

88  
0-753

В.Н. МЯСИЦЕВ, Б.Д. КАРВАСАРСКИЙ,  
С.С. ЛИБИХ, И.М. ТОНКОНОГИЙ

**О**СНОВЫ  
ОБЩЕЙ  
И  
МЕДИЦИНСКОЙ  
ПСИХОЛОГИИ

МЕДИЦИНА  
1968

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Все больше осознается мысль о том, что психология — не отвлеченная наука, посвященная решению сложных и тонких теоретических вопросов, а важное и необходимое звено в образовании всякого культурного специалиста. Поэтому с каждым днем расширяется круг лиц, в программу образовательной и воспитательной подготовки которых входит психология, С 1966 г. психология включена в обязательную программу подготовки врачей и средних медицинских работников.

Количество часов, отведенных на преподавание психологии в медицинских учебных заведениях, еще недостаточно для знания основ психологии, но даже с этим запасом знаний учащиеся начинают осознавать необходимость изучения психологического состояния больного. Именно психология учит, что человек — не только организм, но и личность, и учет всех его особенностей необходим как при лечении больного человека, так и в процессе предупреждения заболеваний.

В современной печати неоднократно поднимался вопрос о важном значении среднего звена медицинских работников в лечении больных и вообще в их деятельности по охране здоровья трудящихся. Нет сомнения в том, что это положение правильно. Средний медицинский персонал осуществляет назначаемое врачом лечение, следит за изменениями в состоянии больного, наблюдает за динамикой восстановления его здоровья и трудоспособности, осуществляет лечебно-профилактические и гигиенические мероприятия. Именно средний персонал с наибольшей полнотой, выражаясь словами И. П. Павлова, «соединяет работу головы и рук в деле нервного здоровья и помощи больному человеку». Поэтому важнейшей задачей является достижение высокого уровня профессиональ-

ной подготовки среднего медицинского персонала, и психология занимает в этом очень важное место.

Предлагаемый учебник, насколько нам известно, является у нас первой попыткой написания учебного пособия по психологии для среднего медицинского персонала. Совершенно естественно, что эта работа была сопряжена с немалыми трудностями. Перед авторами стояла задача изложить на современном уровне сжатый, но не упрощенный курс психологии. Нужно было учесть, что современное среднее образование пока еще не включает этого предмета. Поэтому задачей учебника является ознакомить слушателей с началами общей психологии, а также дать необходимое психологическое освещение ряду вопросов медицинской практики: психологической оценке симптомов болезней, психологическим средствам диагностики, учету психологических моментов и их роли в подходе к больному и при воздействии на него, понимание значения психики в борьбе за сохранение и восстановление здоровья человека. Совершенно ясно, что в настоящее время еще трудно отделить то, что нужно знать из области психологии врачу, от того, что достаточно знать среднему медицинскому работнику. Необходимо было также подумать о том, чтобы книга, знакомя с основами психологии, давала возможность несколько расширить и углубить специальные знания. Исходя из этого, некоторые части текста, которые можно признать и не обязательными, изложены пети-том. Для того, чтобы дать возможность учащемуся еще больше расширить свои знания, рекомендована небольшая, преимущественно медицинская и психологическая литература. Особенно близка к задачам данной книги монография М. С. Лебединского и В. Н. Мясищева «Введение в медицинскую психологию», на которую в определенных разделах опираются авторы учебника.

Авторы приносят благодарность Б. В. Иовлеву, Б. Б. Малахову, Т. А. Немчину и В. М. Шкловскому за любезное разрешение использовать в учебнике некоторые рисунки из их работ.

## Глава 1

### ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ ОБЩЕЙ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Общая психология — это наука о психической деятельности человека, о ее принципах и закономерностях. Она имеет теоретический раздел, в котором излагаются общие данные и закономерности развития психики, и прикладной раздел, который изучает влияние различных видов деятельности человека на его психику и роль последней в отдельных специальных условиях. Так выделились следующие отрасли психологической науки: педагогическая психология, социальная психология, психология труда, из которой развилась инженерная психология, космическая психология, юридическая психология, медицинская психология и т. д.

Медицинская психология — сравнительно новый предмет. Ее развитие связано с огромными достижениями современной медицины и новыми задачами, которые встают перед ней. В настоящее время мало изучать физиологические процессы, происходящие в организме, так же как в свое время недостаточно было изучать лишь строение человеческого тела. Психика человека, его характер, интеллект, эмоции, жизненный опыт и жизненные отношения во многом определяют проявления и развитие не только нервных и психических, но и соматических (внутренних) болезней. Психический фактор играет очень большую роль в лечении различных заболеваний. Еще великий хирург Н. И. Пирогов подметил, что если раненый находится в угнетенном, подавленном состоянии, у него хуже и дольше протекает заживление ран. Состояние психики человека играет огромную роль при соматических заболеваниях, особенно таких, как гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, тиреотоксикоз.



Медицинская психология изучает:

- а) психические проявления болезней,
- б) роль психики в возникновении и течении болезней,
- в) роль психики в их лечении,
- г) роль психики в предупреждении болезней и укреплении здоровья.

Примерами психических проявлений болезни являются состояния эйфории (повышенного настроения) и в то же время раздражительности у больных туберкулезом, состояния сильного страха и тревоги при сердечных заболеваниях, изменения психики (эмоциональное слабодушие, снижение памяти) у больных атеросклерозом и т. д.

Роль психического фактора в возникновении болезней иллюстрируют такие примеры, как возникновение певрозов (т. е. функциональных заболеваний нервной системы) под влиянием острой психической травмы или длительно воздействующей травмирующей психику обстановки или возникновение иатрогенных заболеваний. Иатрогенные заболевания (или иатрогении) — это болезни, возникающие вследствие травмирующего влияния на нервную систему больного человека высказываний и поведения врачей или среднего медицинского персонала. Далее будут приведены примеры таких высказываний и такого поведения (см. гл. 17).

Роль психики в лечении различных болезней очень велика. Уже давно доказана возможность лечебного применения психических воздействий на больных. Планомерно, систематически проводимые психические воздействия на больных с лечебной целью носят название психотерапии. К психотерапевтическим воздействиям относятся лечение словом (внушение и убеждение), создание благоприятно влияющей на психику больного окружающей обстановки и режима, четкая организация лечебных процедур, высокая медицинская культура всего персонала.

Роль психики в предупреждении болезней, в сохранении и укреплении здоровья изучают особые дисциплины: психогигиена и психопрофилактика. В гл. 16 мы остановимся на этом более подробно.

В состав медицинской психологии входят два близких, но не совпадающих друг с другом понятия — пси-

психопатология и патопсихология (патологическая психология). Психопатология — это совокупность болезненных нарушений психики, прежде всего при душевных заболеваниях, а также и при иных болезнях. Патопсихология — это отрасль психологии, изучающая эти нарушения, или учение о психике больного человека.

В результате ряда заболеваний, особенно тяжелых и хронических, психика человека может претерпевать очень значительные изменения, вплоть до возникновения психопатологических симптомов: бреда, обманов чувств, слабоумия, расстройств сознания и т. п.

При болезнях внутренних органов, хирургических болезнях и др. психика приобретает большое значение в борьбе с болезнью, если больной отличается самообладанием, бодростью, оптимизмом. И напротив, состояние психики может стать источником ухудшения состояния больного при страхе или неуверенности в исходе болезни. Большое значение имеет психика при болезнях, развивающихся у детей. Страх перед врачебным исследованием, непривычной больничной обстановкой, перед медицинскими процедурами и манипуляциями может значительно ухудшить состояние ребенка, снизить его сопротивляемость основному заболеванию.

Изменения психики при психических и соматических болезнях не всегда легко обнаружить: необходимо исследовать больного, а искусство такого исследования опирается не только на знание симптомов болезни, но и на медико-психологическое изучение личности больного в целом. Надо уметь установить с ним глубокий психологический контакт и добиться максимального доверия и откровенности больного. Следует заметить, что роль фельдшера и медицинской сестры в таком исследовании очень велика. В самом деле — больной больше наблюдается средним медицинским персоналом, особенно во вторую половину дня, когда врачей нет в отделении; персонал ближе к непосредственным нуждам и действиям больных, и, следовательно, ему нужно уметь подмечать такие высказывания, особенности поведения и действий больного, которые свидетельствуют об определенном состоянии его психики.

