исследований) // Вестник Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. 1995. № 4. С. 43—53.
57. Варламов А.А. Психофизиологический анализ особенностей восприятия и переживания эмоций при алекситимии: автореф. дис. ... канд. биол. наук. Новосибирск, 2004. 23 с.
58. Веккер Л.М. Мир психической реальности: структура, процессы и механизмы. М.: Русский мир, 2000. 509 с.
59. Владимирская Е.Б. Механизмы апоптической смерти клеток // Гематология и трансфузиология. 2002. Т. 47. № 2. С. 35—40.
60. Волков П.В. Психологический лечебник: руководство по профилактике душевных расстройств. М.: РИПОЛ классик, 2004. 479 с.
61. Волов В.В. Психические изменения при эпилепсии и эпилептоформных расстройствах // Вестник Самарской гуманитарной академии. Сер. Психология. 2007. № 1. С. 148—154.
62. Воробьева Е.В., Шульгина И.П., Ермаков П.Н. Влияние ретроспективной оценки материнского стиля воспитания, реализуемого в детстве, на проявления алекситимии и эмпатии у молодежи с полинаркоманией // Российский психологический журнал. 2015. Т. 12. № 3. С. 114—133.
63. Воронков Б.В. Психиатрия детей и подростков. СПб.: Наука и Техника, 2017. 287 с.
64. Гавриленко Л.С., Чупина В.Б. Психология и педагогика. Красноярск: Тип. КрасГМУ, 2016. 234 с.
65. Галактионов В.Г. Иммунология. М.: Изд-во МГУ, 1998. 479 с.
66. Ганзин И.В. Комплексная реабилитация больных с феноменом алекситимии // Вестник физиотерапии и курортологии (Крым, Евпатория). 2002. № 2. С. 70—72.
67. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика // Ганнушкин П.Б. Избранные труды. М.: Медицина, 1964. С. 116—252.
68. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б. Концепция алекситимии // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. Т. 13. Вып. 1. С. 128—145.
69. Гаус Э.В., Проненко Е.А., Васильева О.С. Мишени психологической работы с людьми, имеющими высокий уровень алекситимии // Вестник РУДН. Сер. Психология и педагогика. 2019. Т. 16. № 1. С. 55—70.

70. Гёте И.В. Избранные философские произведения. М.: Наука, 1964. 520 с.
71. Гиляровский В.А. Психиатрия: руководство для врачей и студентов. 2-е изд. М.; Л.: Гос. изд-во биологической и медицинской литературы, 1935. 750 с.
72. Глущенко Т.Э., Белокрылова М.Ф., Гарганеева Н.П. Алекситимия и особенности адаптации пациентов, перенесших аортокоронарное шунтирование // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2007. № 3 (46). С. 40—42.
73. Гогуева М.М. Интеграция участников неформальных подростковых групп // Социальная психология малых групп: мат-лы II Всерос. науч.-практ. конф., посвящ. памяти проф. А.В. Петровского. М.: МГППУ, 2011. С. 72—75.
74. Головаха Е. Психология и другие смешные науки. Альтернативный словарь. М.: Смысл, 2010. 111 с.
75. Головина А.Г. Алекситимические нарушения при фобических расстройствах у подростков // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2011. № 3(66). С. 38—40.
76. Гордеева О.В. Развитие у детей представлений об амбивалентности эмоций // Вопросы психологии. 1994. № 6. С. 26—36.
77. Гордиенко А.В., Соболев С.А., Пятибрат Е.Д. и др. Взаимосвязь некоторых личностных характеристик с осложнённым течением послеоперационного периода у больных, перенёсших холецистэктомию // Вестник Российской военно-медицинской академии. 2010. № 2(30). С. 64—67.
78. Губарев Ю.Д., Колесников А.М. Роль иммунной системы в развитии генетически запограммированной гибели нейронов // Научные ведомости Белгородского гос. ун-та. Сер. Медицина. Фармация. 2009. № 4 (59). Вып. 7. С. 53—57.
79. Гузова Е.С. Феномен алекситимии в структуре неврозов и методы его психотерапевтической коррекции: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Бишкек, 1998. 23 с.
80. Гуревич П.С. Психологический словарь. М.: ОЛМА Медиа Групп: ОЛМА Пресс Образование, 2007. 799 с.
81. Гурович О.В., Звягина Т.Г., Ситникова В.П. Анализ взаимосвязи алекситимии и качества жизни у детей с нефропатиями // Вестник новых медицинских технологий. 2010. Т. 17. № 2. С. 112—114.
82. Гурьева В.А., Гиндинин В.Я. Юношеские психопатии и алкоголизм. М.: Медицина, 1980. 272 с.
83. Данилов И.П., Дружилов С.А., Влах Н.И., Гугушвили М.А. Взаимосвязь некоторых маркёров психоэмоционального состояния и развития сома-

- тической патологии у больных с профессиональными заболеваниями // Медицина в Кузбассе. 2017. Т. 16. № 4. С. 47—59.
84. Долгова М.В., Курьян Л.А. Исследование особенностей и психологических защит у женщин с диагнозом рак молочной железы // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности. Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2013. № 3. С. 168—170.
85. Дорофеева Н.В. Онтогенетические особенности рефлексивного развития // Вестник Санкт-Петербургского ун-та. Сер. 12. Психология. Социология. Педагогика. 2008. Вып. 2. С. 228—238.
86. Дробленков А.В., Карелина Н.Р. Усиление запрограммированной гибели и дегенеративные изменения нейронов мезокортико-лимбической дофаминергической системы как возможная причина врождённой алкогольной зависимости // Морфология. 2012. Т. 141. № 1. С. 16—22.
87. Дроженкова Е.В. Предикторы вторичной Алекситимии у пациентов, находящихся на анализе // Электронный журнал Системная интеграция в здравоохранении. 2017. № 1 (31). С. 18—27. www.sys-int.ru. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_32394295_22381265.pdf
88. Дьячкова-Рехтина Н.Н., Рехтина Л.В., Бондарева З.Г., Короленко Ц.П. Алекситимия у женщин, перенесших инфаркт миокарда: роль нейрофизиологического метода коррекции в комплексе санаторной реабилитации // Клиническая медицина. 2007. Т. 85. № 4. С. 52—55.
89. Егидес А.П. Как разбираться в людях, или Психологический рисунок личности. М.: АСТ-ПРЕСС КНИГА, 2002. 316 с.
90. Егорова М.С., Ситникова М.А. Тёмная триада // Электронный журнал Психологические исследования. 2014. Т. 7. № 38. С 12. URL: <http://psystudy.ru>
91. Елекенова А.Б., Зал-улы А.С., Романюк А.А и др. Роль апоптоза и его регуляция при физиологически протекающей и осложнённой беременности. Обзор литературы // Вестник Алматинского гос. ин-та усовершенствования врачей. 2012. № 1 (17). С. 30—32. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_20350096_98245980.pdf
92. Еникеев М.И. Общая и социальная психология. М.: НОРМА-ИНФРА-М, 1999. 611 с.
93. Ефременкова Е.И. О конформном характерологическом типе у подростков, страдающих лёгкой дебильностью, психопатиями и психопатоподобными расстройствами // Неврозы и пограничные состояния. Л.: ЛНИПИ им. В.М. Бехтерева, 1972. С. 79—83.
94. Журавлев А.Л., Соснин В.А., Красников М.А. Социальная психология. М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2006. 414 с.
95. Зайцев Д.В., Селиванова Ю.В. Психосоциальные аспекты взаимосвязи Алекситимии и аддикций у молодёжи // Известия Саратовского ун-та.

