

ОБЩАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОЛОГИЯ ЛИЧНОСТИ

УДК 159.95

Цветкова Л.С., Цветков А.В.

ПРОБЛЕМА ХРОНОТОПА С ПОЗИЦИЙ НЕЙРОПСИХОЛОГИИ*

Аннотация. Пространственно-временная организация психики анализируется через призму патологических состояний, возникающих при различных поражениях мозга, и методов их восстановления, разработанных в нейропсихологии. В статье предложена авторская концепция хронотопа.

Ключевые слова: хронотоп, нейропсихологические синдромы, методы восстановительного обучения, левое и правое полушария.

L. Tsvetkova, A. Tsvetkov

ON THE NEUROPSYCHOLOGICAL APPROACH TO THE TIME AND SPACE ORGANIZATION OF PSYCHIC

Abstract. Time and space organization of psychic is analyzed through neuropsychological conception of brain leisure and restoration methods. Author's conception of the time and space organization of psychic is represented.

Key words: time and space organization of psychic, neuropsychological syndromes, reeducation methods, right and left hemisphere.

Проблема пространственно-временной организации психических процессов относится к числу наиболее фундаментальных и в то же время малоизученных. Несмотря на большое число научных концепций, посвящённых восприятию человеком пространства и времени, организации психических процессов в соответствии с реальным пространством и временем, остаётся больше вопросов, чем ответов. Данная статья призвана показать, как проблема хронотопа рассматривается в нейропсихологии (с позиции авторов).

В отечественной философии мы обратились к работам В.С. Тюттина [7], философа-материалиста, разрабатывавшего проблему отражения. Как пишет автор, при рассмотрении форм психического отражения у человека и животных отражаемый объект и субъект

отражения с его системой анализаторов выступают неравноценными, пассивным и активным звеньями. При этом полученные от объекта данные используются живыми системами не в «сыром» виде, а виде особых «заместителей», сигналов-моделей для процессов обработки информации и управления собственным поведением. В психике человека в эту цепочку включается ещё и оречевление сигналов-моделей. Таким образом, прямая причинно-следственная «механическая» взаимосвязь между внешним миром и психикой отсутствует. В результате соотнесения структуры объекта-оригинала и изоморфной (или гомоморфной) ему структуры модели, субъект в восприятии получает свойства объекта, а вовсе не физиологические состояния рецепторов и мозга, и это, по мнению В.С. Тюттина, принципиальный момент. При этом признаки объектов воспринимаются инвариантно (то есть в отрыве от конкретного объекта), что и позволяет субъекту формировать сложную систему восприятий, рефлексов и поведенческих реакций. Именно на принципе инвариантности (примером которой может служить перенесение павловского рефлекса – от выделения слюны на последовательность звонков к выделению слюны на аналогичную по структуре последовательность световых вспышек) построено внутреннее время субъекта, ведущее отсчёт от его поведения. Эта концепция сходна с воззрениями А.А. Ухтомского о генезе хронотопа (см. ниже), что позволяет интегрировать их в единую модель.

Среди современных философов, работавших над проблемой времени, выделяется Э. Левинас [13], писавший о потоке сознания, порождающем внутреннее время, как о свободе субъекта. Личность для Левинаса – постоянная потребность в обновлении, а время – то единственное, что может принести обновление, потому что сознанием это конституировано быть не может. В работах Э. Левинаса время предстаёт внешним по отно-

* © Цветкова Л.С., Цветков А.В.

шению к сознанию атрибутом и более всего вещественно проступает в тех состояниях, когда сознание беспомощно – страх смерти, ощущение одиночества, слушание музыки, бессонница и т. п. Таким образом, Левинас заключает, что время – безличный и объективный атрибут бытия, организующий на до-вещественном и дорефлексивном уровне [13, 166-168].