Изменения психики у больных имеют различное происхождение. Иногда они связаны с непосредственным повреждением самого мозга. Так бывает при травмах черепа и мозга (контузии, сотрясения мозга, ранения), при опухолях, инфекционных заболеваниях головного мозга (энцефалит, менингит), при сосудистых нарушениях (кровоизлияние, закупорка сосудов, склероз и т. д.). Но иногда непосредственно вещество мозга не страдает. Например, значительные изменения психики имеют место при болезнях желез внутренней секреции, особенно щитовидной железы (базедова болезнь, микседема, кретинизм). Заболевания внутренних органов: сердца, почек, печени, желудка и кишечника — влекут за собой изменения состояния мозга и расстройство психической деятельности (соматогенные расстройства). Например, очень характерным нарушением психики при заболеваниях внутренних органов является так называемая астения или астеническое состояние, которое характеризуется явлениями психической слабости, повышенной утомляемости и раздражительности, сопровождающимися рядом неприятных ощущений в различных частях тела.

Могут быть изменения и расстройства психики, вызванные психическими потрясениями или, как говорят, психическими травмами. К ним относятся тяжелые переживания и состояния психического перенапряжения, отрицательные эмоции, связанные с неправильными взаимоотношениями людей. Могут быть и психические травмы, которые вытекают из внутреннего конфликта (противоречия) между, например, потребностями или желаниями человека и необходимостью в силу различных причин ограничивать их или отказаться от них. Таким образом, в возникновении психической травмы играют роль как внутренние, так и внешние условия. К внешним условиям относятся социальные факторы — условия жизни, питания, работы, взаимоотношения в семье, в различных социальных коллективах и группах (родственники, соседи, сослуживцы и т. д.), к внутренним условиям — особенности организма и личности больного. Особенности организма — это общая конституция и состояние отдельных органов, обусловленные врожденными и приобретенными индивидуальными особенностями.

Личность человека — понятие социально-психологическое; оно определяет приобретенную в процессе жизни и формирования в обществе совокупность его общественных отношений, которые, в свою очередь, основаны на приобретенном опыте его психологических связей с окружающими людьми, событиями, явлениями, предметами.

В возникновении многих болезней тесно переплетается роль соматических и психических моментов. Часто, например, бывает, что заболевание, начинаясь как чисто соматическое, у тревожно-мнительного больного сопровождается значительной психической реакцией на болезнь (депрессивной<sup>1</sup>, тревожной, ипохондрической реакцией, состоянием страха и т. д.). Эта реакция, закрепляясь, вызывает ухудшение соматического состояния больного, что, в свою очередь, усиливает психические нарушения и т. д.

Изучение личности больного проводится во время первичного ознакомления с ним, с его жалобами, во время собирания анамнеза, а также при получении дополнительных сведений о больном от родственников и сослуживцев больного. Большое значение имеет также наблюдение больного на дальнейших этапах его пребывания в медицинском учреждении, особенно его отношений, поступков, реакций в коллективе других больных. Здесь также очень велика роль среднего медицинского персонала.

Личность больного может характеризоваться чертами сензитивности (повышенной чувствительности, впечатлительности), замкнутости или общительности, концентрацией (фиксацией) внимания на своем заболевании, тревожным ожиданием дальнейших событий. Для многих больных обходы врачей, медицинские процедуры, какие-либо разговоры, имеющие отношение к болезни, являются тревожащими факторами, вызывающими психическое напряжение.

Роль психики больного и значение психических воздействий как лечебного средства давно подчеркивались крупнейшими отечественными клиницистами — М. Я. Мудровым, С. П. Боткиным, Н. Е. Дядьковским, Г. А. Захарьиним, В. А. Манассеиным, С. С. Корсаковым, В. М. Бехтеревым и др. Так, например,

<sup>1</sup> Депрессия — снижение настроения, подавленность, тоскливость.

основоположник московской школы терапевтов — М. Я. Мудров писал: «Зная взаимные друг на друга действия души и тела, долгом почитаю заметить, что есть и душевные лекарства, которые врачуют тело. Они почерпаются из науки мудрости, чаще из психологии...». Надо отметить, что крупнейшие отечественные физиологи И. М. Сеченов и И. П. Павлов также постоянно подчеркивали ведущую роль высшей нервной, иначе психической, деятельности как в здоровом, так и в больном организме. Основу экспериментально-психологических исследований, имеющих большое значение для исследования психики больного человека, заложили крупные отечественные ученые — В. М. Бехтерев, А. А. Токарский, П. А. Бернштейн, Г. И. Россолимо и др.

Следует подчеркнуть, что советская медицинская психология исходит из неразрывного единства психического и соматического, из тесного взаимодействия личности с окружающей ее средой, понимает психику как продукт деятельности высокоорганизованной материи — человеческого мозга. Отражая объективно существующую реальность, психическая деятельность человека, в свою очередь, преобразует окружающий мир.

### **Контрольные вопросы**

1. Что такое общая психология? Что такое медицинская психология?
2. Перечислите прикладные отрасли психологии, укажите, какие вопросы они изучают.
3. В чем состоят психические проявления соматических болезней?
4. В чем заключается роль психики в возникновении и течении болезней?
5. В чем заключается роль психики в лечении и предупреждении болезней?
6. Что такое психопатология и патопсихология? Какие вопросы они изучают?
7. Каковы основные причины изменений психики у больных людей?
8. Как влияют особенности личности на течение заболеваний (приведите примеры)?
9. Каковы основные соотношения психического и соматического в возникновении и течении заболеваний?



## РАЗВИТИЕ ПСИХИКИ И ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО СОЗНАНИЯ. ПСИХИКА И МОЗГ

Определенную роль в развитии психики играют наследственные факторы и врожденные свойства. В последние годы генетика (учение о наследственности) получила новые данные о носителях наследственных свойств. Ими оказались нуклеиновые кислоты, содержащиеся в ядрах половых клеток: рибонуклеиновая (РНК) и дезоксирибонуклеиновая (ДНК) кислоты.

Некоторые данные получены генетикой и относительно наследования психических особенностей (темперамента, способностей и др.). Для этого применяются специальные методы: изучение семейств с многочисленными поколениями, метод близнецов и др.

Картина развития психики может быть получена лишь при условии тщательного изучения истории жизни человека — взаимодействия его личности с окружающей действительностью. Пороки воспитания и обучения, неправильное питание, перенесенные болезни, интоксикации, травмы физические и психические создают основу (в комбинации с врожденными задатками) нарушения процессов психического развития.

Эти нарушения разнообразны. Большую группу составляют задержки психического развития. Задержка психического развития в результате врожденного или перенесенного в раннем детстве заболевания называется олигофренией. Другая группа — психопатии. К психопатиям относятся аномалии личности, дисгармонии психики, возникающие главным образом вследствие неблагоприятных условий внутриутробного развития плода.

**Психопатии** — патологическое развитие личности, дисгармония психических свойств человека. При психопатиях наиболее выражены эмоционально-волевые нарушения (нередко при достаточном и даже выдающемся интеллекте). Психопатии часто определяют как патологию характера.



Психическое недоразвитие бывает различных степеней.

**Идиотия** (в переводе с греческого — тайный, странный) — самая тяжелая степень недоразвития. Речь у таких людей не развивается, отсутствует способность к самообслуживанию; они неопрятны, бывают агрессивными или тупыми, вялыми.

**Имбецильность** (с латинского — нуждающийся в опоре) — средняя степень недоразвития психики. Речь имбецилов бедна, ограничена конкретными названиями предметов и необходимыми глаголами; двигательная сфера в общем развита удовлетворительно, но тонкие движения удаются плохо. Имбецилы, как правило, не умеют читать, пишут лишь отдельные слова, счет у них не развивается дальше первого десятка чисел. Они могут быть приучены к опрятности, а также приспособлены к несложной работе, однако под постоянным контролем и наблюдением.

**Дебильность** (с латинского — слабость) — легкая степень олигофрении. Дебилы характеризуются довольно развитой речью, однако абстрактное мышление им малодоступно. Нередко у дебилов наблюдаются хорошие и даже выдающиеся счетные способности. Дебилы отличаются отсутствием собственной инициативы, способности к творчеству; они склонны к подражанию и копированию других людей. Дети, страдающие дебильностью, обучаются в специальных вспомогательных школах.

Причины олигофрений выяснены еще не полностью. Играют роль наследственные моменты, а также поражение плода во внутриутробном периоде (сифилис, другие инфекционные заболевания, особенно вирусные, алкоголизм, механические травмы, недоедание и пр.), травмы и асфиксия плода во время родов, несовместимость крови матери и плода, заболевания раннего детского возраста.

Некоторые формы олигофрении возникают в результате поражения нервной системы плода токсоплазмами (токсоплазмоз), при заболеваниях эндокринных желез — гипофиза, щитовидной железы и других (кретинизм, микседема и др.), при нарушениях биохимических процессов в организме (фенилпировиноградная олигофрения).