- Новая серия. Сер. Философия. Психология. Педагогика. 2017. Т. 17. Вып. 1. С. 62—66.
96. Зайченко А.А. Гамлет и алекситимия: язык психики и язык сомы // Ставновление детской речи. Саратов: Изд-во Саратовского пед. ин-та, 1996. Вып. 3. С. 16—18.
97. Зеленина Н.В., Данилов Р.К. Программированная клеточная гибель в эмбриогенезе // Программированная клеточная гибель. СПб.: Наука, 1996. С. 79—88.
98. Зеленина Н.В., Марьянович А.Т., Цыган В.Н. Гуморальная регуляция апоптоза // Программированная клеточная гибель. СПб.: Наука, 1996. С. 89—103.
99. Зенкина В.Г., Каредина В.С., Солодкова О.А., Михайлов А.О. Регуляторы апоптоза и механизм их действия в женской гонаде // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2010. № 7. С. 7—14.
100. Зимбардо Ф., Ляйппе М. Социальное влияние (1991): пер. с англ. СПб.: Питер, 2000. 444 с.
101. Зинченко В.П. Переходящие и вечные проблемы психологии // Труды Ярославского методологического семинара (методология психологии). Т. 1. Ярославль: МАПН, 2003. С. 98—134.
102. Знаков В.В. Макиавеллизм, манипулятивное поведение и взаимопонимание в межличностном общении // Вопросы психологии. 2002. № 6. С. 45—54.
103. Золотова Н.В., Ахтямова А.А., Стрельцов В.А., Баранова Г.В. Психологические факторы патогенеза туберкулёза органов дыхания у детей и подростков // Туберкулёз и болезни лёгких. 2013. № 4. С. 25—32.
104. Иванов Н.Я. О гипертимном типе акцентуации личности у подростков // Неврозы и пограничные состояния. Л.: ЛНИПИ им. В.М. Бехтерева, 1972. С. 75—79.
105. Иванова Г.П., Горобец Л.Н. Роль алекситимии в формировании психобиологических показателей у больных с диффузной формой тиреоидита Хашимото // Российский психиатрический журнал. 2011. № 3. С. 75—82.
106. Иванова Г.П., Горобец Л.Н., Калинин В.В. Феномен алекситимии у больных аутоиммунным тиреоидитом // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2009. № 2(53). С. 59—62.
107. Иванова Е.С. Трудности переработки и презентации эмоционального опыта субъектами образовательной деятельности // Личность в современном мире: сб. научн. статей. Уральский гос. пед. ун-т, Ин-т психологии. Екатеринбург, 2016. С. 100—108. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_27550168_40408456.pdf

108. Исаева Н.Ю. Эмоционально-личностные особенности детей старшего и подросткового возраста с различными проявлениями туберкулёзной инфекции: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2001. 18 с.
109. Исаченкова О.А. Варианты психической дезадаптации у больных с синдромом диабетической стопы // Учёные записки Санкт-Петербургского гос. мед. ун-та им. И.П. Павлова. 2011. Т. 18. № 4. С. 87—89.
110. Кайгородова Е.В., Рязанцева Н.Н., Новицкий В.В. Апоптоз и белки теплового шока. Томск: Печатная мануфактура, 2012. 179 с.
111. Калинин В.В. Алекситимия, мозговая латерализация и эффективность терапии ксанаксом у больных паническим расстройством // Социальная и клиническая психиатрия. 1995. Т. 5. Вып. 4. С. 96—102.
112. Калиниченко С.Г., Матвеева Н.Ю. Морфологическая характеристика апоптоза и его значение в нейрогенезе // Морфология. 2007. Т. 131. № 2. С. 16—28.
113. Калягин В.А., Степанова Ю.Е., Мохотаева М.В. Алекситимия у взрослых больных с нарушениями голоса // Российская оториноларингология. 2014. № 6(73). С. 50—56.
114. Кащенкова М.М. Психологические факторы, обуславливающие защитное поведение личности в сложной личностной ситуации // Наука и бизнес: пути развития. 2011. № 6. С. 36—41. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_19304054_64513833.pdf
115. Кербиков О.В. Проблема психопатий в историческом освещении. Сообщение III. Учение о психопатиях в работах П.Б. Ганнушкина // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1958. Т. 58. Вып. 10. С. 1253—1258.
116. Кербиков О.В. К вопросу о понятии и классификации психопатий // Проблемы судебной психиатрии. Вып. 19. (Пограничные состояния.) М.: ЦНИИ судебной психиатрии им. В.П. Сербского, 1970. С. 9—18.
117. Кетлинский С.А., Симбирцев А.С. Цитокины. СПб.: Фолиант, 2008. 550 с.
118. Кирияков В.А., Сухова А.В. Алекситимия у больных вибрационной болезнью // Медицина труда и промышленная экология. 2009. № 9. С. 19—22.
119. Киселева Л.Т., Овчинников А.А., Султанова А.Н. Особенности эмоционального реагирования мигрантов как фактор, снижающий успешность адаптации // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2016. № 1 (90). С. 9—15.
120. Китаев-Смык Л.А. Феномен послестрессовой Алекситимии и неопределенного дискомфорта как последствия пребывания в невесомости // Психологический журнал. 2007. Т. 28. № 3. С. 115—123.
121. Китаев-Смык Л.А. Сознание и стресс: Творчество. Совладание. Выготирование. Невроз. М.: Смысл, 2015. 767 с.