Как писал С.Л. Рубинштейн [5], восприятие пространства включает в себя восприятие расстояния (отдаления) до предметов, направления, в котором они находятся, а также их величины и формы. При этом восприятие протяжённости, к которой относится осознание внеположности одних объектов относительно других, автор полагал первой ступенью в пространственном восприятии. Точно так же в восприятии времени первичную основу составляет восприятие длительности, основанное на висцеральной чувствительности (внутренние процессы организма), как полагал С.Л. Рубинштейн, а вторичным является собственно восприятие временной последовательности, производное в том числе и от ритмичности основных физиологических процессов – пульса, дыхания, пищеварения, которые косвенно помогают оценивать «что после чего», не прибегая к внешним этапам времени. Как указывал исследователь, у людей с нарушенной внутренней чувствительностью (анестезия внутренних органов) и временная чувствительность оказывалась нарушенной. Также существенным является «закон заполненности временного отрезка»: чем больше событий произошло за исследуемый отрезок времени, тем более длительным он представляется испытуемому.

В подходе, развиваемом А.Н. Леонтьевым [14], все внутренние процессы совпадают с моделями внешней деятельности и имеют ту же структуру, однако это предполагает наличие внутреннего действия и внутренней активности субъекта в качестве предпосылки возникновения этих процессов. При этом переход от внешнего предмета к внутреннему процессу знаменуется возникновением опосредующего звена – предметной деятельности, которая как бы лежит на пересечении поисковой активности, мотивационно-потребностной сферы и движения субъекта в пространстве (здесь также уместно вспомнить о пересечениях теории деятельности с подходом Н.А. Бернштейна). Развёртывание фаз деятельности задаёт временной аспект существования субъекта. Непрерывность самоощущения субъекта обеспечивает пред-

метный образ, который формируется путём выхода за границы сенсорных модальностей, привязанных к конкретной точке пространства – времени.

Однако в представленных концепциях пространство и время, – и внешнее, и воспринимаемое, – предстают как отдельные реальности, что не соответствует современным подходам, озаменованным понятием «хронотопа» – единого *пространства-времени*, в котором существует как предметный мир, так и восприятие человека. В психофизиологии понятие *хронотопа*, впервые применённое А. Эйнштейном и Г. Минковским к математическому моделированию, ввёл А.А. Ухтомский [8, 67-68], в качестве отправной точки взявший следующую идею: между индифферентным воздействием (допустим, крик волка) и биологически значимым контактным раздражителем (нападение волка на зайца) существует как расстояние, так и время, необходимое для преодоления этого расстояния. Отсюда, заключал А.А. Ухтомский, понятно, что когда у зайца сформируется условный рефлекс между криком волка и последующим нападением, этот рефлекс будет иметь сложную, пространственно-временную природу: оценка расстояния – за какое время оно может быть преодолено – реакция убегания / приближения. То есть восприятие предмета всегда строится относительно времени, поскольку движение предмета и движение воспринимающего субъекта в пространстве не есть согласованные величины (что и приводит к зрительным иллюзиям, и есть причина для постоянных корректирующих движений органов чувств, в частности глаз и проприоцепторики).

В гуманитарные науки понятие «хронотопа», то есть совместного рассмотрения времени и пространства, или «времени как четвёртого измерения пространства» вошло благодаря М.М. Бахтину [2, 138-140], который заимствовал его, как он пишет, у А.А. Ухтомского. М.М. Бахтин же применил его к изучению бытия в романе и фольклорном творчестве, как форме литературного искусства, и сделал следующие выводы: время максимално устремлено в будущее, настоящее и прошлое – составные части вероятного будущего (ибо расчленённое прошлое и настоящее есть явления индивидуальной жизни). Время – глубоко пространственно и конкретно, то есть масштабы измерения жизни общества и природы в целом и жизни конкретного человека совпадают. Но время «реактивно» – оно не содержит абстрактных категорий, поэто-

му точкой отсчёта являются конкретные события конкретной человеческой жизни.

Перейдём к собственно нейропсихологическим данным относительно пространственно-временного восприятия. Как показали нейроанатомические исследования [3, 9], все три основные сенсорные модальности (зрение, слух, тактильно-кинестетическая чувствительность) наиболее представлены в левом полушарии: так, левая височная доля на одну треть больше правой. В то же время в правом полушарии наиболее представлены интермодальные ассоциативные зоны – например, лобная. Кроме того, более выражены межрегиональные связи (в противовес внутрирегиональным связям у левого полушария). Поэтому, делают вывод Э. Гольдберг и Л.Д. Коста [3], для правого полушария характерным представляется глобальный тип психического реагирования на когнитивные задачи.

