БЕЛОВ ВАСИЛИЙ ГЕОРГИЕВИЧ
доктор медицинских наук, профессор кафедры психологии здоровья СПбГИПСР

ИННОВАЦИОННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КАК ПРЕДПОСЫЛКА ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОГЕНИЙ

АННОТАЦИЯ. Статья посвящена рассмотрению вопросов, связанных с исследованием психогенных расстройств, вызванных инновационными изменениями. В ней описаны варианты социально-психологических и психиатрических теорий развития психогений при воздействии инновационных стимулов. Дана медико-социальная характеристика проявления инновационных психогенных расстройств, и кратко проанализированы пути решения инновационных конфликтов. Обоснован комплексный подход при проведении коррекционных мероприятий, направленных на медицинскую реабилитацию и социальную адаптацию лиц, подвергшихся негативному воздействию инновационных преобразований.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: инновационный стресс, инновационный конфликт, антиципационная несостоятельность, пограничные расстройства психики, вероятностное прогнозирование, внутриличностный конфликт, психогении непривычных условий, реакции на острый стресс, расстройства адаптации, социально-стрессовое расстройство.

Современное виденье теории психологического стресса позволяет рассматривать инновационные процессы как один из вариантов психогении (невроза). Любую инновацию можно рассматривать как стресс, который может привести к формированию невроза, так как имеют место по меньшей мере два действующих фактора: реакция личности на психическом уровне и реакция организма на физиологическом уровне, что следует рассматривать в едином контексте проявлений. В зависимости от силы, длительности инновационных влияний, реакции личности, развитости компенсаторных механизмов адаптации, стресс, как результат воздействия инновации, может приобретать мобилизирующий характер или разрушительный, болезненный (стресс-дистресс).

Что касается психогенных аспектов инновационного стресса, то инновационный раздражитель можно рассматривать как стрессогенный при его когнитивной интерпретации, т.е. значении, которое ему придает сам человек (Ellis, 1973; Kirtz, Moos, 1974); или из-за воздействия раздражителя на индивидуум через сенсорный или метаболический процесс, являющийся самим по себе стрессогенным (Cufting, 1972). В этом же аспекте высказывался и Г. Селье (1956), который говорил о том, что тот, кто жалуется на стресс, чувствует себя его жертвой при всех жизненных ситуациях и при всех видах деятельности, независимо от того, работает он или отдыхает. В этой ситуации вновь возникает стресс, а именно страх перед стрессом [6].

Чрезмерность патогенного воздействия инновации часто инициируется и продуцируется самим человеком. Следствием такого мышления является субъективное приписывание инновационному раздражителю стрессового значения.

В современной социальной медицине и клинической психологии нет однозначной теории этиопатогенеза инновационного невроза и существует широкий диапазон представлений о природе неврозов от конституциональных (биогенетических) до психолого-социальных и социогенетических, получивших распространение в последнее время. Более того, в международной классификации болезней (МКБ-10) термин «невротическое» расстройство используется лишь в связи с его историческим значением. Такое ограничение связано с многозначностью и неспецифичностью критериев невроза, включая умеренную выраженность психического расстройства, отсутствие симптомов психоза и связь развития болезни с воздействием психотравмирующих факторов. Однако если рассматривать невроз в рамках донозологической концепции, которая относит невроз в область пограничных состояний, связанных с расстройствами адаптации, либо причисляет невроз к группам психопатологических и патохарактерологических типов девиантного поведения, то будет правомерно акцентировать внимание на инновационной этиологии неврозов в современном информационном обществе. Данный вопрос особенно остро актуален в связи с уже существующим и постоянно усиливающимся инновационным бумом XXI века.

В связи с этим весьма важным и социально – значимым является рассмотрение инновационных неврозов.

В настоящее время существует несколько точек зрения, характеризующих само понятие невроза. Остановимся на каждой из них.

J. Lopes Jbor (1981) рассматривает неврозы как тимопатии – патологические реакции на внешние и внутренние конфликты. Эти реакции обусловлены эндогенной почвой, под которой подразумевается развитие личности с ее тимопатическим фоном (настроением, как правило, носящим негативный оттенок).

V. Frankl (1956) предложил термин «ноогенный невроз», означающий заболевание духовной сферы, «экзистенциальный кризис» человека, что выводит невроз за рамки только понятий о болезни [4].