122. Клетки: пер. с англ. / под ред. Б. Льюина. М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2011. 951 с.
123. Клибсон С.К., Гулордава М.Д., Короткова И.С. Уровень алекситимии у дерматологических больных // Вестник Южно-Уральского гос. ун-та. Сер. Психология. 2018. Т. 11. № 1. С. 106—111.
124. Клименко Т.М., Тарасова И.В., Касян С.Н. Перинатальное гипоксическое поражение центральной нервной системы: современный взгляд на проблему // Вопросы практической педиатрии. 2013. Т. 8. № 4. С. 40—45.
125. Клюшник Т.П., Сергиенко Н.С., Даниловская Е.В. и др. Аутоантитела к фактору роста нервов при нарушениях психического развития детей раннего возраста // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1999. Т. 99. № 6. С. 44—46.
126. Кон И.С. Социология личности. М.: Политиздат, 1967. 383 с.
127. Кондаков И.М. Психология. Иллюстрированный словарь. СПб.: Прайм-ЕвроЗнак, 2003. 508 с.
128. Конюхов Н.И. Словарь-справочник по психологии. М., 1996. 155 с.
129. Копытов А.В. Связь алекситимичности с алкогольными проблемами в подростковом и молодом возрасте // Здравоохранение (Минск). 2011. № 5. С. 20—25. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_20411354_10304543.pdf
130. Корень С.В. Сравнительное изучение внутренней структуры алекситимии в норме и у пациентов с униполярной депрессией эндогенного и органического генеза // Психическое здоровье. 2006. № 10. С. 22—25.
131. Коркина М.В., Цивилько М.А., Кисляк О.А., Бухарева С.В. Выраженность алекситимии и уровень комплайенса у больных, перенёсших инфаркт миокарда // Социальная и клиническая психиатрия. 1999. Т. 9. Вып. 4. С. 20—22.
132. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. 463 с.
133. Коростелева И.С., Вознесенская Т.Г., Рыльцова Г.А. Психофизиологические особенности больных церебральным ожирением в контексте проблемы алекситимии // Социальная и клиническая психиатрия. 1994. Т. 4. Вып. 1. С. 29—36.
134. Корочкин Л.И. Введение в генетику развития. М.: Наука, 1999. 253 с.
135. Корочкин Л.И., Михайлов А.Т. Введение в нейрогенетику. М.: Наука, 2000. 274 с.
136. Коршунов А.М., Преображенская И.С. Программированная смерть клеток (апоптоз) // Неврологический журнал. 1998. Т. 3. № 1. С. 40—46.
137. Корягина Н.А., Михайлова Е.В. Социальная психология: Теория и практика. М.: Изд-во Юрайт, 2014. 492 с.

138. Кошанская А.Г., Винокур В.А. Механизмы включения алекситимии в развитие сахарного диабета // Ученые записки СПбГМУ им. И.П. Павлова. 2006. Т. 13. № 1. С. 109—110.
139. Кравченко А.Я., Бурлова Е.В. Связь особенностей клиники ишемической болезни сердца с уровнем алекситимии // Психосоматические расстройства: системный подход. Курск: Курский гос. мед. ун-т, 2001. С. 118—120.
140. Кравченко А.Я., Владыкина Н.Н., Кретинина Т.И. и др. Влияние некоторых психологических особенностей больных ишемической болезнью сердца на качество их жизни // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2002. № 9. С. 43—46. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_29931384_87976510.pdf
141. Краткий психологический словарь / сост. Л.А. Карпенко; под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. М.: Политиздат, 1985. 432 с.
142. Крауз А. Новые психопатологические концепции личности больных маниакально-депрессивным психозом (лекция) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1996. Т. 96. № 6. С. 70—76.
143. Кремлева О.В., Гельд А.Л., Круглов Л.С. Алекситимические проявления при тревожно-депрессивной симптоматике у психически больных // Вестник психотерапии. СПб., 2013. № 46(51). С. 60—68.
144. Кремлева О.В., Лозовая Т.В. Алекситимия у больных ревматоидным артритом: контролируемые измерения алекситимического конструкта по экстраполированным факторным моделям // Вестник психотерапии. СПб., 2006. № 15 (20). С. 72—79.
145. Кристал Г. Нарушение эмоционального развития при аддиктивном поведении // Психология и лечение зависимого поведения: пер. с англ. / под ред. Скотта Даулинга. М.: Независимая фирма «Класс», 2000. С. 80—118.
146. Кристал Г. Интеграция и исцеление. Аффект, травма и алекситимия: пер. с англ. М.: Ин-т общегуманитарных исследований, 2006. 543 с. URL: <http://www.rsl.ru>
147. Кричевский Р.Л., Дубровская Е.М. Психология малой группы: теоретический и прикладной аспекты. М.: Изд-во МГУ, 1991. 207 с.
148. Кроль Л. Как работает эмпатия. Чувствуй и побеждай. М.: Независимая фирма «Класс», 2017. 237 с.
149. Кузнецов С.Л., Мушкин Н.Н. Гистология, цитология и эмбриология: учебник. 4-е изд. М.: Мед. информ. агентство, 2019. 633 с.
150. Кузнецова А.А. Психодиагностика эмоционально-аффективных расстройств у женщин с онкологической патологией // Известия Российского гос. пед. ун-та им. А.И. Герцена. 2008. № 49. С. 315—319. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_12534868_96563699.pdf