На этом основании – в силу сложности выделения «региональных особенностей» – для правого полушария, как правило, описания нейропсихологических синдромов являются достаточно обобщёнными.

Не является исключением в этом плане и работа Т.А. Доброхотовой и Н.Н. Брагиной [4], которые в рамках изучения деперсонализационно-дереализационного комплекса у больных с различными поражениями правого полушария (опухоль, травмы, эпилептическая активность) выделили следующие феномены: «уже виденного» – при котором больному кажется, что окружающее его помещение, люди, произносимые ими слова или жесты повторяют то, что было раньше, иногда – повторяют многократно; «никогда не виденного» – даже знакомые предметы, помещения, люди кажутся ранее не виденными, больной может не узнать собственного дома или рабочего места, часто такие «припадки» сопровождаются ощущением «замедления» времени.

Как видно из описания, оба этих феномена – комплексные, связаны с нарушением как временного (многократное повторение ситуации в сознании больного, замедление течения времени), так и пространственного компонентов хронотопа.

В работах Л.С. Цветковой было показано, что при поражениях левого полушария время и пространство могут существовать раздельно друг от друга, чего не наблюдается в норме. Так, например, при афферентной моторной афазии, возникающей при поражении нижнетеменных отделов левого полушария

[10, 83], центральным механизмом которой является нарушение кинестетической афферентации, больной не может правильно расположить губы, язык и другие речевые органы (как по направлению движения, так и по размаху), при этом восприятие предметного мира и временные операции (сукцессивная последовательность тех или иных действий) остаются в большой степени сохранными. Следует отметить, что эта группа больных полностью отдаёт себе отчёт в жизненной ситуации: они адекватны и критичны.

Восстановительная работа с этими больными ведётся от времени и расположения предметов реального мира – к пространству мышечной координации. Примером может служить мысленно-слуховой метод. Его задачей является переключение внимания больного с моторного (нарушенного) компонента речи на звуковой и семантический. Перед больным [10, 237] выкладывается ряд картинок, включающих предмет в разных ситуациях его применения: лимон, лимон и чашка с чаем, лимон среди других фруктов, лимон на столе среди «предметов к чаю» (хлеб, пирожные, сахар) и т. д. Педагог последовательно произносит следующие фразы: «Я купила жёлтый сочный лимон! Я очень люблю пить чай с лимоном! Какие воспоминание у Вас о лимоне? К какой группе относятся лимоны? Давайте теперь пить чай с лимоном». Больной же, перебирая картинки, постепенно произносит доступные ему компоненты слов и – в конце концов – целую фразу (смысл «ведёт» моторику речи).

Другой метод – кубики «вчера-сегодня-завтра» и работа с календарём, на который наложена бумажная стрелка, указывающая направление течения времени. Поскольку у таких больных нарушено ощущение телесного пространства, то восстановление идёт от разницы ощущений в разные временные отрезки: больной осматривает и ощупывает себя перед зеркалом утром, днём, после обеда, «ощупывает пространство» комнаты (с открытыми и закрытыми глазами), потом делает рисунки – и всё это без вербальных меток, которые ему только могут помешать. Затем эти рисунки накладываются на временную перспективу, чтобы больной наглядно увидел, как менялось его состояние в зависимости от времени. Таким образом, время здесь выступает как «сильное звено» в восстановлении пространственных операций (причём операций больше с внутренним пространством, нежели с внешним).

Другая картина наблюдается при семан-

тической афазии [10, 93] (поражение теменно-височно-затылочных отделов левого полушария): центральным механизмом является нарушение симультанного пространственного восприятия, что приводит к дезориентировке в сложных логико-грамматических конструкциях (при этом просто организованную речь больные понимают без особенных трудностей), к дезориентировке в предметном пространстве: понимая и воспринимая отдельные предметы, больные с трудом воспринимают детали их пространственных отношений в планах и картах, часах, в счётных операциях, то есть во всех психических процессах, задействующих пространственный фактор. Также может нарушаться и схема собственного тела, однако эта «базовая» функция, как правило, остаётся более сохранной, что позволяет строить восстановительные мероприятия.