В.Н. Мясищев выдвигает на первый план психологический личностный фактор при неразрывной связи его с биологическим и социальным при рассмотрении различных аспектов невроза. Психогенная природа невроза по нему определяется существованием связи между клинической картиной заболевания, особенностями системы отношений личности и патогенной конфликтной ситуацией больного.

Б.Д. Карвасарский исходит в понимании невроза как психогенного нервно-психического расстройства, которое возникает в результате нарушения особенно значимых жизненных отношений человека и проявляется в специфических феноменах при отсутствии психотических явлений [4].

К. Ясперс, рассматривая психогении, выделил триаду признаков:

1. Совпадения начала заболевания с воздействием психотравмы.
2. Отражение психотравмы в структуре переживаний.
3. Выздоровление по мере дезактуализации психотравмы.

С некоторыми оговорками патологические проявления при психогениях и других пограничных состояниях в отечественной литературе в настоящее время принято рассматривать главным образом в рамках неврозов и психопатий, формирующихся в том числе при восприятии новой и чуждой среды.

К ним примыкают кратковременные невротические реакции, носящие ситуационный характер (реакция испуга, астеническая реакция, реакция приспособления к новой обстановке и другие реакции, не имеющие выраженного патологического характера, рассмотрение которых возможно в рамках психологически понятного ослабления личностных адаптационных возможностей), а также случаи патологического развития личности и так называемые акцентуированные, аномальные личности. В описании последних K. Leonhard (1968), А.Е. Личко (1974) и другие авторы особо выделяют различные типы «заострений» характера (черты личности, особенности стремлений) и темперамента (темп, качество, сила, глубина аффективных реакций). Акцентуированные личности, по их мнению, занимают промежуточное положение между состоянием психического здоровья и типичными психопатическими расстройствами.

Что касается неврозоподобных (псевдоневротических) и психопатоподобных (псевдопсихопатических) состояний, описываемых в рамках различных заболеваний (как предболезнь, сопутствующий синдром, исход болезненного процесса), то существует их огромное разнообразие (табл. 1).

Таблица 1.

Классификация психогений (по В.К. Шамрею А.В. Рустановичу, 2000 г.)

Уровень расстройств	**Группа состояний**	**Клинические формы**	**Соответствие критериям К. Ясперса**
Непатологический (психическое здоровье)	Психологические стрессовые реакции	- Гиперкинетические - Гипокинетические	+
Непсихотический (пограничные состояния)	Невротическая реакция (до 14 сут.)	- Астеническая - Депрессивная - Истерическая - Эксплозивная - Фобическая	+
	Невротические состояния (неврозы) – до 3 мес. Затяжные нервотические состояния – свыше 3 мес.	- Истерический - Обсессивно-фобический - Неврастения	-
Психотический	Острые реактивные психозы	- Аффектогенный ступор - Фугиформная реакция	+
	Затяжные реактивные психозы	- Реактивная депрессия - Реактивный параноид - Истерические сумеречные расстройства	+

Описывая вопросы неврогенеза с преобладающим этиологическим вкладом инновационных преобразований, хотелось бы остановиться на психологической платформе изучения неврозогенеза, где можно выделить направление, акцентированное на количественных показателях информации. К нему следует отнести положение и представление М.М.Хананашвили об «информационной триаде», лежащей в основе инновационного невроза. В нее включаются: 1) необходимость обработки и усвоения большого объема новой высокозначимой информации (включая и необходимость принятия решения); 2) хронический дефицит времени, отведенного на такую работу мозга; 3) высокий уровень мотивации. При наличии «информационной триады» закономерно, с точки зрения М.М. Хананашвили, возникают невроз и разнообразные психосоматические расстройства. По мнению П.В. Симонова, невроз – это «болезнь неведения», что, в противовес представлениям М.М. Хананашвили, отражает позицию о патогенетической значимости отсутствия или малого, недостаточного количества информации – неведения о том, что может случиться с человеком в ситуации конфликта, чего от него ждут окружающие и пр.

Важно отметить, что в последние десятилетия благодаря работам отечественных психологов (И.М. Фейгенберга, Б.Ф. Ломова, А.В. Брушлинского) стала активно разрабатываться проблема вероятностного прогнозирования и антиципации. Эти работы направлены на оценку общепсихологических закономерностей действия вышеупомянутых механизмов.