Психопатии отличаются большим разнообразием. Некоторые исследователи (И. Ф. Случевский, О. В. Кербиков) строили классификацию психопатий

и соответствии с учением И. П. Павлова об общих и специально человеческих типах высшей нервной деятельности и с учетом соотношения сигнальных систем.

Окончательно вопрос о классификации психопатий еще не решен. Мы укажем лишь некоторые формы.

Возбудимые, эмоционально лабильные психопаты характеризуются крайней неустойчивостью эмоций, быстрой сменой настроения, неадекватностью эмоциональной реакции силе полученного раздражения.

Некоторым психопатам свойственны постоянно повышенное настроение, двигательное оживление, усиленная деятельность, которой, однако, не хватает целенаправленности и последовательности.

Истероидные психопаты отличаются яркой эмоциональностью, стремлением играть в обществе ведущую роль или хотя бы привлечь к себе внимание. Отсюда театральность этих психопатов, эгоцентризм, лживость, склонность к мистификации. Истероидные психопаты обычно повышено внушаемы.

При абулической (абулия — снижение волевых качеств, ослабление воли) психопатии наблюдается патологически выраженное безволие, вялость, нерешительность. Обломов из одноименного романа И. А. Гончарова — яркий пример абулической личности.

Астеническим (астения — истощение, слабость), сензитивным психопатам свойственны повышенная утомляемость, невыносливость к сильным внешним воздействиям, раздражительность. У сензитивных (чувствительных) психопатов часто возникает страх перед людьми, боязнь общества, публичных выступлений и пр.

Сексуальные, извращенные психопаты характеризуются глубоким нарушением развития полового влечения. К таким психопатам относятся *гомосексуалисты* (испытывающие влечение к лицам того же пола), *садисты*, *мазохисты* (удовлетворяющие половое влечение, причиняя боль сексуальному партнеру или самому себе), *фетишисты* (удовлетворяющие влечение с помощью какого-либо предмета — фетиша) и др. Онанизм (мастурбация) в огромном большинстве случаев к проявлениям психопатии не относится.

## СОЗНАНИЕ И ЕГО РАССТРОЙСТВА

Сознание — это высший уровень психической деятельности, проявляющийся способностью отдавать себе ясный отчет об окружающем в настоящем и прошлом времени, позволяющий предвидеть будущее и управлять, в соответствии с этим, своим поведением. Сознание — высшая форма отражения действительности, присущая только человеку, наиболее высокий продукт общественно-трудового развития. В понятие сознания входит как знание, «осознавание» объектов

внешнего мира, так и отношение человека к осознаваемым объектам.

Сознание человека характеризуется целостностью и единством. Попытки локализовать сознание в каких-либо специальных отделах мозга не дали результата. В то же время некоторые части головного мозга имеют непосредственное отношение к поддержанию «уровня бодрствования», который имеет отношение к ясности сознания (ретикулярная формация мозгового ствола и др.).

В медицинской психологии большое значение имеет проблема сна и бодрствования.

**Сон** — физиологическое, нормальное состояние, в котором сознание человека отсутствует полностью или частично. О полном отсутствии сознания мы часто не можем говорить, учитывая наличие сновидений, а также возможность восприятия речи во время естественного сна.

Глубина сна бывает различной не только у разных людей и в разные дни, но и в течение одной ночи. Есть несколько типов нарастания глубины сна. У одних людей вечером наступает быстрое засыпание и развивается глубокий сон в первую половину ночи. Во вторую половину ночи и к утру сон становится поверхностным. У других людей наибольшая глубина сна наступает лишь к середине ночи или во второй ее половине.

Существуют научные объективные методики, которые помогают определить глубину и качественные особенности сна. К ним относятся электроэнцефалография (запись биотоков мозга с помощью специальной аппаратуры), актография (запись движений тела или конечностей исследуемого во время сна) и ряд других.

Сновидения представляют собою психофизиологическое явление, свойственное и здоровому человеку. Они возникают обычно при неглубоком сне. Их содержание отражает как прежние впечатления и переживания человека, так и искаженно воспринимаемую информацию во время сна (например, капание холодной воды на одного испытуемого вызвало сновидение о том, что идет снег, ему холодно, он замерзает). В формировании содержания сновидений могут принимать участие интероцептивные ощущения (ощущения со стороны внутренних органов — сердца, желудка, кишечника и др.). Болезненные изменения сна выражаются обильем так называемых «кошмарных» сновидений (вызывающих реакцию страха).

**Понятие о сознательном и бессознательном.** Большинство психических процессов ясно осознается че-

ловцом. Так, он осознает окружающие предметы, явления, их связь между собой, последовательность событий во времени, собственную личность и т. д. Ясность сознания соответствует павловскому пониманию тонуса коры или современному термину «уровень бодрствования». Однако не все психические процессы находятся в области ясного сознания; иначе говоря, не все психические процессы полностью осознаются человеком.

Советские ученые изучили механизмы субсензорных процессов, не доходящих до сознания. Хотя эти процессы связаны с восприятиями, не осознаваемыми человеком, они реально существуют, что может быть доказано возможностью образования условных рефлексов с участием этих подпороговых раздражений.

**Расстройства сознания.** При различных психических заболеваниях могут наблюдаться нарушения сознания. Кроме психических заболеваний, имеется еще целый ряд воздействий, вызывающих расстройства сознания. К ним относятся травмы черепа и мозга, интоксикации, сильные психические потрясения, многие инфекционные заболевания, протекающие со значительным повышением температуры (сыпной тиф, малярия, пневмония и др.).

Расстройства сознания могут длиться от нескольких секунд (обморок, малый эпилептический припадок) до нескольких недель и даже месяцев (сумеречное состояние сознания, амбулаторный автоматизм, историческая летаргия и др.). Различают выключение сознания различной глубины и качественные изменения сознания.

Расстройства сознания по типу выключения его следующие (от легчайших до наиболее глубоких): обнубиляция, сомноленция, оглушение, сопор, кома.

**Обнубиляция** (от латинского слова *pubes* — облик) — самое легкое нарушение сознания. Сознание на несколько секунд или минут как бы затуманивается, заволакивается легким облачком. Ориентировка в окружающем не нарушается, амнезии после обнубиляции нет.

**Сомноленция** (лат.— сонливость) — более длительное (часы, дни) сонливое состояние, похожее на дремоту. Больной постоянно находится в легком дремотном состоянии. Ориентировка не нарушена, и амнезии не бывает.

**Оглушение** — более глубокое расстройство сознания. Обычно выделяют три степени его: 1) легкое оглушение — больной сонлив, медленно и мало говорит, жалуется на тяжесть в веках, усталость, желание спать; 2) оглушение средней выраженности — сонливость более глубокая, больной сам не говорит, но на вопросы отвечает, хотя и со значительной задержкой; будучи предоставлен самому себе, почти все время лежит с закрытыми глазами; 3) глубокое оглушение — больной спит, с большим трудом на короткое время его можно вывести из этого состояния энергичными окликами и встряхиванием, на вопросы отвечает с очень большой задержкой, односложно. Если больного оставить в покое, он сразу же погружается в прежнее состояние.

**Сопор** (или сопорозное состояние) — больной не отвечает ни на какие раздражители (словесные, тепловые и др.), кроме сильных болевых. В ответ на укол наблюдается рефлекторное движение рукой или ногой.

**Кома** (или коматозное состояние) — полное выключение сознания.

Из качественных изменений сознания отметим следующие.

**Делирий** (делириозное состояние) — нарушение ориентировки в месте, времени и окружающей обстановке, но сохранение ориентировки в собственной личности. Двигательное возбуждение, наплыв зрительных и слуховых галлюцинаций, обычно устрашающего характера. Состояние страха, реакции обороны и бегства. После окончания делириозного состояния у больного сохраняется воспоминание о пережитом. Типичный пример делирия — алкогольная «белая горячка».

**Аменция** (аментивное состояние) — более глубокое и стойкое расстройство сознания, чем делирий. При нем нарушается ориентировка и в окружающем, и в собственной личности. Наступает состояние растерянности, затруднение осмысления окружающего. Аменция протекает более длительно, чем делириозное состояние (несколько недель). После окончания аментивного расстройства сознания воспоминания о нем не сохраняются (амнезия).

**Онейроид** (онейроидное или сноподобное состояние). Состояние двигательной заторможенности с по-



погружением в мир фантастических сновидений или греза. Характерны фантастические сноподобные переживания — космические полеты, жизнь на других планетах и звездах, сошествие в ад, необыкновенные ландшафты и пр. Воспоминания о пережитом частично сохраняются. Онейроидные расстройства наблюдаются при некоторых инфекциях, шизофрении.