Л.С. Цветковой был предложен «пространственный метод» введения больного в пространство занятий. В самом начале восстановительной работы больного проводят по комнате, показывают (с речевым сопровождением) все предметы, предлагают взять в руки, посмотреть и потрогать оборудование, заглянуть в шкафы, под стол, посмотреться в зеркало. Необходимо спросить, комната большая или маленькая, высокая или с низким потолком, тёмная или светлая, уютная или мрачная. Затем выйти в другие комнаты, пройти по коридору. Посмотреть в окно – есть ли на улице ветер, холодно там или тепло, есть ли на небе облака, солнце, чистый воздух или туман. Затем за рабочим столом проговариваются все детали «прогулки» – последовательность передвижения, увиденные помещения, предметы, люди, пространство за окном. Следующее упражнение – нарисовать увиденное пространство, обязательно в цвете. Таким образом, достигается включение в работу эмоционально-личностной сферы. Как правило, изображается одна комната или её часть так, как больные её видят – в разрезе, перпендикулярно линии взгляда. Четвёртое упражнение – игра в угадывание: на руке больного, сидящего с закрытыми глазами, пальцем рисуем комнату, коридор, небо с облаками. Инструкция: «Я Вам сейчас на руке нарисую место, где мы сегодня были, которое мы видели, а Вы угадайте». Таким образом, идёт «развёртка» внешнего пространства от сохранённых временных операций (последовательность передвижения) и основ схемы тела (точка отсчёта восприятия).

Другая картина наблюдается при по-

ражении лобных долей левого полушария: у больных динамической афазией (поражение отделов к лобной части от зоны Брока) нарушается внутренняя речь, программирование высказывания и деятельности в целом, что приводит к их общей инактивности, неспособности выполнить задания на динамический праксис. При этом понимание речи, восприятие предметов и пространственных отношений у этих больных в целом сохранно (хотя присутствуют специфические нарушения предметного образа, связанные с общей инактивностью). Восстановительная работа с этими больными идёт, напротив, «от пространства – ко времени». Наиболее известным методом, разработанным Л.С. Цветковой [10, 255] для восстановления речи при динамической афазии, является «метод фишек»: больному предъявляется карточка с фразой для прочтения или с картинкой, по которой он должен составить фразу (что ему недоступно) и также даётся набор выложенных в линию фишек, количество которых равно количеству слов в читаемом предложении. Отстукивая ритм (фактически – временную структуру фразы) по фишкам, больной сравнительно легко её произносит.

При поражении заднелобных отделов (эфферентная моторная афазия) нарушение временной организации деятельности выступает на более низком, сенсомоторном уровне: больной не может произнести серию звуков (слогов, слов) из-за персевераций, трудности переключения с одного звука на другой. Если при динамической афазии распадается целостная программа высказывания, то при эфферентной моторной – её реализация в двигательном акте. При этом эффективными методом растормаживания речи оказывается ритмико-мелодический метод – пропевание фраз, стихов, особенно хорошо знакомых. Также хорошо действует приём заканчивания фразы – психолог произносит всю фразу, а больному остаётся только закончить её. Этот приём позволяет включить активную речь больного, выделить слова из ряда персевераций, подключив семантику речи.

При поражении префронтальных отделов левого полушария наблюдается картина нарушения обоих компонент хронотопа – и пространственной, и временной. При выполнении задания на конструирование из кубиков Кооса по образцу такие больные, с одной стороны, показывают дефекты формирования перцептивного образа (из-за невычленения фигуры из фона, то есть первичного нарушения структуры интеллектуальной деятель-

ности), с другой стороны – процессуальные нарушения деятельности: импульсивность реакций при инертности раз возникших стереотипов действия [9, 274]. Надо отметить, что, в отличие от поражения заднеобных отделов и медиобазальных отделов лобных долей, дефекты при поражении префронтальных отделов лобной доли являются устойчивыми и такие больные практически не поддаются восстановительному обучению.