Очевидно, что инновационная деятельность, вносящая существенные, а порой и радикальные изменения в процессы, протекающие в обществе, существенно увеличивает неопределенность динамики и результатов деятельности человека. Рост неопределенности повышает риск неудачного результата инновации и увеличивает вероятность развития невротических расстройств.

При этом результативность инновационной деятельности прямо зависит от того, насколько точно произведена оценка и экспертиза риска, а также от того, насколько адекватно определены методы управления им.

Давно подмечено, что более сильное психотравмирующее действие могут оказывать неожиданные неприятные сообщения, к которым человек не подготовлен. Поэтому прежде, чем передать человеку такое сообщение, его стараются как-то подготовить: например, не сообщают сразу о смерти близкого человека, а говорят, что он очень тяжело заболел, что его состояние очень плохое. При этом для понимания механизма действия неожиданных инновационных изменений много ценного может дать концепция вероятностного прогнозирования, так как на сегодняшний день известно, что в коре головного мозга человека протекают процессы прогнозирования и сличения реально наступившей ситуации с прогнозируемой ситуацией (Н.А. Бернштейн, И.М. Фейгенберг) [5]. Они позволяют организму лучше подготовиться к будущим событиям и поэтому имеют большое биологическое значение. Всякое неожиданное изменение ситуации ведет к тому, что наступает рассогласование между имеющейся в данный момент ситуацией, отраженной органами чувств, и той ситуацией, которую ожидал, прогнозировал (предвидел) организм. Чем больше рассогласование (несоответствие) между фактически возникшим сигналом и тем, что прогнозировалось, тем большее количество новой информации несет этот сигнал, и тем более патогенным он может оказаться.

Кроме того, процессы вероятностного прогнозирования и сличения, протекающие в головном мозге, играют существенную роль в возникновении эмоций, вызванных действием информации. Так, реакция испуга возникает при рассогласовании между фактической ситуацией и прогнозируемой; реакция страха – в результате сличения прогнозируемой ситуации с той ситуацией, которая соответствует потребностям организма; разочарование – при рассогласовании между ожидаемым (прогнозируемым) приятным событием и действительностью.

В психологических особенностях лиц с поведенческими расстройствами обращает на себя внимание трудность, а подчас и невозможность предвидеть, прогнозировать всю возможную цепь последующих этапов деятельности в данной ситуации и при данном отношении к ней. Недоразвивается либо редуцируется обратная связь в цельной деятельности, достигшей автоматизации, т.е. естественной неосознаваемости предвосхищения последовательно сменяющих друг друга этапов предстоящей деятельности.

В настоящее время можно считать доказанной участие механизмов вероятностного прогнозирования и антиципации в этиопатогенезе невротических расстройств, что нашло отражение в антиципационной концепции неврозогенеза в условиях инноваций. Суть ее заключается в рассмотрении этиопатогенеза невротических расстройств в неразрывной связи с антиципационными процессами. Неврозогенез видится как результат неспособности личности предвосхищать ход событий и собственное поведение во фрустрирующих ситуациях, что обусловлено преморбидными особенностями «потенциального невротика», названными антиципационной несостоятельностью. Личность, склонная к невротическим расстройствам, исключает из антиципационной деятельности нежелательные события и поступки, ориентируясь всегда лишь на желательные. В связи с этим, попадая в новую, неспрогнозированную, неблагоприятную и вытесненную в связи с этим из «ситуационного сценария» жизненную коллизию, человек оказывается в цейтноте для применения совладающего поведения. И даже если система психологической компенсации у него функционировала нормально, то в условиях расхождения прогноза и при крайней выраженности эмоциональных переживаний (обиды, разочарования, недоумения), связанных

с этой прогностической ошибкой, человек может не использовать потенциальных возможностей к совладанию с ситуацией и заболевает неврозом.

Под вероятностным прогнозированием понимается предвосхищение будущего, основанное на вероятностной структуре прошлого опыта и информации о настоящей ситуации. Прошлый опыт и настоящая ситуация дают основание для создания гипотез о предстоящем будущем, причем каждой из них приписывается определенная вероятность. В соответствии с таким прогнозом осуществляется преднастройка – подготовка к действиям в предстоящей ситуации, приводящим с наибольшей вероятностью к достижению некоторой цели (И.М. Фейгенберг).