**Сумеречное состояние** характеризуется резким сужением сознания, при котором посторонние впечатления либо совсем не доходят до сознания, либо доходят не полностью. Внимание больного направлено лишь на один какой-либо предмет. Внешне поведение и реакции больного остаются упорядоченными, однако часто он производит впечатление глубоко погруженного в свои мысли, отгороженного от окружающего. Могут быть устрашающие галлюцинации, обуславливающие внезапные, немотивированные и опасные для окружающих поступки (бегство, нападение). Сумеречное состояние длится от нескольких минут до нескольких дней, всегда начинается и кончается внезапно. О пережитом во время сумеречного состояния больной не сохраняет никаких воспоминаний (полная амнезия). Типичные примеры: эпилепсия, патологическое опьянение, органические заболевания головного мозга.

**Состояния амбулаторного автоматизма.** Сюда относятся случаи снохождения (сомнамбулизм, лунатизм) и транса — особого изменения сознания, которое может продолжаться неделями и месяцами. В состоянии транса больной может совершать целенаправленные действия, например путешествовать. Однако, внезапно выйдя из такого состояния, больной не может отдать себе отчета, почему он оказался в данном месте и что он собирался делать.

**Расстройства сознания собственной личности.** Расстройства этого рода называются *деперсонализацией*. Больному может казаться, что его тело изменилось, стало очень большим или очень маленьким, руки стали очень длинными, они достают до земли, голова изменила свою форму и т. д. Больной может перестать ощущать часть своего тела как принадлежащую лично ему, он может ощущать лишнюю часть тела (на-



пример, третью руку). Близко к этому расстройство, которое называется «бред двойника» — больной ощущает, что его тело раздвоилось, он сознает себя двойным.

## ПСИХИКА И МОЗГ

Вопрос о взаимоотношениях психики и мозга решается в советской науке на основе положений марксизма-ленинизма о том, что материя первична, а психика вторична. Мозг и психика едины, но не тождественны: являясь продуктом мозга, психическое не может быть отождествлено с ним.

Советская общая и медицинская психология изучают мозг и психику в единстве. При изучении головного мозга человека необходимо учитывать особенности психики как функции мозга. С другой стороны, научное изучение психики может быть основано только на понимании ее как функции или свойства мозга. Советские ученые выступают с критикой попыток стоящих на идеалистических позициях зарубежных ученых оторвать психику от мозга и не соглашаются также с представлениями ученых, находящихся на позициях эклектического дуализма и рассматривающих мозг и психику как независимые и отделенные друг от друга категории.

Советская наука исходит из положений философии диалектического материализма о том, что психика является высшим продуктом особым образом организованной материи. Головной мозг является органом отражения объективной действительности и взаимоотношения организма с окружающей средой. Отражение осуществляется в процессе деятельности человека и лежит в основе ее.

Одним из важнейших вопросов при изучении мозга и психики с этих позиций является вопрос о локализации функций в мозгу, т. е. вопрос о характере зависимости различных психических процессов от деятельности мозга. Изучение проблемы локализации психических функций в мозгу человека имеет большое теоретическое и практическое значение. Эта проблема является важной для ряда разделов клинической медицины, включая психиатрию и неврологию. В особен-

ности большое значение она имеет в нейрохирургической клинике.

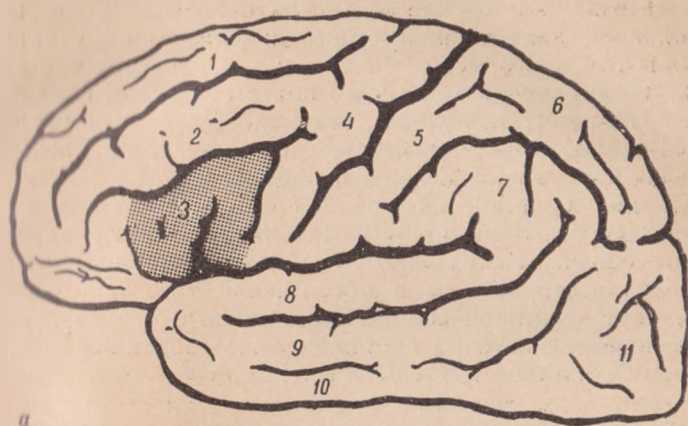
Советская наука при изучении проблемы локализации психических функций исходит из принципов динамической локализации, выдвинутых И. П. Павловым и его школой. Эти принципы направлены против двух крайних точек зрения в понимании проблемы локализации: эквипотенциализма и узкого локализационизма. Согласно концепции эквипотенциализма, развивавшейся рядом видных ученых за рубежом, различные участки коры головного мозга тождественны по функции. Поэтому при поражении мозга важна не локализация нарушений, а количество, объем пораженного мозгового вещества. С другой стороны, приверженцы концепций узкого локализационизма относят отдельные психические процессы целиком к какому-либо одному небольшому участку мозга. Они считают, что особенности нарушений психики могут полностью определяться местом расположения, локализацией болезненного процесса в головном мозгу человека.

Учение о динамической локализации преодолевает недостатки как эквипотенциализма, так и узкого локализационизма. И. П. Павлов выдвинул представление об анализаторах — системах анализа и синтеза раздражений, поступающих в мозг человека из внешнего мира и внутренней среды организма. В каждом из анализаторов — зрительном, слуховом, кожно-кинестетическом и двигательном, обонятельном, вкусовом — имеются периферические и корковые отделы. При этом в корковом конце анализатора различаются ядерная зона и рассеянные элементы. В частности, ядерная зона зрительного анализатора расположена в коре затылочной области, слухового и обонятельного — в коре височной области и т. д. Рассеянные же элементы каждого анализатора находятся в разных областях коры головного мозга. Благодаря деятельности рассеянных элементов поражение ядерной зоны анализатора не может привести к полному выпадению деятельности этого анализатора, как предполагают сторонники узкого локализационизма. Возникновению нарушений психических функций препятствует также

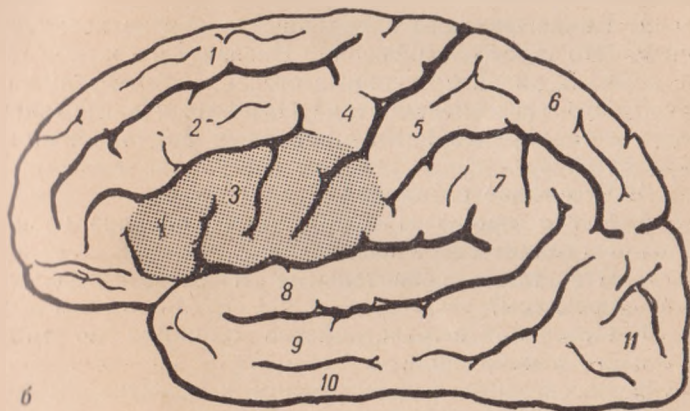
наличие взаимодействия между различными анализаторами.

Важное место в теории динамической локализации занимает понятие функциональной системности, развиваемое советскими учеными П. К. Анохиным, Н. И. Гращенковым, А. Р. Лурия, М. С. Лебединским, В. Н. Мясищевым и др. Согласно этим представлениям, психические функции, например речь, обеспечиваются деятельностью в мозгу человека единой функциональной системы, отдельные части которой локализованы в различных участках головного мозга человека, начиная с корковых отделов и кончая стволом. Узколокализованное поражение одной из частей такой функциональной системы не может поэтому вывести ее полностью из строя, так как сохраняющиеся части этой системы продолжают функционировать, компенсируя в известной мере возникшие нарушения. Тем не менее, поражение отдельных участков функциональной системы вызывают все же определенные расстройства психических процессов, что свидетельствует против концепции эквипотенциализма о тождественности функций разных участков полушарий мозга. Так, поражение стволовых отделов мозга вызывает нарушения речи в виде ее неясного, нечеткого, смазанного произношения, получившие название дизартрии. В то же время поражение коры определенных отделов (лобно-теменно-височных) в левом полушарии головного мозга приводит к нарушению формирования слов и предложений, называемых афазиями. Каждый из участков мозга принимает различное участие в деятельности речевой функциональной системы, обеспечивая вместе с тем единство психических процессов.