При несформированности психики у детей также нарушенными оказываются оба компонента хронотопа. Как показали наши исследования [11], при т.н. синдроме дисфункции заднеобных отделов и зоны ТРО левого полушария (отмеченном у 12% общей выборки младших школьников с трудностями в развитии психики), отмечаются и симптомы несформированности двигательных процессов – динамического праксиса и реципрокной координации, и нарушение письма и чтения по эфферентному моторному типу, и несформированность пространственного восприятия, причём как сомато-пространственного гнозиса, так и проб на копирование куба и домика. Ошибки носят следующий характер: показывая бровь, ребёнок попадает по темени, показывая темя – по виску и т. д.; при копировании дома, передав общую квадратную форму образца, ребёнок «теряет» объём.

При формирующем обучении с такими детьми мы руководствовались данными психофизиологии, показавшими (исследование О.В. Сысоевой [6]), что восприятие различных по длительности и зрительных, и слуховых стимулов, до 0,4 секунд длительностью приводит к активации слуховой коры и хвостатого ядра, при восприятии зрительных стимулов большей длительности – включается зрительная кора, хвостатое ядро и мозжечок. Таким образом, О.В. Сысоевой был сделан вывод о том, что стимулы малой (до 0,4 секунд) продолжительности перешифровываются в слуховую модальность и как бы «пропеваются» про себя. На этой основе были созданы методы «Колокольчик» (ребёнка, стоящего в центре комнаты с закрытыми глазами, просят указать рукой и пройти в то место, где звонил колокольчик; спрашивают, какой рукой он показал (включение схемы тела в афферентное обеспечение деятельности)); «Услышь пространство» (ребёнку предъявляется аудиозапись из серии «Звуки природы» и предлагается угадать, что было услышано и вместе нарисовать, затем сравнить рисунки, упражнение способствует развитию предметных образов-представлений, слухового и зри-

тельного восприятия пространства) и «Солнечный зайчик», применяемый на третьей стадии обучения (при помощи зеркала или фонарика на стене, доске, других поверхностях в комнате в пределах досягаемости ребёнка показывается световое пятно, задача игры – как можно быстрее добежать и хлопнуть рукой по пятну, «пока зайчик не убежал»).

У детей с функциональной несформированностью правого полушария (менее 10% выборки) отмечаются следующие симптомы [11]: несформированность динамического праксиса и праксиса позы (особенно слева), конструктивного праксиса. Двигательные пробы левой рукой иногда выполняются так, как будто ребёнок её «впервые увидел» – дети ставят левую руку в нужное положение при помощи правой, отсчитывают громко ритм и т. д. Проба на копирование куба выполняется с искажением формы образца, который выглядит как набор из трёх неровных прямоугольников или криво сочленённых палочек (причём ребёнка этот рисунок вполне удовлетворяет). И здесь мы видим сочетающееся нарушение и временной (динамический праксис), и пространственной компонент хронотопа. Причём у таких детей нарушается не только восприятие «внешнего» пространства, но и внутриличностного: у них уплощены эмоциональные реакции, снижена способность к контакту, отсутствует познавательный интерес. Ребёнок как бы «пребывает в капсуле».

Для интерпретации этого материала были привлечены данные О.С. Широковой [12] о пространственных переживаниях у лиц с психопатологической (агора - и клаустрофобической) симптоматикой. В результате автором показано, что для внутренней пространственной конфигурации значимыми представляются следующие параметры: границы «Я», переживание дистанции до объектов и иерархии между ними (причём в качестве объектов могут выступать как предметы, так и значимые *Другие*), объёмность и константность пространственных взаимоотношений. Таким образом, заключает О.С. Широкова, существует единый механизм нарушения восприятия видимого мира и пространства и субъективных представлений о собственном «Я».