Эволюционно-биологический смысл организации вероятностного прогнозирования с наличием порога очевиден: при практически необозримом числе альтернативных ситуаций организм как бы упрощает эту сложную картину среды – строит модель окружающей действительности (В.М. Русалов, Д.А. Ширяев). Актуальной для него оказывается некоторая упрощенная модель среды, в которой имеется лишь несколько альтернатив, прогнозируемая вероятность которых больше порога.

В ряду психологических процессов, направленных на предсказание будущего, выделяется три процесса – вероятностное прогнозирование, нацеленное на построение беспристрастной математической модели будущего; экспектация – ожидание, т.е. эмоционально окрашенное и мотивационно подкрепленное представление о будущем с привлечением характеристик желанное-нежеланное; а также антиципация, подразумевающая, кроме вышеперечисленных, еще и поведенческий аспект.

С понятием антиципации тесно связано понятие дифензивности (от латинского – слабость), которое включает: чувство неуверенности в себе, трусоватость, склонность оценивать свои поступки с тревогой, сомнениями и т.п.

Следующий подход к теории патогенеза инновационных неврозов предполагает использование существующего понятиия инновационного стресса (социально-общественные конфликты, изменение социальной среды, переход общества в новые социальные условия жизни, общественные кризисы и т.д.), приводящего к возникновению различных вариантов психологического конфликта. В соответствии с конфликтогенной теорией патогенеза неврозов в генезе психогенных расстройств особое место занимает психологический конфликт. Так оригинальные, по-новому сформулированные мысли отклоняются от укоренившихся привычек, застывших традиций – от привычной практики. Внедрение нового продукта, технологии или услуги чаще всего означает для индивида необходимость отказаться от привычного, от старого, появляются изменения в условиях производства, в потребительской сфере, в привычках и в сформировавшихся общественных связях. Игнорирование традиций встречает сопротивление, зачастую даже враждебную реакцию, которыми среда нередко встречает новую мысль, даже в случае успеха инновация сопровождается конфликтами – ведь она заставляет приспосабливаться к новому. Следовательно, необходимо считать конфликт объективным фактором, обязательным спутником, всегда сопровождающим инновацию.

Необходимо учитывать, что в процессе развития интенсивного инновационного конфликта образуются самые различные эмоции. Его разрешение предполагает значительные преобразования в психической реальности человека. Реализация большого объема изменений за короткий отрезок времени может представлять угрозу для целостности личности, поэтому включаются механизмы, защищающие целостность Эго.

Эти механизмы работают при любом внутриличностном конфликте и составляют сущность сопротивления. Чем выше интенсивность конфликта, тем большим сопротивлением сопровождается процесс принятия инновации.

Информация, вызвавшая непереносимый внутриличностный конфликт, будет элиминирована в глубокие слои бессознательного.

Интенсивный инновационный конфликт приводит к реакции вытеснения, избегания инновационного продукта как травмирующего и, как следствие, приводит к формированию невроза.

Если рассматривать психологический конфликт по В.Н. Мясищеву, то он определяется как столкновение противоречивых отношений личности, когда она не может найти продуктивное решение. В рамках данной интерпретации можно также найти место инновационному конфликту в случае столкновения человека-консерватора с неизбежно надвигающимся на него прогрессом. В.Н. Мясищев выделил основные виды патогенных конфликтов.

1. Противоречие между личностными возможностями и завышенными требованиями к себе. Предпосылки такого конфликта закладываются в детстве, в истории развития личности, когда чрезмерное стремление к любому успеху поощряется окружением без учета сил и возможностей данной личности. В этом случае формируется невроз неврастении. Такая личность инертна в восприятии инноваций, гиперсоциальна, все в ее отношениях воспринимается «как архиважное», все должно быть на высшем уровне; у нее отсутствует широта взгляда, она застревает на мелочах повседневности, у нее нет средины, рационализации критической переоценки, вследствие чего у нее хронически не удовлетворяются внешние потребности (в признании, самоутверждении, самореализации), что приводит к эмоциональному срыву и формированию неврастении. Невроз истощения формируется при попытке поступательного движения к цели в силу повышенной пунктуальности и глобализма решаемых проблем, а также невозможности сосредоточиться на ключевом направлении.

2. Другой тип конфликта обусловлен чрезмерными претензиями личности к другим, которые сочетаются с недооценкой или игнорированием объективной реальности, низкой требовательностью и недостаточной критикой к себе. Таким людям свойственна тенденция прибегания к помощи извне, реализующим подсознательный механизм инфантильных устремлений, и в то же время управлению и манипулированию другими, что приводит к формированию истерического невроза.