Важное значение имеет также известная многозначность в деятельности каждого из участков мозга, их взаимозаменяемость. Так, на рис. 1,а показаны небольшие очаги поражения в задних отделах нижней лобной извилины левого полушария головного мозга, которые вызывают лишь преходящую афазию. Если же поражение распространяется на прилегающие отделы нижних центральных извилин (рис. 1,б), возникает стойкое расстройство речи. Участки мозга в нижних отделах центральных извилин осуществляют



а



б

Рис. 1. Поражения коры головного мозга, вызывающие расстройства речи (схема).

а — небольшие очаги поражения задних отделов нижней лобной извилины, вызывающие лишь переходящую моторную афазию; б — поражения, распространяющиеся на прилегающие отделы и приводящие к стойким расстройствам речи. 1 — верхняя лобная извилина; 2 — средняя лобная извилина; 3 — нижняя лобная извилина; 4 — передняя центральная извилина; 5 — задняя центральная извилина; 6 — верхняя теменная долька; 7 — нижняя теменная долька; 8 — верхняя височная извилина; 9 — средняя височная извилина; 10 — нижняя височная извилина; 11 — затылочная доля.

замену деятельности пораженной части речевой функциональной системы. Поэтому стойкая афазия развилась в данном случае лишь при более обширном поражении, захватившем также и указанный участок коры головного мозга. Вместе с тем расстройство речи, возникающее и при этом более обширном поражении, не является полным, так как остается сохранной деятельность частей речевой системы, связанных с функционированием коры в задних отделах теменно-височной области, и т. д.

Следовательно, принципы динамической локализации означают поэтапность локализации, известную возможность замены в обеспечении того или иного психического процесса одних участков мозга другими, вовлечение мозговых систем во вновь возникшие формы психической деятельности.

### Контрольные вопросы

1. Какие факторы определяют развитие психики?
2. Что такое олигофрения? Назовите и кратко охарактеризуйте основные степени олигофрении.
3. Что такое психопатия? Назовите и дайте краткую характеристику основных видов психопатий.
4. Что такое сознание?
5. Какие процессы в организме обуславливают состояние сна и сновидения?
6. Что такое сознательные и бессознательные процессы?
7. Перечислите расстройства сознания по типу его исключения.
8. Расскажите о делириозном и аментивном состояниях сознания.
9. Расскажите об онейроидном и сумеречном состояниях сознания.
10. Как в советской материалистической психологии рассматриваются вопросы взаимоотношения психики и мозга?
11. Что такое эквипотенциализм и узкий локализационизм? Расскажите, как учение И. П. Павлова о динамической локализации критикует эти взгляды.



### ПОНЯТИЕ ЛИЧНОСТИ И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПСИХОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ

Понятие личности относится к области многих наук: философии, истории, педагогики, психологии, социологии и медицины. Но только в психологии личность является центральным понятием.

Личность в советской психологии — это человек как субъект, как сознательный и активный деятель, сформированный историей его общественного развития.

**Структура личности.** Личность характеризуется прежде всего как *система отношений* человека к окружающей действительности. Самое главное и определяющее личность — ее отношения к людям, являющиеся одновременно и взаимоотношениями. Отношения человека представляют сознательную, основанную на опыте, избирательную психологическую связь его с различными сторонами жизни. Она выражается в его действиях, реакциях и переживаниях. Отношения характеризуют степень интереса, силу эмоций, желания или потребности. Поэтому они и являются движущей силой личности. Вторая группа свойств личности характеризует *психический уровень* человека. Определить этот уровень — значит ответить на вопросы, каковы способности и психическое развитие человека. Третьим существенным компонентом является *динамика реакций и переживаний личности*. Она тесно связана с тем, что в психологии называется темпераментом и с физиологической стороны освещено И. П. Павловым как тип высшей нервной деятельности. Наконец, четвертый компонент характеристики личности — это *соотношение психических свойств в их единстве*. Сюда относится пропорциональность или непропорциональность, развитие отдельных свойств личности, гармоничность, цельность личности или внутренняя противоречивость, ее широта и глубина.

Прогрессивными учеными убедительно показана зависимость особенностей личности человека от условий его жизни и воспитания.



В зарубежной литературе вопросы личности освещаются принципиально иначе, чем советской наукой.

За долгий период развития наук, изучающих человека в условиях капитализма, на них оказывала искажающее влияние господствующая буржуазная идеология. Не избежали подобного влияния и представления о личности. В буржуазной психологии преобладают направления, отражающие механистические и идеалистические позиции. К ним относятся *бихевиоризм*<sup>1</sup>, *экзистенциализм*<sup>2</sup>, *психоанализ*<sup>3</sup> и др.

Наиболее односторонне и неправильно освещается проблема личности в психоанализе З. Фрейда. Человеком, по Фрейду, управляют влечения: влечение к жизни (половое) и влечение к смерти и разрушению. Влечения — подлинные движущие силы; что же касается обстоятельств и условий жизни, то они представляют собой лишь внешние моменты, которые учитываются организмом в его влечении к половой цели (наслаждение) или к покою (смерть).

Фрейдистские и различного рода неофрейдистские<sup>4</sup> трактовки личности находят значительное распространение в капиталистических странах и по существу определяют многочисленные психосоматические направления в зарубежной медицине. Для большинства из них характерен взгляд на различные болезненные нарушения как на материальное выражение бессознательного сексуального конфликта личности.

**Личность и болезнь.** Правильное понимание личности очень важно для медицины, так как возникновение ряда болезней и их излечение связаны с особен-

---

<sup>1</sup> Бихевиоризм — распространенное механистическое направление современной американской психологии. Предмет психологии согласно бихевиоризму — поведение как совокупность чисто внешних реакций организма, вызываемых стимулами среды и закрепляемых в итоге многократного упражнения.

<sup>2</sup> Экзистенциализм — ярко идеалистическое направление современной буржуазной философии, выдвигающее на первый план понятие «существования». Под существованием экзистенциалисты понимают духовную жизнь, оторванную и противопоставленную объективному миру.

<sup>3</sup> Психоанализ — направление в буржуазной психологии и психопатологии, созданное австрийским психиатром З. Фрейдом, стремящееся объяснить психические проявления человека половым инстинктом и утверждающее господство «бессознательного» над сознанием.

<sup>4</sup> Неофрейдисты — последователи Фрейда, отказавшиеся, однако, признать решающую роль инстинктов; определяющими они считают культурные условия.

ностями личности. В медицинской практике большое значение имеет учет реакций личности человека на свою болезнь.

Яркое описание различных вариантов отношения больных к своему заболеванию мы встречаем у врача-психиатра Д. С. Скворцова: «Больной по-разному относится к болезни или отдельному ее симптому. Держится выше болезни, борется с ней, не обращает на нее внимания, вытесняет ее, бежит из болезни, бравирует ею, считает ее позором, полностью покоряется болезни, становится ее рабом и слугой, боится болезни, любит болезнь, привыкает к ней, ищет в ней преимущества, трагически переживает, аггрирует, диссимулирует, окрашивает болезнью все свое мирозерцание».

Каждое заболевание, в особенности длительное и тяжелое, вызывает болезненную реакцию личности заболевшего. Иногда эта реакция в большей степени определяет декомпенсацию, чем сама болезнь. И наоборот, стойкость личности в борьбе с болезнью во многом способствует выздоровлению и социально-трудо-вой компенсации.

При рассмотрении связи между болезнью и личностью необходимо учитывать изменения и заострения характера, распад личности в результате болезни, патологическое развитие ее под влиянием болезни, а также роль личности в происхождении и механизмах болезни.

При психическом заболевании изменения личности чаще всего являются результатом болезни мозга. Чем тяжелее болезненный процесс, тем больше изменяется, распадается личность человека. Примером этому может быть сифилитическое поражение мозга — прогрессирующий паралич. Для этой болезни характерно нарастающее ослабление интеллекта, памяти, внимания. Усиливаются влечения низшего порядка, возрастает сексуальность, появляется обжорство. По мере прогрессирования болезни больной постепенно утрачивает навыки, приобретенные в жизненном опыте.

При нарушении психического развития в результате органического поражения головного мозга страдают все стороны личности, однако основным является задержка умственного развития или снижение интеллекта. Основной клинической формой этой патологии является олигофрения в виде идиотии, имбецильности и дебильности.

К аномалиям развития личности относятся психопатии, которые представляют собой область, пограничную между психическим здоровьем и психической болезнью, о чем указывалось во 2-й главе.

Большое значение играет личность человека в возникновении таких психогенных заболеваний, как неврозы. Личность с ее особенностями сказывается здесь как в картине болезни, так и в механизмах ее развития.