В работе с такими детьми используются следующие методы: сборка из частей по слову-наименованию предметов, плоскостных и пространственно-ориентированных (животных, фруктов, мебели): сначала изображение, потом пространственной модели (конструктор), потом без слова-наименования,

просто перемешанные детали, на последней стадии – собрать и нарисовать (причём нарисовать в пространственной ситуации – в доме, на улице, в школе, с соблюдением всех семантических и пространственных признаков). Это позволяет усилить и пространственные представления, и конструктивный праксис, и динамический праксис, и предметные образы представления.

В заключение постараемся сформулировать собственные представления о хронотопе.

Формирование хронотопа в онтогенезе проходит несколько стадий, начинаясь с нерасчленённого образа «Я», обеспечивающего как ориентировку в собственном теле (схема тела), так и пространственно-временную организацию движений – главного «временного» маркера в психической организации; обеспечивается этот нерасчленённый образ «Я», по всей видимости, структурами правого полушария, и поражение его как у детей, так и у взрослых приводит к глубокой дезинтеграции всего хронотопа – дезориентации в метрике пространства, в собственном теле, в последовательности временных событий.

Вторая стадия формирования хронотопа у детей протекает уже благодаря структурам левого полушария, обеспечивающим координатные (ошибки расположения частей тела в пространстве) и структурно-топологические (ошибки передачи объёма фигуры, при точной передаче формы) представления, а также последовательную развёртку во времени «символических» (по Н.А. Бернштейну) движений – речи, письма и чтения.

Третья стадия (не охваченная приведёнными клиническими наблюдениями) проходит, надо полагать, в подростковом и юношеском возрасте. Основываясь на материале Е.Ю. Балашовой и М.С. Ковязиной [1], изучавших способность к определению времени по «слепым» часам (классическая лурьевская проба), можно сказать, что к этому возрасту хронотоп как зрелое единство пространственного и временного компонентов уже практически сложился. У молодых людей при определении времени по слепым часам встречаются в основном «левополушарные» ошибки – координатные и метрические (ошибка «на шаг», зеркальное считывание стрелок), ошибки произвольного внимания, импульсивность.

Четвёртая стадия формирования хронотопа – у взрослого человека (наблюдения больных с локальными поражениями мозга) протекает в условиях чёткой дифферен-

цировки структур мозга по их функциям (задне-лобные отделы левого полушария обеспечивают динамический, временной аспект; теменно-затылочные отделы левого полушария – пространственный аспект; правое полушарие – образ «Я»).

Таким образом, можно сказать, что у взрослого человека правое полушарие обеспечивает базовый компонент хронотопа – образ «Я» как точку отсчёта пространственных (протяжённость, объём, трёхмерная метрика пространства) и временных (движение как модель быстрых изменений времени и внутренние процессы организма как модель медленных, тонических изменений времени). В то же время левое полушарие предоставляет знаковые модели – системы координат, накладывающиеся на эту «точку отсчёта» и позволяющие строить предметную деятельность в реальном мире.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Балашова Е.Ю., Ковязина М.С. Возрастные особенности определения времени по часам// Сб. материалов научной конференции «Психология перед вызовом будущего», приуроченной к 40-летию юбилею факультета психологии МГУ. – М., 2006. С. 80-82.
2. Бахтин М.М. Эпос и роман. С.-Пб.: Азбука, 2000. 304 с.
3. Гольдберг Э., Коста Л.Д. Нейроанатомическая асимметрия полушарий мозга и способы переработки информации//Нейропсихология сегодня. Под ред. Хомской Е.Д. М.: МГУ, 1995. 232 с.
4. Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н. Функциональная асимметрия и психопатология очаговых поражений мозга. М.: Медицина, 1977.
5. Рубинштейн С.Л. О восприятии времени и пространства// Мир психологии. №4. 1999. С. 16-25.
6. Сысоева О.В. Психофизиологические механизмы восприятия времени человеком. Автореф. диссерт. канд. психол. наук. М., 2004. 26 с.
7. Тютин В.С. Клеточка отражения и отражение как свойство всей материи// Вопросы философии. 1964. №2. С. 25-34.
8. Ухтомский А.А. Доминанта. С.-Пб.: Питер, 2002. 448 с.
9. Цветкова Л.С. Мозг и интеллект: нарушение и восстановление интеллектуальной деятельности. М.: Просвещение, 1995.
10. Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных. Речь и интеллектуальная деятельность. М.: МПСИ; Воронеж: НПО МОДЭК, 2004.
11. Цветкова Л.С., Цветков А.В. Нейропсихологические синдромы несформированности высших психических функций у младших школьников с отклонениями в развитии психики// Вестник МГУ. Серия 14. «Психология». М.: 2009. №2.