3. Противоречивые внутренние тенденции, борьба между желанием и долгом, нормативностью поведения, гиперсоциальностью; между моральными принципами и личными привязанностями может формировать невроз навязчивых состояний.

Психологические конфликты (психогения, стресс) вызывают к жизни механизмы психологической компенсации и защиты либо запускают механизм дезадаптации и неврогенеза (рис. 1).

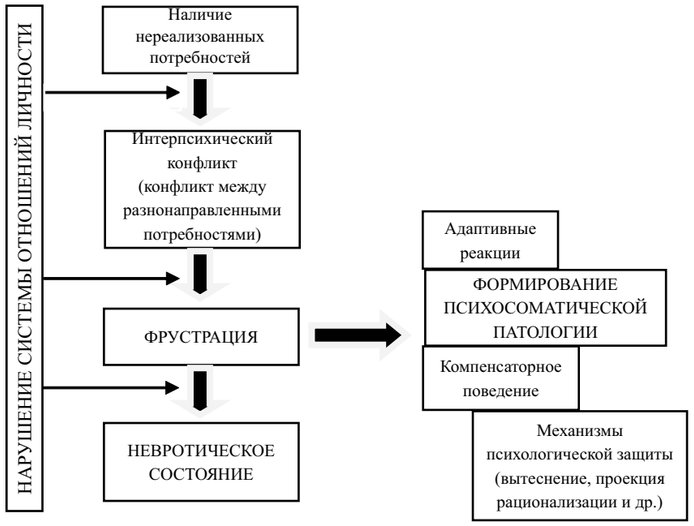

Рис. 1. Механизмы формирования и развития невротических состояний

Согласно гештальт-психологии, концепция неврогенеза утверждает, что существует огромное количество потребностей, которые ощущаются, когда происходит воздействие средового инновационного стимула. Инновационный стимул вызывает нарушения психического или физического равновесия организма. И при этом большинство из актуализировавшихся потребностей направлено на то, чтобы восстановить прежнее равновесие.

Полное равновесие соответствует четкой фигуре (гештальту); отклонение от равновесия, вызванное инновационным преобразованием, ведет к разрушению фигуры, размыванию четких границ между нею и фоном и формированию потребности, в случае недостижения которой формируется невроз.

Иногда потребность в стабильности и отсутствии инноваций удовлетворить нельзя. В таком случае гештальт остается незавершенным, а поэтому не может быть отреагирован и уступает место другому. Такая неотреагированная потребность становится, по Перлсу, причиной многих незавершенных проблем, которые через некоторое время начинают оказывать воздействие на текущие психические процессы. Полная блокировка незавершенных гештальтов может также привести к неврозу.

Помимо невроза, в результате стрессового воздействия инновационного стимула современные клинические классификации выделяют следующие виды психогении: психогении непривычных условий, реакции на острый стресс, расстройства адаптации и социально-стрессовое расстройство (МКБ-10) [4].

Психогении непривычных условий существования возникают в момент совмещения нескольких специфических для профессиональной деятельности этиопатогенетических факторов («непривычность», новизна условий существования и общения, информационная депривация, астенизация и др.) у лиц с признаками нервно-психической неустойчивости и исчезают в обычных («привычных» для них) условиях.

Клиническое своеобразие психогений непривычных условий существования характеризуется возникновением, наряду с собственно невротической симптоматикой, специфических патологических проявлений (сверхценных образований, навязчивых идей, идей отношения) [3]. При этом перенесенные, но благоприятно преодоленные (через формирование адекватных личностных отношений, способов эмоционального и поведенческого реагирования) психические нарушения положительно развивают личность в сторону ее большей устойчивости.

Необходимо отметить, что определенная часть недифференцированных психогений непривычных условий существования, приобретая при неблагоприятном развитии затяжной характер, кристаллизуется в уже устоявшиеся традиционные формы пограничной психопатологии, а диапазон нарушений при адаптации к инновационным условиям существования колеблется от отдельных необычных психических состояний до глубоких психических расстройств (вплоть до психотических форм).