151. Кузнецова Н.А., Кремлева О.В., Колотова Г.Б. Особенности алекситимии у пациентов с анкилозирующим спондилитом // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2013. № 3. С. 46—51.
152. Кулаков В.И. О некоторых современных методах оценки развития головного мозга // Мозг: теоретические и клинические аспекты. М.: Медицина, 2003. С. 158—192.
153. Кули Ч.Х. (1864—1929) Человеческая природа и социальный порядок: пер. с англ. М.: Идея-Пресс: Дом интеллектуальной книги, 2000. 309 с.
154. Курако М.М., Киричук В.Ф., Кодочигова А.И. и др. Психофизиологический статус лиц молодого возраста с малыми аномалиями сердца различной степени выраженности // Сердце: журнал для практикующих врачей. 2013. Т. 12. № 5(73). С. 320—323.
155. Кутищенко А.В. Зависимость алекситимии от ряда факторов спортивной деятельности // Теория и практика физической культуры. 2014. № 10. с. 77—80.
156. Кучина Т.И. Личностные особенности конформных подростков // Актуальные проблемы психологии и педагогики в современном мире. М.: РУДН, 2017. С. 210—214.
157. Ларсон К. Наука развития сознания и мозга: пер. с англ. М: Эксмо, 2013. 286 с.
158. Левин Дж.М., Жданюк Б. Конформизм и подчинение: пер. с англ. // Социальная психология / под ред. С. Московичи. 7-е изд. СПб.: Питер, 2007. С. 38—60.
159. Левшунова Е.Н. Алекситимические корреляты эмоциональных состояний личности // Мир науки, культуры, образования. 2009. № 4 (16). С. 150—154.
160. Левшунова Е.Н. Взаимосвязь агрессивности и алекситимически подобных проявлений личности // Философия образования. Новосибирск, 2010а. № 2 (31). С. 233—240.
161. Левшунова Е.Н. К вопросу о природе и сущности феномена «алекситимические проявления личности» в современной психологии // Социокультурные проблемы современного человека: мат-лы IV междунар. науч.-практ. конф. Ч. 1. Новосибирск: Изд-во НГПУ, 2010б. С. 359—364.
162. Лексиконы психиатрии Всемирной организации здравоохранения: пер. с англ. Киев: Сфера, 2001. 390 с.
163. Леонгард К. (Leonhard K.) Акцентуированные личности: пер. с нем. изд. 1976 г. Ростов н/Д.: Феникс, 1997. 541 с.
164. Лисянный Н.И. Иммунная система головного мозга 20 лет спустя // Аллергология и иммунология. 2007. Т. 8. № 1. С. 16—17.

165. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера в подростковом возрасте // 3-й Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. Т. 2. Неврозы и психопатии. М., 1974. С. 94—97.
166. Личко А.Е. Подростковая психиатрия: Руководство для врачей. Л.: Медицина, 1979. 335 с.
167. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. 2-е изд. Л.: Медицина, 1983. 255 с.
168. Личко А.Е. Акцентуации характера как концепция в психиатрии и медицинской психологии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 1993. № 1. С. 5—17.
169. Личко А.Е., Ефременкова Е.И., Иванов Н.Я. и др. О характерологических исследованиях при пограничной нервно-психической патологии у подростков // Мат-лы 3-й Всерос. науч. конф. по неврологии и психиатрии детского возраста. 15—18 ноября 1971 г. М., 1971. С. 141—143.
170. Лозовой В.В., Лозовая Т.В. Алекситимия родителей как фактор риска раннего употребления алкоголя подростками // Уральский медицинский журнал. 2013. № 7 (112). С. 37—40.
171. Лушников Е.Ф., Абросимов А.Ю. Гибель клеток (апоптоз). М.: Медицина, 2001. 190 с.
172. Лышрова О.В., Провоторов В.М., Чернов Ю.Н. Особенности клинических проявлений гипертонической болезни при алекситимии // Кардиология. 2002. Т. 42. № 6. С. 47—50.
173. Мазин В.А. Предисловие. «Набросок» отбрасывает свет на фундамент психоанализа // Фрейд З. Набросок психологии: критически-историческое исследовательское издание. Ижевск: ERGO, 2015. С. VII—XXVI.
174. Макарова А.П., Сидорова Т.Н. Психология групп и психосоциальная работа с группой. Якутск: ИД СВФУ, 2017. 126 с.
175. Макарова О.Ф., Эйдемиллер Э.Г. Алекситимия, уровень и структура агрессивности у дезадаптированных подростков с психосоматическими расстройствами // Социальная дезадаптация: нарушения поведения у детей и подростков. М., 1996. С. 164—166.
176. Малашхия Ю.А. Иммунный барьер мозга (иммунология и иммунопатология спинномозговой жидкости). М.: Медицина, 1986. 160 с.
177. Малашхия Ю.А., Геладзе М.Г. Концепция иммунного барьера мозга // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1998. Т. 98. Вып. 2. С. 3—7.
178. Малкина-Пых И.Г. Об одном возможном методе психологической коррекции алекситимии // Сибирский медицинский журнал. 2009. Т. 86. № 3. С. 99—107.

179. Матвеева Н.Ю. Апоптоз и оксид азота в развитии нейронов сетчатки. Владивосток: Медицина ДВ, 2006. 215 с.
180. Матьяш О.И., Погольша В.М., Казаринова Н.В. и др. Межличностная коммуникация: теория и жизнь. СПб.: Речь, 2011. 552 с.
181. Маянский Д.Н., Каулен Д.Р. Роль болезни ранта в нарушениях эмбрионального и раннего постнатального развития // I Всесоюз. симпоз. «Современные проблемы иммунологии репродукции». Новосибирск, 1977. С. 140—141.
182. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврозология и психосоматическая медицина. М.: Городец, 2016. 595 с.
183. Меньшиков В.Г. Словарь-справочник по специальной психологии, специальной и коррекционной педагогике. М.: Академия, 2015. 297 с.
184. Миненков В.А., Жестикова М.Г., Коселёв Н.Ю., Зорькин И.И. Общая психопатология и организация высших психических процессов и целостной личности здоровым мозгом. Новокузнецк: Полиграфист, 2018. 359 с.
185. Минияров В.М. Коррекционно-диагностическая работа учителя. Самара: Самарский гос. пед. ун-т, 1996. 200 с.
186. Минияров В.М. Диагностика и коррекция характерологических свойств личности. Самара: АО «Корпорация Федоров», 1997. 120 с.
187. Минияров В.М. Комплексная диагностика характера. Методическое пособие. Самара: Изд-во СГПУ (ф-т психологии) — СНЦ РАН, 2004. 41 с.
188. Молокостова А.М., Трифонова Е.А., Бендас Т.В., Якиманская И.С. Социальная психология. М.: МГЭУ, 2017. 235 с.
189. Морозов А.В. Социальная психология. М.: Академический Проект, 2003. 334 с.
190. Москачева М.А., Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Алекситимия и способность к эмпатии // Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 4. С. 98—114.
191. Московская М.С. Алекситимия и способность к получению и оказанию социальной поддержки // Горизонты зрелости: сб. тезисов участников V Всерос. науч.-практ. конф. по психологии развития / под ред. Л.Ф. Обухова, И.В. Шаповаленко, М.А. Одинцова. 2015. С. 442—447. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_25199858_31195046.pdf
192. Мостовая Л.И. Сравнительный анализ психического статуса больных псориазом и атопическим дерматитом // Известия Самарского научного центра РАН. 2015. Т. 17. № 5 (3). С. 1021—1025.
193. Мухина В.С. Человек под прессингом малой группы: конформизм, негативизм, самостоятельность // Социальная психология малых групп: мат-лы