- С. 63-72.
12. Широкова О.С. Переживание пространства у лиц с агорафобической и клаустрофобической симптоматикой: Автореф. диссерт. канд. психол. наук. М., 2009. 29 с.
13. Ямпольская А.В. Ранний Левинас: проблемы времени и субъективности// Вопросы философии. 2002. №1. С. 165-176.
14. Янцен В. А.Н. Леонтьев и проблема пространства-времени в психических процессах. Методологическая реконструкция// Психологическая теория деятельности: вчера, сегодня, завтра/ под ред. А.А. Леонтьева. М.: Смысл, 2006. 389 с. С.92-99.

УДК 159, 922

Лактионова А.И.

«ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ» В СТРУКТУРЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОНЯТИЙ*

Аннотация. В статье дано определение понятию «жизнеспособность», рассматриваются близкие к «жизнеспособности» понятия: «адаптация», «социальная адаптация», «регуляция», «саморегуляция», «контроль поведения», «защитные и совладающие механизмы», «жизнестойкость». Описаны различия и взаимосвязи между этими понятиями. Сделаны выводы о том, что жизнеспособность является потенциалом развития и адаптации индивида. Регуляция, саморегуляция, контроль поведения, защитные механизмы, механизмы совладания и жизнестойкость являются механизмами адаптации.

Ключевые слова: жизнеспособность, адаптация, социальная адаптация, регуляция, саморегуляция, контроль поведения, защитные механизмы, механизмы совладания, жизнестойкость, способность, потенциал, механизмы адаптации.

A. Laktionova
RESILIENCE IN THE DOMAIN OF
PSYCHOLOGICAL CONCEPTS

Abstract. The concept of resilience is considered toward to other concepts: adaptation, social adaptation, regulation, self-regulation, behaviour control, protective and coping mechanisms, hardness. Distinctions and interrelations between these concepts are described. Resilience is considered as an individual potential of development and adaptation, but regulation, self-regulation, behaviour control, protective and coping mechanisms and hardness are adaptation mechanisms.

Key words: resilience, adaptation, social adaptation, regulation, self-regulation, be-

haviour control, protective and coping mechanisms, hardness, adaptation mechanisms.

Жизнеспособность стала объектом научного исследования сравнительно недавно: в семидесятых годах XX в. впервые прозвучал термин «неуязвимый» ребёнок [Garmezy 1976]. Этот термин являлся ключевым для характеристики детей и подростков, выживающих в неблагоприятных условиях жизни. От *неуязвимости* перешли к термину «жизнеспособность» («resilience»), так как он предполагает невосприимчивость к вредным воздействиям, которая не является точной характеристикой таких детей и подростков.

Сегодня исследование жизнеспособности человека является приоритетным в западной гуманистической и позитивной психологии (Werner, Rutter, Luthar, Millstein, Petersen, Nightingale, Ungar, Vaillant, Kazdin, Holland, Crowley, Zimmerman, Arunkumar, Hamill, Kitano, Lewis, Wang, Haertel, Walberg и другие исследователи).

Введение в научный оборот в отечественной психологии этого термина представляет особый интерес, так как многие современные исследования в психологии, педагогике, психотерапии, философии, социологии и медицине стремятся базироваться на этом подходе (Сироткина, Разумовский, Хазов, Назаретян, Мухина, Ильинский, Муздыбаев и другие исследователи).

Существует целый ряд определений понятия «жизнеспособность». Это понятие определяют как способность человека к самостоятельному существованию, развитию и выживанию. Жизнеспособность – это индивидуальная способность человека управлять собственными ресурсами: здоровьем,

* © Лактионова А.И.