Реакции на острый стресс, возникающие в условиях инновационных воздействий, отличаются от других категорий пограничных расстройств тем, что они включают расстройства, которые определяются не только на основе симптоматологии и течения, но и на основании наличия одного из причинных факторов: исключительно сильного стрессового инновационного жизненного события, вызывающего острую стрессовую реакцию, или значительного изменения в жизни, приводящего к продолжительно сохраняющимся неприятным обстоятельствам, в результате чего развивается расстройство адаптации.

Характерно, что клиническая симптоматика возникает немедленно вслед за воздействием инновационного стимула (буквально в течение 1 часа) и проявляется двумя группами симптомов, которые могут быть условно объединены с целью укрупнения единиц анализа в две большие группы, отражающие реакции человека на инновационный стресс. При этом первая группа симптомов включает в себя признаки генерализованного тревожного расстройства, а вторая группа представлена следующими симптомами: а) уход от предстоящих социальных взаимодействий; б) сужение внимания; в) проявления дезориентации; г) гнев или словесная агрессия; д) отчаяние или безнадежность; е) неадекватная или бесцельная гиперактивность; ж) неконтролируемое и чрезмерное переживание горя.

Если стрессор носит преходящий характер или может быть нивелирован, симптомы начинают уменьшаться не позднее восьми часов. При этом реакция развивается в отсутствие любых других психических или поведенческих расстройств (за исключением генерализованных тревожных расстройств и расстройств личности) [2].

Расстройства адаптации характеризуется развитием симптомов в течение одного месяца после подверженности идентифицируемому инновационному психосоциальному стрессору, который не представляет собой необычный или катастрофический тип.

При этом в структуре расстройств адаптации, связанных с инновационными воздействиями, выделяют отдельные, вариабельные по форме и тяжести симптомы, характерные для других аффективных, невротических, соматоформных и поведенческих расстройств:

- короткую депрессивную реакцию (не более одного месяца);
- пролонгированную депрессивную реакцию (не более 2 лет);
- смешанную (тревожно-депрессивную) реакцию;
- с преобладанием расстройств других эмоций;
- с преобладанием нарушения поведения;
- со смешанными расстройствами эмоций и поведения;
- с другими уточненными преобладающими симптомами.

Симптомы, возникающие в случае формирования расстройства адаптации, как правило, продолжаются не более чем шесть месяцев после прекращения действия стресса или его последствий (за исключением пролонгированной депрессивной реакции).

Постсоциалистический период привел к массовой инновационной ломке общественного сознания, обновлению жизненных ориентиров десятков миллионов людей, все большей независимости частной жизни от государства. Развивающиеся вследствие этого массовые проявления состояний психоэмоционального перенапряжения и психической дезадаптации по существу являются следствием коллективной травмы, естественной «экспериментальной моделью» социальных стрессовых расстройств.

Этиология социально-стрессового расстройства обусловлена коренным изменением общественных отношений, выходящим за рамки обычного опыта, резкой сменой системы культуральных, идеологических, моральных, религиозных представлений, норм и ценностей, остававшихся неизменными на протяжении длительного периода жизни, изменением привычных социальных связей и жизненных планов, нестабильностью и неопределенностью жизненного положения.

Поведение индивида в случае возникновения у него социально-стрессового расстройства проявляется заострением личностно-типологических черт характера; развитием гиперстении, гипостении, панических реакций, депрессивных, истерических и других психических нарушений; утратой способности приспосабливаться к происходящему с сохранением перспектив в целенаправленных действиях; появлением цинизма, склонности к делинквентным поступкам.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что резкая интенсификация инновационных процессов вследствие широкомасштабного использования современных коммуникационных технологий

привела к образованию принципиально новых каналов влияния на психику человека. При этом инновационные изменения несут как позитивный потенциал развития общества, так и негативную стрессогенную составляющую своего влияния. Анализируемые в рамках описанных теорий варианты формирования психогений позволяют заявить о значительном патогенном влиянии фактора инновации в возникновении большинства перечисленных пограничных расстройств.

Поэтому важно знать основные внешние проявления инновационных психогений, с тем чтобы вовремя оказать квалифицированную помощь в специализированных медико-социальных и психологических учреждениях, в целях предотвращения формирования хронизации расстройств психики у человека и последующей социально-психологической дезадаптации.