- II Всерос. науч.-практ. конф., посвящ. памяти проф. А.В. Петровского. М.: МГППУ, 2011. С. 4—11.
194. Нартова-Бочавер С.К., Потапова А.В. Уровень алекситимии как индикатор психологической устойчивости студентов технических и гуманитарных вузов // Психологическая наука и образование. 2012. № 3. С. 10—17.
195. Нарышкин А.В. Опыт систематизации типов психопатий и акцентуаций характера // 1-я Междунар. конф. памяти А.Р. Лурии: тезисы докладов. М., 1997. С. 68—69.
196. Нарышкин А.В. Физиологический подход к классификации акцентуаций характера и психопатий // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 1999а. № 3. С. 92—94.
197. Нарышкин А.В. Морфофизиологический подход к систематизации типологии акцентуаций характера и психопатий // Вестник антропологии. Вып. 6. М.: Старый сад, 1999б. С. 164—204.
198. Нарышкин А.В. Свойства устойчивости и самодостаточности в спектре типов психопатий и акцентуаций характера // Российский психиатрический журнал. 2001. № 4. С. 22—26.
199. Нарышкин А.В. Строение образа мира человека и соотношение понятий «знак» — «символ», «значение» — «смысл» // Вопросы психологии. 2005. № 1. С. 88—99.
200. Недоспасов С.А. Врождённый иммунитет и его механизмы. М.: Научный мир, 2012. 98 с.
201. Нейроонтогенез / К.П. Будко, Н.Г. Гладкович, Е.В. Максимова, В.В. Раевский, К.В. Шулейкина. М.: Наука, 1985. 270 с.
202. Николаева В.В. О психологической природе алекситимии // Телесность человека: междисциплинарные исследования. М., 1991. С. 80—89.
203. Никольская И.М., Горячкина Г.Д. Особенности личности больных с хронической недостаточностью мозгового кровообращения // Ведущие аспекты диагностики и лечения в условиях современной клинической больницы. СПб.: Ольга, 1997. С. 51—52.
204. Никулина Д.С. Психолого-педагогические условия преодоления алекситимии у студентов вузов: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Ставрополь, 2005. 23 с.
205. Никулина Д.С. Особенности межличностных отношений у супружов с разным уровнем алекситимии // Психология и педагогика: Методика и проблемы практического применения: сб. мат-лов XII Междунар. науч.-практ. конф. Ч. 1. Новосибирск: Сибпринт, 2010. С. 73—77.
206. Никулина Д.С., Синеева С.Н. Удовлетворённость качеством жизни студентов с разным уровнем алекситимии // Известия Южного федерального ун-та. Сер. Технические науки. 2008. № 6. С. 76—80.

207. Новожилова А.П., Плужников Н.Н., Новиков В.С. Механизмы клеточной смерти: проблемы и перспективы // Программированная клеточная гибель. СПб.: Наука, 1996. С. 9—29.
208. Одинак М.М., Цыган Н.В. Факторы роста нервной ткани в центральной нервной системе. СПб.: Наука, 2005. 157 с.
209. Орлова И.И. Физиологические деструктивные процессы в эмбриогенезе // Успехи современной биологии. 1972. Т. 73. Вып. 1. С. 96—112.
210. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков и опыт его практического использования / под ред. А.Е. Личко, Н.Я. Иванова // Труды Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического ин-та им. В.М. Бехтерева. Т. 77. Л., 1976. 102 с.
211. Пащкова И.Г., Белоусова Г.П., Кудряшова С.А., Колупаева Т.А. Исследование морфотипа конституции у студенток-медиков с алекситимической характеристикой личности на Севере // Фундаментальные исследования. 2011. № 1. С. 157—164.
212. Перспективы социальной психологии: пер. с англ. / ред.-сост. М. Хьюстон, В. Штребе, Дж.С. Стефенсон. М.: ЭКСМО-Пресс, 2001. 687 с.
213. Петренко В.Ф. Космические истоки религиозного чувства // Методология и история психологии. 2018. Вып. 3. С. 5—27.
214. Петрова Н.Н., Леонидова Л.Л. Алекситимия у больных с хронической недостаточностью мозгового кровообращения // Вестник Санкт-Петербургского ун-та. Сер. 11. Медицина. 2008. Вып. 3. С. 32—43.
215. Пиаже Ж. Теория Пиаже // История зарубежной психологии (30—60-е гг. XX в.). Тексты. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1986. С. 232—292.
216. Пищулина Ю.А., Руженков В.А., Рычкова О.В. Психологическая коррекция при алекситимии у детей, лишенных родительского попечительства. Белгород: Изд-во БелГУ, 2005. 109 с.
217. Платонов Ю.П. Психологические феномены поведения персонала в группах и организациях. Т. 1. СПб.: Речь, 2007. 414 с.
218. Плосконос М.В. Апоптоз и мужская fertильность. Астрахань: Изд-во «ГБОУ ВПО Астраханский ГМУ», 2016. 225 с.
219. Плоткин Ф.Б. Алекситимия как фактор формирования и поддержания аддикции // Наркология. 2009. № 10. С. 85—92.
220. Попова Н.А. Новая иммунология. 2-е изд. Новосибирск: ИПЦ НГУ, 2018. 367 с.
221. Потапнев М.П. Апоптоз клеток иммунной системы и его регуляция цитокинами // Иммунология. 2002. Т. 23. № 4. С. 237—243.
222. Потапова А.В. Исследование уровня алекситимии студентов первого курса технических и педагогических специальностей // Вестник Московского гор. пед. ун-та. Сер. Естественные науки. 2013. № 1(11). С. 79—83.