И. П. Павлов показал, что невроз возникает в результате срыва первой деятельности, вызванного ошибкой возбуждательного и тормозного процессов. Однако задачи клинического понимания больного и в особенности задачи его лечения требуют содержательного понимания того, что возбуждает человека и что его тормозит, почему возбуждает и почему тормозит. Для этого надо хорошо знать историю развития личности, знать ее отношения к различным сторонам жизни, прежде всего взаимоотношения с людьми. Тогда станет ясно, почему те или иные переживания и реакции становятся столь сильными, что начинают оказывать болезненное действие.

Мы знаем, что такие психические травмы, как смерть близкого человека, раздоры в семье, неудачи в работе, разнообразные конфликты с людьми, являясь психической травмой, могут вызвать или не вызвать невроз. Исход в болезнь определяется особенностями личности, ее отношений, ее неспособностью правильно оценить трудности жизни и справиться с ними.

Если ребенок с детских лет находится в трудных травмирующих условиях, то может развиться особая форма невроза — невроз развития, который протекает по типу истерии при наличии условий, формирующих истерический характер, или по типу психастении, когда под влиянием подавляющего воспитания у ребенка с детства формируются психастенические особенности характера.

**Темперамент.** Важной стороной характеристики личности является динамика ее реакций, соответствующая темпераменту.

Известны четыре темперамента: 1) *сангвиник* — живой, подвижный, эмоциональный, отзывчивый; 2) *холерик* — бурный, порывистый, горячий и резкий;

3) *флегматик* — спокойный, вяловатый, медлительный, устойчивый и 4) *меланхолик* — грустный, подавленный, робкий, нерешительный.

Для понимания нейрофизиологических основ темпераментов у человека важное значение имеют работы И. П. Павлова. Экспериментальными исследованиями И. П. Павлова и его сотрудников были установлены три основных свойства нервных процессов: сила, уравновешенность и подвижность. Различные комбинации этих свойств, по И. П. Павлову, лежат в основе четырех типов высшей нервной деятельности, выделенных им в соответствии с классическим учением о темпераментах. Сильный, уравновешенный, подвижный тип — это сангвиник. Сильный, уравновешенный, но инертный тип представляет флегматик. Сильный, но неуравновешенный, с перевесом раздражительного процесса соответствует холерику. Наконец, слабый тип, не обнаруживающий отчетливо ни уравновешенности, ни подвижности, соответствует меланхолику.

Типы высшей нервной деятельности, по И. П. Павлову, характеризуются особенностями корковых процессов, но так как кора головного мозга тесно связана с подкорковой областью, оказывающей на кору тонирующее влияние, а подкорковая область в свою очередь регулируется деятельностью коры, то очевидно, что свойства темперамента отражают деятельность головного мозга в целом.

Б. М. Теллов, который вместе со своими сотрудниками изучал преимущественно простые, элементарные физиологические особенности основных свойств нервной системы человека, показал, что слабый тип нервной системы в некоторых отношениях оказывается сильным. Его сила определяется низким порогом или высокой степенью чувствительности. Чувствительность определяет способность к накоплению информации, а именно это и характеризует специфически человека, его способность учитывать информацию из внешней среды.

В учении о темпераментах важными являются попытки установления связи между основными свойствами нервных процессов, определяющих темперамент, и состоянием вегетативной нервной системы, желез внутренней секреции в их соотношении с телосложением организма.

В ряду этих работ большую известность получила попытка психиатра Э. Кречмера установить соотношение между типом телосложения и темпераментом. Он выделил три типа телосложения: *пикник* — хорошо упитан, объемные размеры тела преобладают над длиннотными; *астеник* — имеет перевес размеров в длину, слабую мускулатуру; *атлетик* — пропорционально сложен, хорошо развита мускулатура. Пикническому телосложению, по Кречмеру, соответствует склонность к периодическим колебаниям настроения от веселого до печального — *циклотимный тип*. От нормального циклотимного типа возможен переход к психопатии с выраженными колебаниями настроения и далее к маниакально-депрессивному психозу. Точно так же Кречмер устанавливает переходы от *шизотимного типа*<sup>1</sup>, являющегося нормальным вариантом при различных телосложениях, к шизоидной психопатии и далее к шизофрении. Согласиться с типологией Кречмера нельзя. Неправильна конституционально-биологическая позиция Кречмера в отношении психики, по существу игнорирующая социально-педагогические условия, которые во многом определяют его типы.

Помимо Кречмера, соотношением типов конституции и темпераментов занимались также другие зарубежные исследователи, в частности Шелдон, который пытался на основании значительных статистических исследований установить основные психосоматические соотношения. Однако представленные этим автором данные также недостаточно убедительны.

Важным является вопрос о связи темперамента с эмоциональностью. Повышенная эмоциональная возбудимость, выражаемая в быстрых и сильных вегетативных реакциях, соответствует холерическому и сангвиническому темпераментам. Пониженная и замедленная возбудимость характерна для большого в состоянии апатии. Повышение настроения, представляющего собой эмоциональный тонус, мы наблюдаем в маниакальной фазе маниакально-депрессивного психоза; наоборот, снижение — в депрессивной фазе этого заболевания. Патологическая стойкость и инертность эмоций, так называемая *эмоциональная вязкость*, нередко характерна для больных эпилепсией.

Заканчивая изложение вопроса о темпераменте, необходимо подчеркнуть следующее. В характеристике типа высшей нервной деятельности, несомненно, важным является учет основных свойств нервной си-

---

<sup>1</sup> Шизотимный тип, по Кречмеру, характеризуется колебаниями между обостренной чувствительностью и эмоциональной тупостью, а в психомоторике — колебаниями между судорожностью и параличностью.



стемы человека, однако важно и то, что темперамент проявляется во всех сторонах личности. Реакции нормального человека связаны со сложными условиями жизни и его направленностью, т. е. с системой его доминирующих сознательных отношений к деятельности. Темперамент неразрывно связан с особенностями эмоциональности человека. Он может меняться под влиянием жизненных условий.

**Характер.** Характер — это психическое своеобразие человека. Существует неправильное представление, что характер — это только эмоционально-волевая характеристика человека, и, таким образом, противопоставляются характер и ум. Правильнее считать, что при известной самостоятельности умственной и эмоционально-волевой сторон личности и та, и другая своим соотношением определяют особенности характера. Вместе с тем характер — это понятие и содержательное. Содержание его определяется отношением человека к действительности и прежде всего — его взаимоотношениями с людьми. Характер развивается в соответствии со всеми условиями общественного опыта и практики человека. Хотя он представляет, как говорил И. П. Павлов, фенотип или сплав врожденного (генотипического) и приобретенного (паратипического), но у человека роль приобретенного опыта и обусловленных им свойств особенно велика.

Проблемы характера рассматривал в своих работах Адлер — один из учеников Фрейда, впоследствии отошедший от него. В основу своей системы «индивидуальной психологии» он положил идею образования нервного характера из врожденного чувства неполноценности и возникающего отсюда агрессивного влечения к самоутверждению. Учение Адлера имеет значение далеко не при всех формах неврозов. Неправильно освещается им социальная природа личности и характера. Он выводит ее не из общественного опыта и практики человека, а из врожденного чувства общности.

Среди многочисленных зарубежных работ, посвященных психологии типов характера, можно отметить предложенное швейцарским психологом и психиатром, учеником З. Фрейда Юнгом деление людей на два типа, определяемых направлением либидо<sup>1</sup>:

---

<sup>1</sup> Либидо (лат. libido) — половое влечение.



1) экстравертированных и 2) интравертированных. У первых, по Юнгу, либидо направлено на внешний мир, у вторых — на собственную личность. Даже у больных трудно себе представить такие крайние положения. А в личности здорового человека резкое противопоставление Юнга и совсем немыслимо. В создании каждого из указанных типов, по Юнгу, важное значение приобретает борьба сознательного и бессознательного. Это положение серьезно ничем не доказывается, поэтому с ним также нельзя согласиться.

Понятия экстраверсии и интраверсии нередко смешивают с более простыми и неврофизиологически ясными понятиями об *экспансивном* и *импрессивном* психологическом типах. Представление о них было выдвинуто на основании экспериментальных исследований В. Н. Мясичевым. Для экспансивных характерна склонность к яркому внешнему проявлению своих переживаний, для импрессивных — торможение, задержка, скрывание переживаний. У больных с импрессивностью в эксперименте отмечалось торможение внешних двигательных и усиление внутренних вегетативных реакций.

Большое значение в развитии учения о типах человека имеет выделение И. П. Павловым специальных человеческих типов высшей нервной деятельности: *художественного, мыслительного и среднего*. И. П. Павлов отмечал, что у художественного типа преобладает первая сигнальная система. Этот тип отличается богатством восприятий, непосредственностью и эмоциональностью. У мыслительного типа отмечается преобладание второй сигнальной системы. Он характеризуется перевесом отвлеченного мышления, бедностью восприятий, недостатком непосредственности. Средний тип характеризуется равномерным развитием первой и второй сигнальных систем.