1. *Александровский Ю.А.* Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. СПб., 1992. N 2. С.3–12.
2. *Александровский Ю.А.* Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. СПб., 1995. С. 15–22.
3. *Ганнушкин П.Б.* Клиника психопатий: Их статика, динамика, систематика. М.: Медицина, 1964, С. 252.
4. *Карвасарский Б.Д.* Неврозы. Руководство для врачей. М., 1990.
5. *Леонтьев А.Н.* Деятельность, сознание, личность. М., 1975.
6. *Менделевич В.Д.* Психология девиантного поведения. Учебное пособие. СПб.: Речь, 2007. 445 с.
7. *Положий Б. С.* Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева СПб., 1993. N 4. С. 6–11.
8. *Фрейд З.* Психология бессознательного. М.: Просвещение, 1989. С. 445.

БЕЛАВИНА ОЛЬГА ВЯЧЕСЛАВОВНА
старший преподаватель кафедры математики и информатики СПбГИПСР

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛИЗАЦИИ ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНЫМ ТИПОМ ИНТЕЛЛЕКТА

Работа проведена при финансовой поддержке РГНФ (проект № 07-06-00782а)

АННОТАЦИЯ. В статье излагаются результаты исследования, проведенного в одной из гимназий г. Санкт-Петербурга с целью изучения влияния интеллекта на социализацию старшеклассников. Согласно данным исследования, гармоничное развитие интеллекта подростка облегчает процесс социальной адаптации, а недостатки в развитии высших форм мышления приводят к проблемам в общении, психологическим защитам и неадекватной самооценке, негативно сказываются на духовном и моральном развитии подростков.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: социализация, одаренные подростки, интеллект, понятийное мышление, социальная адаптация, коммуникативные установки, самооценка, поведение в конфликтах, жизненные ценности.

Переходный возраст является одним из важнейших этапов процесса социализации: становления подрастающего человека как личности посредством усвоения целей, ценностей и норм общества, социальных и профессиональных ролей. Конечно, в подростковом возрасте процесс социализации еще не заканчивается, т.к. для его завершения индивид должен освоить какую-либо профессию, иметь работу или пытаться ее найти, начать самостоятельно вести хозяйство, жить независимо от родителей. Однако к моменту окончания школы у подростков уже, например, складываются достаточно устойчивые ценностные предпочтения, а также могут быть сформированы основы социальной компетентности.

Обычно считается, что для успешного протекания процесса социализации хорошее интеллектуальное развитие не является необходимым условием. Более того, достаточно распространено мнение, что высокий интеллект является скорее помехой для социальной адаптации подростков и что одаренность обычно ведет к эгоизму, замкнутости, надменному отношению к окружающим, конфликтности.

Педагоги и психологи уверены, что в процессе социализации решающее значение имеет не интеллект, а другие социально-психологические факторы. Так, считается, что у любого подростка в результате грамотной воспитательной работы в семье и школе могут быть сформированы правильные с точки зрения общества жизненные ориентиры и ценностные предпочтения. Социальная компетентность, по мнению многих психологов, тоже определяется не столько академическим интеллектом, сколько рядом личностных качеств и приобретенными коммуникативными навыками. Согласно результатам многочисленных исследований, даже такой аспект социальной компетентности, как социальный интеллект (способность понимать других людей и ситуации их взаимодействия), обнаруживает больше корреляционных связей с личностными чертами, а не с общим интеллектом. Поэтому широко распространены теории, рассматривающие социальный интеллект не как познавательную способность, а как знания, умения и навыки, приобретенные в течение жизни, или как личностную черту, определяющую успешность социального взаимодействия.

Однако пилотажное исследование, проведенное нами на базе одной из гимназий Санкт-Петербурга в январе 2007 г., показало, что интеллектуальные способности оказывают существенное влияние на развитие социального интеллекта старшеклассников. Психологическое тестирование прошли 48 учащихся 9-х классов. Для диагностики академического и социального интеллекта использовались соответственно IST Амтхауэра и тест Гилфорда–Салливена, личностные качества измерялись с помощью опросника Кеттелла.

Нами было проведено сравнение учащихся с хорошим социальным интеллектом (суммарный балл по тесту Гилфорда–Салливена > 30) с учащимися, социальный интеллект которых средний или ниже среднего (суммарный балл ≤ 30). Оказалось, что эти две группы различаются не по общему уровню интеллекта (суммарный балл по IST), а по сформированности понятийного мышления. У учащихся с хорошим социальным интеллектом понятийное логическое мышление (III субтест IST) в среднем превосходит возрастной норматив (11,39), в то время как во второй группе