223. Потапова Н.А., Грехов Р.А., Сулейманова Г.П., Адамович Е.И. Проблемы изучения феномена алекситимии в психологии // Вестник Волгоградского гос. ун-та. Сер. 11. Естественные науки. 2016. № 2 (16). С. 65—72.
224. Потемкина Е.А. Особенности алекситимии у пациентов с хроническими гинекологическими заболеваниями // Сибирский психологический журнал. 2010. № 35. С. 36—38.
225. Провоторов В.М., Кравченко А.Я., Будневский А.В. и др. Качество жизни больных, перенёсших инфаркт миокарда // Клиническая медицина. 1998а. Т. 76. № 11. С. 25—27.
226. Провоторов В.М., Кравченко А.Я., Будневский А.В., Грекова Т.И. Традиционные факторы риска ИБС в контексте проблемы алекситимии // Российский медицинский журнал. 1998б. № 6. С. 45—48.
227. Провоторов В.М., Будневский А.В., Кравченко А.Я. и др. Алекситимия в структуре личности больных бронхиальной астмой // Актуальные проблемы пульмонологии / под ред. А.Г. Чучалина. М.: Универсум Паблишинг, 2000а. С. 272—276.
228. Провоторов В.М., Будневский А.В., Преображенский Ю.П., Аксенова Н.А. Системный анализ психосоматических соотношений при бронхиальной астме // Прикладные информационные аспекты медицины. 2000б. Т. 3. № 2. С. 54—57. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_25918818_10042245.pdf
229. Провоторов В.М., Чернов Ю.Н., Лышова О.В., Будневский А.В. Алекситимия // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2000с. Т. 100. № 6. С. 66—70.
230. Провоторов В.М., Будневский А.В., Кравченко А.Я., Грекова Т.И. Психосоматические соотношения у больных ишемической болезнью сердца с алекситимией // Кардиология. 2001. № 2. С. 46—49.
231. Прутченков А.С., Сиялов А.А. Эй ты, параноик!!! (О психотипах личности, о диагностике акцентуаций характера детей и педагогической помощи им). М.: Новая школа, 1994. 63 с.
232. Прядеин В.П. Психодиагностика личности: избранные психологические методы и тесты. Сургут: РИО СурГПУ, 2013. 245 с.
233. Психология: словарь / под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. 2-е изд. М.: Политиздат, 1990. 495 с.
234. Пэшле Ж., Московичи С. Внешнее подражание и внутренняя перестройка (конверсия): пер. с фр. // Социальная психология / под ред. С. Московичи. 7-е изд. СПб.: Питер, 2007. С. 150—177.
235. Радзиховский Л.А., Хомская Е.Д. А.Р.Лурия и Л.С.Выготский (первые годы сотрудничества) // Вестник Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. 1981. № 2. С. 66—76.

236. Радугин А.А., Радугина О.А. Социальная психология. М.: Библионика, 2006. 495 с.
237. Райхлин Н.Т., Райхлин А.Н. Регуляция и проявления апоптоза в физиологических условиях и в опухолях // Вопросы онкологии. 2002. Т. 48. № 2. С. 159—171.
238. Рева И.В., Ямamoto Т., Одинцова И.А. Апоптоз и его роль в нарушении функций нейронов // Современные проблемы науки и образования. 2016. № 6. С. 36. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_27694746_90285012.pdf
239. Резников К.Ю. Пролиферация клеток мозга позвоночных в условиях нормального развития мозга и при его травме. М.: Наука, 1981. 149 с.
240. Рибо Т. (T. Ribot) Психология чувств: пер. с фр. Спб.: Издание Ф. Павленкова, 1898. Ч. 1—2. 480 с.
241. Робер М.-А., Тильман Ф. Психология индивида и группы: пер. с фр. М.: Прогресс, 1988. 256 с.
242. Рубинштейн С.Я. Основы общей психологии. 2-е изд. М.: Гос. учеб.-пед. изд-во Минпрос. РСФСР, 1946. 704 с.
243. Рыбников В.Ю., Улюкин И.М. Выраженность Алекситимии у больных с ВИЧ-инфекцией в динамике заболевания // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2014. № 3. С. 94—97.
244. Рябинкина А.Н. Особенности самоотношения Алекситимической личности // Современные тенденции развития науки и технологий. 2016. № 11—12. С. 120—124.
245. Савицкая М.А., Онищенко Г.Е. Механизмы апоптоза // Биохимия. 2015. Т. 80. Вып. 11. С. 1613—1627.
246. Сандромирский М. Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство. М.: Независимая фирма «Класс», 2007. 590 с.
247. Сапожникова И.Е., Тарловская Е.И., Мадянов И.В., Введенская Т.П. Выраженность Алекситимии у больных сахарным диабетом 2-го типа и её взаимосвязь с медицинскими и демографическими параметрами // Терапевтический архив. 2012. Т. 84. № 10. С. 23—27.
248. Сахаров А.В., Голыгина С.Е., Вертопрахова Н.Ю., Григорьева О.О. Некоторые психологические характеристики больных алкоголизмом // Забайкальский медицинский вестник. 2017. № 2. С. 51—56.
249. Свенцицкий А.Л. Краткий психологический словарь. М.: Проспект, 2009. 512 с.
250. Семенова Н.Д. Групповая психологическая коррекция в системе реабилитационно-профилактических мероприятий с больными бронхиальной астмой: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1988. 26 с.

251. Семенова Н.Д. Возможности психологической коррекции алекситимии // Телесность человека: Междисциплинарные исследования. М., 1991. С. 89—96.
252. Сергина В.А., Журбук А.Г. Патологическое влечение к алкоголю в контексте алекситимии // Актуальные проблемы психологии профессиональной деятельности в системе транспорта. Хабаровск: Дальневосточный гос. ун-т путей сообщения, 2014. С. 130—133. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_23549913_43347299.pdf
253. Симбирцев А.С. Цитокины — новая система регуляции защитных реакций организма // Цитокины и воспаление. 2002. Т. 1. № 1. С. 9—16.
254. Симбирцев А.С. Цитокины: классификация и биологические функции // Цитокины и воспаление. 2004. Т. 3. № 2. С. 16—22.
255. Смайлова С.А. Личностные особенности интернет-гемблеров // Проблемы современного педагогического образования. 2017. № 56—2. С. 364—372. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_30353503_80809304.pdf
256. Смайлова С.А., Руссы А.В. Психодиагностика склонности к аддиктивному поведению у подростков // Проблемы современного педагогического образования. 2015. № 48-1. С. 460—470. URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_24366337_83886849.pdf
257. Смык А.В., Маркова Е.В., Вотчин И.С. Новый перспективный подход к психологической коррекции алекситимии при бронхиальной астме // Мир науки, культуры, образования. 2015. № 1 (50). С. 198—200.
258. Современная психология: Справочное руководство / под ред. В.Н. Дружинина. М.: ИНФРА-М, 1999. 687 с.
259. Современный психологический словарь / сост. и общ. ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. СПб.: Прайм-ЕвроЗнак, 2007. 634 с.
260. Соколов Д.И. Иммунологические механизмы контроля апоптоза при развитии плаценты // Медицинская иммунология. 2008. Т. 10. № 2—3. С. 125—138.
261. Соколова Е.Т. Нарциссизм как клинический и социокультурный феномен // Вопросы психологии. 2009. № 1. С. 67—80.
262. Солдатова Г.У., Шайгерова Л.А. Психологическая адаптация вынужденных мигрантов // Психологический журнал. 2002. Т. 23. № 4. С. 66—81.
263. Соложенкин В.В. Избранные лекции по психиатрии для врачей-кардиологов. Бишкек: Изд-во КРСУ, 2011. 132 с.
264. Соложенкин В.В., Гузова Е.С. Алекситимия (адаптационный подход) и психотерапевтическая модель коррекции // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. Т. 8. Вып. 2. С. 18—24.
265. Сосин В.А., Красникова Е.А. Социальная психология. 3-е изд. М.: ФОРУМ, 2013. 334 с.