И. П. Павлов исходил из клинического опыта и связал эти типы с клиническими особенностями высшей нервной деятельности страдающих истерией, психастенией и неврастенией. Необходимо подчеркнуть, что в норме у здоровых людей имеет место преобладание вследствие более высокого развития первой или второй сигнальной системы, при неврозах — преобладание вследствие недостаточности одной из систем.

Соотношение сигнальных систем в норме и при неврозах представлено в таблице.

## Соотношение сигнальных систем в норме и при неврозах

Варианты развития сигнальных систем	Специальный тип	1-я сигнальная система	2-я сигнальная система
Нормальное	Художественный Мыслительный	Высокое развитие Нормальное развитие	Нормальное развитие Высокое развитие
Невротическое	Средний Истерия (художественный тип) Психастения (мыслительный тип) Неврастения (средний тип)	Уравновешенность систем Нормальное развитие Относительная недостаточность Уравновешенность систем	Относительная недостаточность Нормальное развитие

Большой вклад в медицинскую характерологию внесли наши выдающиеся психиатры С. А. Суханов и П. Б. Ганнушкин. С. А. Суханову принадлежит яркое описание истерического, психастенического, эпилептического и других характеров. Работы П. Б. Ганнушкина были посвящены психопатиям. Центральным для понимания психопатии является понятие патологического характера. Под патологическим понимается такой характер, отдельные свойства которого способны вести к нарушению взаимодействия человека с другими людьми и препятствуют его нормальной деятельности. Для медицинской практики особенно важен учет тех черт характера, которые являются патологическими. Патологические изменения характера резко выражены при психопатиях и слабее при неврозах. При последних они определяются прижизненно неблагоприятными условиями. Невротические характеры, особенно истерический и психастенический, явно зависят от условий жизни и воспитания. Так, истерические эгоизм, себялюбие, капризность, рисовка, утрированная аффективность и безволие зависят в значительной степени от чрезмерного внимания со стороны окружающих, избалованности, безотказного удовлетворения желаний. Психастенический характер человека

заторможенно-нерешительного, неуверенного в себе развивается у детей в семьях, где они чрезмерно оберегаются и в то же время запугиваются, где подавляется их самостоятельность и они лишаются инициативы, где к ним предъявляются противоречивые требования.

**Исследование личности.** Важным методом исследования личности является изучение истории жизни человека, так как личность формируется в процессе жизни, проявляется в ней и переделывается ею. Свойства отдельных психических процессов (мышления, памяти и др.) выявляются и при экспериментально-психологическом исследовании. Так называемый «анамнестический» метод, наряду с психофизиологическим исследованием, позволяет охарактеризовать особенности и темперамента, и характера. Ценные сведения для характеристики личности здорового и больного ребенка или взрослого можно получить при использовании «естественного эксперимента» А. Ф. Лазурского. Характерной особенностью естественного эксперимента является то, что он приближает исследование к естественным условиям, производится в нормальной, обычной для испытуемого обстановке. Пользуясь естественным экспериментом, можно наблюдать испытуемого при определенных условиях, в целенаправленно создаваемых ситуациях, организуя наблюдение по заранее намеченному плану. Наблюдение за поведением и реакциями больного во время естественного эксперимента позволяет выявить особенности его психических процессов, получить представление о его личности и отдельных ее свойствах. В качестве естественного эксперимента для изучения моторно-двигательных актов могут быть использованы подвижные игры, для изучения интеллектуальных процессов — урок математики.

В зарубежной психологии для исследования личности широко применяются две группы методик: 1) так называемые проективные методики (Роршах, ТАТ, метод незаконченных фраз и др.) и 2) личностные опросники (Миннесотский, Айзенка, Кэттела и др.). Для практического применения их у нас требуется соответствующий пересмотр, создание приемлемых модификаций и иное толкование данных.

**Личность, психогигиена и психопрофилактика.** Формирование нормальной личности с положитель-

ными социально-трудовыми установками, стойкой, выносливой, владеющей собой является основой нервно-психической гигиены и профилактики. Важную роль в вопросах психической гигиены и профилактики играет серьезное ответственное отношение самого человека к своему здоровью. Причем речь идет не только о том, что это отношение может быть разумным или небрежным, легкомысленным или тревожно-мнительным. Бережное отношение к своему здоровью и к здоровью других является выражением общественной сознательности, так как здоровье человека представляет не только личное достояние, но и общественную ценность. Развитие ряда внутренних заболеваний, таких, как язвенная болезнь желудка, гипертоническая болезнь, связано с нервно-психическим перенапряжением. Но возникновение этого перенапряжения в значительной степени зависит от свойств личности, от взаимоотношений человека с другими людьми, от умения находить рациональный выход в трудных ситуациях. Необходимо воспитывать личность с развитой способностью критически и самокритически оценивать обстоятельства жизни и связанные с ними трудности. Это имеет первостепенное значение в предупреждении различных заболеваний. Большое значение имеет учет особенностей личности при лечении и уходе за больными.

Учитывая общественную обусловленность развития человека и его личности, очевидно, что лишь справедливый социальный строй может обеспечить развитие здоровой нормальной личности. В нашей стране в период перехода к коммунизму возрастают возможности воспитания нового человека, гармонически сочетающего в себе духовное богатство, моральную чистоту и физическое совершенство. В осуществлении этих задач на разных этапах жизни человека крайне важно участие медицинского работника, который для этого должен быть психологически образованным.

### **Контрольные вопросы**

1. Дайте определение личности, укажите основные стороны, ее характеризующие.
2. Что такое система отношений человека, какое значение она имеет для характеристики его личности?

3. Приведите несколько примеров реакций заболевшей личности на свою болезнь.
4. Приведите примеры изменения личности под влиянием болезни.
5. Что такое характер, что понимается под патологическим характером?
6. Укажите основные темпераменты человека и соответствующие им типы высшей нервной деятельности, установленные И. П. Павловым.
7. Какое значение имеют особенности личности и характера в возникновении и развитии болезни?
8. Какое значение имеют особенности личности для лечения человека?
9. Укажите основные методы исследования личности.

## Глава 4

### ОЩУЩЕНИЕ, ВОСПРИЯТИЕ И ИХ НАРУШЕНИЯ

#### ОБЩЕЕ ПОНЯТИЕ ОБ ОЩУЩЕНИИ И ВОСПРИЯТИИ

**Ощущением** называется простейший психический процесс отражения отдельных свойств предметов и явлений окружающего мира, а также внутренних состояний организма, возникающий при непосредственном воздействии в данный момент материальных раздражителей на органы чувств.

При помощи ощущений мы узнаем о вкусе, цвете, тяжести, температуре окружающих нас предметов, о свойствах их поверхности (шероховатость, гладкость), о звуках, которые они издают. Мы ощущаем также изменение в нашем собственном теле: положение и движение отдельных его частей, состояние внутренних органов (боль, неприятные ощущения и т. д.).

Ощущения — начальный источник, первая ступень познания, всех наших знаний о внешнем мире и собственном теле. «Ощущение есть действительно непосредственная связь сознания с внешним миром, есть превращение энергии внешнего раздражения в факт



сознания»<sup>1</sup>. На основе ощущений формируется восприятие. Но если ощущение есть отражение только отдельных свойств предметов и явлений материального мира, то восприятие всегда имеет целостный характер и отражает различные свойства в их совокупности. **Восприятие** — это наглядно-образное отражение действующих в данный момент на органы чувств вещей, предметов, а не отдельных их свойств и признаков. При восприятии, например, легкового автомобиля, едущего по улице, мы получаем не отдельные изолированные ощущения, а целостные зрительные и слуховые образы автомобиля с присущими ему признаками: формой, величиной, цветом, особенностями движения, характерным звучанием и т. д.

Важную роль в процессе восприятия играет прошлый опыт человека. На основании своего жизненного опыта человек может узнать ряд предметов и явлений: животных, предметы домашнего обихода, орудия производства, явления природы и др. При этом целостный характер восприятия, опора на выделение существенных признаков позволяют человеку узнавать такие предметы и явления, которые несколько отличаются от образцов, воспринимавшихся им ранее.

Если человеку показать, например, изображение собаки неизвестной для него породы, он, тем не менее, легко узнает, что это собака, хотя и необычной формы или окраски.