266. Старостина Е.Г., Тэйлор Г.Д., Квилти Л.К. и др. Торонтская шкала алекситимии (20 пунктов): валидизация русскоязычной версии на выборке терапевтических больных // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20. Вып. 4. С. 31—38.
267. Старшенбаум Г.В. Трудные характеры. Как с ними справиться? СПб.: Питер, 2017. 270 с.
268. Строганова Т.А., Орехова Е.В. Психофизиология индивидуальных различий в младенчестве: современное состояние проблемы // Вопросы психологии. 1998. № 1. С. 128—145.
269. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. 2. М.: Медгиз, 1959. 406 с.
270. Сухих Г.Т., Ванько Л.В. Иммунология беременности. М.: Изд-во РАМН, 2003. 399 с.
271. Сушков И.П. Психология взаимоотношений. М.: Академический Проект, ИП РАН; Екатеринбург: Деловая книга, 1999. 447 с.
272. Сыропятов О.Г., Дзеружинская Н.А. Психотерапия: теория и практика. Ростов н/Д.: Феникс, 2012. 445 с.
273. Тарасова С.А. Пенитенциарная психология: учеб. пособие. Самара: Самар. юрид. ин-т ФСИН России, 2016. 174 с.
274. Трунов Д.Г. Виды и механизмы функциональной алекситимии // Вестник Пермского ун-та. Сер. Философия. Психология. Социология. 2010. Вып. 2 (2). С. 93—99.
275. Трунова Л.А. Иммунология репродукции. Новосибирск: Наука, 1984. 157 с.
276. Трухан Е.А., Кутас О.В. Взаимосвязь алекситимии с профессиональным выгоранием у социальных работников // Философия и социальные науки. 2010. № 3. С. 59—64. URL: <http://elib.bsu.by/handle/123456789/8073>
277. Тхостов А.Ш., Колымба И.Г. Феноменология эмоциональных явлений // Вестник Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. 1999. № 2. С. 3—13.
278. Тэйлор Г.Д., Квилти Л.К., Бэгби Р.М. и др. Надёжность и факториальная валидность русской версии 20-пунктовой Торонтской шкалы алекситимии // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22. Вып. 3. С. 20—25.
279. Уласень Т.В., Ваулин С.В. Полиморфизм клинико-психологических проявлений травматических переживаний у подростков в условиях депривационного опыта // Вестник Смоленской гос. мед. академии. 2017. Т. 16. № 3. С. 112—119.
280. Урванцев Л.П. Психология в соматической клинике. Ярославль: Ярославский гос. ун-т, 1998. 159 с.

281. Урюпина Е.Л., Малишевская Н.П. Психоэмоциональный статус у больных диффузным телогенным выпадением волос // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2017. Т. 20. № 5. С. 285—289.
282. Фромм Э. Бегство от свободы: пер. с англ. М.: Академический Проект, 2008. 254 с.
283. Хаитов Р.М. Иммунология: структура и функции иммунной системы. 2-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 325 с.
284. Хаэр Р.Д. Лишённые совести. Пугающий мир психопатов: пер. с англ. М.: ООО «И.Д. Вильямс», 2007. 285 с.
285. Хватова М.В. Теории формирования психосоматических расстройств. Тамбов: ИД ТГУ им. Г.Р. Державина, 2010. 171 с.
286. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Соматизация: история понятия, культуральные и семейные аспекты, объяснительные и психотерапевтические модели // Московский психотерапевтический журнал. 2000. № 2 (25). С. 5—50.
287. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Радионова М.С., Тарабрина Н.В. Общая психология. Т. 2. М.: Академия, 2012. 431 с.
288. Хьюстон М., Штрёбе В. Введение в социальную психологию. Европейский подход: пер. с англ. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2004. 594 с.
289. Цехмистренко Т.А., Васильева В.А., Обухов Д.К., Шумейко Н.С. Строение и развитие коры большого мозга. М.: Спутник+, 2019. 537 с.
290. Цискаридзе М.А. Влияние установки на проявления конформности индивида в подставной группе // Вопросы психологии. 1988. №. 4. С. 143—149.
291. Чалдини Р., Кенрик Д., Нейберг С. Социальная психология. Пойми себя, чтобы понять других! СПб.: Прайм-ЕвроЗнак, 2002. 333 с.
292. Челышев Ю.А., Черепнёв Г.В., Сайткулов К.И. Апоптоз в нервной системе // Онтогенез. 2001. Т. 32. № 2. С. 118—129.
293. Черников В.П., Белоусова Т.А., Кактурский Л.В. Морфологические и биохимические критерии клеточной гибели // Архив патологии. 2010. Т. 72. № 3. С. 48—54.
294. Чернов А.Ю. Риторическая традиция качественного исследовательского подхода // Методология и история психологии. М., 2008. Т. 3. Вып. 2. С. 140—146.
295. Чибисов В.В. Путеводитель по психопатам. М.: АСТ, 2018. 319 с.
296. Чудновский В.Э. О некоторых исследованиях конформизма в зарубежной психологии // Вопросы психологии. 1971. № 4. С. 164—174.
297. Чудновский В.Э. К проблеме экспериментального изучения устойчивости личности (О многозначности показателей конформности) // Вопросы психологии. 1972. № 3. С. 57—70.
298. Шабалина В.А. Психологические характеристики студентов мужского и женского пола с высоким уровнем алекситимии // Известия высших учебных заведений. Уральский регион. 2017. № 2. С. 94—102.

299. Шамаева О.П. Социальная психология. Ч. 2. Белгород: Изд-во БГТУ, 2009. 248 с.
300. Шардаков И.В., Сухорукова Э.Е. Биологическое и клиническое значение проявлений апоптоза у людей. Киров: Кировский НИИ гематологии и переливания крови, 2019. 78 с.
301. Шевцова О.В. Патогенный фактор профессионального выбора педагога: акцентуации характера // Психологическое знание в контексте современности: теория и практика. Йошкар-Ола: МОСИ-ООО «СТРИНГ», 2012. С. 400—403.
302. Шестопалов А.В., Микашинович З.И., Буштырева И.О. и др. Роль апоптоза в развитии плаценты // Журнал акушерства и женских болезней. 2009. Т. LVIII. Вып. 2. С. 72—80.
303. Шихирев П.Н. Современная социальная психология. М.: ИП РАН; КСП+: Академический Проект, 1999. 447 с.
304. Шкилев С.В., Зиборова Е.И., Фирсова Н.Г. Социальная психология. Белгород: ИД «Белгород» НИУ «БелГУ», 2013. 338 с.
305. Шкуротенко О.С. Влияние психологических особенностей беременной женщины на психосоматические показатели новорождённого // Вектор науки Тольяттинского гос. ун-та. 2011. № 4 (18). С. 396—401.
306. Шкуротенко О.С., Коваленко Н.П. Алекситимия в период беременности, как механизм психологической защиты // Вестник психотерапии. 2016. № 59 (64). С. 75—86.
307. Шпарь В.Б., Россоха В.Е., Шпарь О.В. Новейший психологический словарь. Ростов н/Д.: Феникс, 2005. 806 с.
308. Эрдман Ю.К. Социально-психологический анализ группы конституционально-глупых психопатов // Вопросы клинико-экспериментальной психиатрии и невропатологии. Барнаул, 1974. С. 14—17.
309. Юрьева Т.В., Хватова Ю.Г. Когнитивно-эмоциональные особенности пациентов с ишемической болезнью сердца // Вестник Тамбовского ун-та. Сер. Естествознание и технические науки. 2014. Т. 19. Вып. 1. С. 118—120.
310. Юткина О.С. Изучение уровня Алекситимии у детей школьного возраста // Электронный журнал «Современные проблемы науки и образования». 2017. № 2. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=26273>
311. Яковлева Е.В. Исследование уровня Алекситимии у больных ревматоидным артритом // Труды молодых учёных: сб. науч. работ / под ред. С.Л. Кабака. Минск: МГМИ, 2000. С. 87—89.
312. Ялом И. Эзистенциальная психотерапия (1980): пер. с англ. М.: РИМИС, 2008. 605 с.

Naryshkin A.V.

Ontogenetic roots of a constitutionally conformal type of the character and this type relationship with alexithymia : Monograph / A.V. Naryshkin. — Moscow : FLINTA, 2020. — 160 p.

ISBN 978-5-9765-4401-7

The book provides a fundamental substantiation of one (of twelve) of the proposed earlier Author's hypothesis points about certain forms of constitutional inadequate physiological balance of the organism as internal causes of the constitutional psychopathies and accentuations character formation. Namely, it is explained how in the ontogenesis the excessive strength of innate immunity, leaving a special imprint on the formation of the brain, gives rise to a constitutionally conformal type of character. The Author analyzes in detail the origin of all main features of this type; substantiates the existence of two variants of this type, and explains why the babies of a constitutionally conformal type under the maternal-child relations breakdown grow into the alexithymics.

The book has theoretical and practical significance for substantiating the separation of acquired conformism from constitutional one and, accordingly, for the separate study of these phenomena; and for the constitutionally conformal type and its subtypes diagnostic methods development. The book contains the systematized summaries of the constitutionally conformal type and alexithymia features, as well as the alexithymia types classification. The latter is important for the alexithymic psychotherapy differentiation. The book is intended for psychologists and psychiatrists.

Keywords: character accentuations, personality accentuations, character formation, psychopathy, constitutional psychopathy, conformal type, conformal accentuation, constitutionally silly, conformism, alexithymia, alexithymia typology, innate immunity, brain formation.

Содержание

Используемый подход к классификации акцентуаций и психопатий	3
Понятие конформного типа.....	10
Иммунитет и формирование мозга	13
Происхождение общих особенностей конформного типа личности	33
Частные особенности личности конформного типа	37
Люди с неясными понятиями (когнитивно-конформный тип)	43
Люди с неясной деятельностью (поведенчески-конформный тип)	53
Жизненный путь конституционально конформных	58
Обсуждение конституционально конформного типа	67
Итог рассмотрения конформного типа	71
Конформный тип характера и конформизм	73
Алекситимия	82
Формирование алекситимии на базе когнитивно-конформного типа	86
Алекситимия на базе обоих подтипов конституциональной конформности	101
Защитные реакции и физиологические проблемы при алекситимии.....	108
Алекситимия и клиническая патология	114
Классификация причин алекситимии.....	121
Итоги	132
Список литературы	134

Научное издание

Нарышкин Александр Вячеславович

**ОНТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ КОРНИ
КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО КОНФОРМНОГО
ТИПА ХАРАКТЕРА
И СВЯЗЬ ЭТОГО ТИПА С АЛЕКСИТИМИЕЙ**

Монография

Связаться с автором можно по электронной почте
a-v-naryshkin@yandex.ru

Подписано в печать 10.06.2020. Формат 60×88/16.

Усл. печ. л. 9,3. Уч.-изд. л. 7, 86.

Тираж 500 экз. Изд. № 4987. Заказ

ООО «ФЛИНТА», 117342, Москва, ул. Бутлерова, д. 17-Б, офис 324.

Тел./факс: (495)334-82-65; тел. (495)336-03-11.

E-mail: flinta@mail.ru; WebSite: www.flinta.ru

Отпечатано в типографии ООО «Паблит»
127282, г. Москва, ул. Полярная, д. 31В, стр. 1

Тел.: (495) 230-20-52

ДЛЯ ЗАМЕТОК