Зависимость восприятия от жизненного опыта человека, его образования, воспитания, профессии, потребностей и мотивов приводит к тому, что полнота и точность восприятия одних и тех же предметов и явлений могут отличаться у разных людей. Восприятие, будучи, как и всякий процесс познания, отражением материального мира, зависит и от особенностей личности воспринимающего субъекта, его прошлого опыта, знаний, интересов. Особенности личности и организма, потребности и мотивы восприятия, побуждения оказывают влияние на процесс восприятия, выделяя наиболее важные для воспринимающего человека стороны, качества и особенности объекта восприятия.

---

<sup>1</sup> В. И. Ленин. Полное собрание сочинений, изд. 5, т. 18, стр. 46.

Так же, как и ощущение, возникающее восприятие есть вместе с тем отражение того, что существует объективно, независимо от субъекта. Ощущение и восприятие являются субъективным образом объективного мира.

Признание влияния особенностей воспринимающего субъекта на ощущения и восприятия не означает, однако, что может быть принято субъективно-идеалистическое учение, утверждающее, будто бы реально существуют лишь ощущения и весь мир есть только совокупность ощущений. Диалектический материализм отвергает эту точку зрения. Согласно теории познания, разработанной В. И. Лениным, критерием правильности ощущений и восприятий, как и всякого процесса познания, является практическая деятельность человека, в ходе которой проверяется соответствие ощущений и восприятий реальной действительности. Критерием истинности ощущений и восприятий является практика.

При проверке результатов своей практической деятельности, ощущений и восприятий человек руководствуется не только своим личным практическим опытом, но и общественной практикой, опытом других людей, с которыми он общается с помощью языка. Поэтому восприятие тесно связано с языком, со словесно выраженными понятиями и мышлением.

Важной особенностью восприятий и особенно ощущений человека является их связь с эмоциями. Одним из наиболее ярких примеров связи ощущений и эмоций является боль. Эмоциональный момент резко выступает в ощущениях, относимых к так называемому общему чувству, широко охватывающему раздражения, идущие от организма.

В некоторых случаях восприятия и ощущения отличаются особенно сильной эмоциональной окрашенностью. Некоторые люди, например, не переносят вида крови, даже на рисунке. Хорошо освещенная комната нередко улучшает настроение, но в некоторых случаях яркий свет вызывает неприятное чувство, беспокойство.

Воспринимаемое событие или явление в ряде случаев оставляет после себя впечатление, обычно отличающееся эмоциональной окраской. Сила впечатления

зависит как от характера объекта восприятия, так и от особенностей личности. Особенно выраженная склонность личности к образованию глубоко эмоциональных впечатлений называется впечатлительностью. Впечатлительность обнаруживает себя, конечно, не только при чувственно-образном восприятии, но и при восприятии речи.

#### ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОЩУЩЕНИЙ И ВОСПРИЯТИЙ

Физиологической основой ощущений и восприятий являются нервные процессы, происходящие в специальных нервных механизмах. Эти нервные механизмы И. П. Павлов назвал анализаторами, так как ими осуществляется анализ и синтез воздействий, исходящих из внешнего мира и внутренней среды организма человека.

Анализаторы включают в себя периферические, проводящие и центральные (корковые) отделы. В периферических отделах анализаторов происходит превращение раздражений, поступающих из внешней или внутренней среды в специальное нервное возбуждение. Основным нервным аппаратом являются воспринимающие приборы (рецепторы), в которых осуществляется начальный, первый этап анализа воздействий среды. Так, зрительные раздражения перерабатываются в нервном аппарате глаза — палочковых и колбочковых клетках сетчатой оболочки глаза, слуховые раздражения — в нервных клетках кортиева органа, расположенного в улитке внутреннего уха, осязательные раздражения анализируются специальными рецепторами, заложенными в коже (пачиниевы тельца, клетки Мейснера); начальный анализ обонятельных раздражений осуществляется обонятельными клетками, размещающимися в слизистых покровах носовых ходов, и т. д.

Проводящие отделы анализаторов состоят обычно из трех нейронов. Возникшее в периферическом отделе анализаторов нервное возбуждение передается по первому нейрону в спинной, продолговатый или в средний мозг. Затем возбуждение передается через спинальные связи на второй нейрон, проводящий это возбуждение до зрительных бугров в промежуточном мозге. Отсюда возбуждение идет по третьему нейрону до центральных отделов анализаторов, расположенных в коре больших полушарий

головного мозга. В корковых, мозговых концах анализаторов осуществляется высший анализ и синтез, обеспечивающий формирование ощущения и наиболее тонкие приспособительные реакции воспринимающих органов.

Физиологические механизмы ощущений и восприятий тесно связаны друг с другом, находятся в постоянном взаимодействии и единстве. Так, исследованиями последних лет показано, что анализ зрительных раздражений осуществляется в сетчатке не изолированными друг от друга палочками и колбочками, а их функциональными соединениями, получившими название рецептивных полей. Такие соединения позволяют уже на уровне рецепторов сетчатки глаза, т. е. в периферическом конце анализаторов, производить преобразования раздражений, необходимые для осуществления операций анализа и синтеза в высших отделах зрительной системы. В частности, при слабом освещении, когда нервное возбуждение, возникающее в палочках или колбочках, может оказаться недостаточным для дальнейшей передачи в высшие отделы зрительной системы, образуются большие рецептивные поля, включающие в себя большое число рецепторов, нервные возбуждения всех рецепторов складываются друг с другом, суммируются в выходной клетке рецептивного поля, и в высшие отделы зрительной системы направляется уже импульс, достаточно сильный для сравнения и различения.

На более высоких уровнях зрительной анализаторной системы также осуществляется процесс поэтапной обработки зрительной информации, в которой процессы ощущений и восприятий тесно переплетаются. В частности, в центральных отделах зрительного анализатора, расположенных в затылочной коре больших полушарий головного мозга, обнаружены участки, которые не реагируют на простые признаки, в частности на изменение освещенности; эти же поля не могут выделить в целом такие общие свойства предметов, как величину, форму. Однако они способны выделить такие элементы изображения, как наклон прямых линий, величина угла между двумя линиями контура. То есть между ощущением и восприятием имеются, по этим данным, переходные этапы, в которых простые признаки, характерные для ощущений, объединяются в более сложные признаки, не являющиеся еще целостным восприятием, совокупностью свойств, типичных для определенного предмета.

Важную роль в физиологических основах восприятия играет взаимодействие отдельных анализаторов друг с другом, которое осуществляется благодаря наличию многочисленных нервных связей между различными участками коры головного мозга, являющимися центральными отделами соответствующих анализаторных систем. Одновременное возбуждение этих корковых концов анализаторов приводит к образованию временных нервных связей между ними, к возникновению сложных интегративных нервных процессов. Благодаря этому взаимодействию мы узнаем

предметы и явления окружающего мира по совокупности зрительных, слуховых, обонятельных и т. п. ощущений, которые они вызывают. Цветок, например, узнается нами не только по форме, цвету, но и по запаху; летящий в воздухе самолет по характерным зрительным (величина, цвет, форма) и слуховым признакам (типичный звук моторов и звук, возникающий вследствие преодоления сопротивления воздуха).

Большое значение в нервных процессах, составляющих физиологическую основу восприятия, играет также вторая сигнальная система — речь, организующая наглядно-образное, первосигнальное восприятие. Первые возбуждения, возникающие при обозначении предметов словом, обеспечивают возможность быстрого и легкого узнавания многих сходных предметов данного вида.

#### ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ, ПОРОГИ ОЩУЩЕНИЯ И АДАПТАЦИЯ

Различают два вида чувствительности: абсолютную чувствительность и чувствительность к различению. Под абсолютной чувствительностью понимается способность органов чувств реагировать на минимальные, самые слабые воздействия раздражителей. Чувствительность к различению или разностная чувствительность — это способность ощущать слабые различия между раздражениями.

Абсолютную чувствительность органов чувств характеризует величина абсолютного порога. *Абсолютным порогом ощущения называется минимальная величина раздражителя, при которой впервые возникает ощущение.* Чем меньше величина раздражителя, способная вызвать ощущения, тем более чувствительны органы чувств к этим раздражителям, тем больше их абсолютная чувствительность. И наоборот, при высоких абсолютных порогах более слабые раздражители не вызывают ощущения, остаются подпороговыми, т. е. при повышении порогов абсолютная чувствительность снижается. Следовательно, абсолютная чувствительность обратно пропорциональна абсолютному порогу ощущения.

Абсолютная чувствительность органов чувств человека достигает довольно больших величин. Так, наше обоняние обнаруживает



присутствие в литре воздуха одной стомиллионной доли миллиграмма искусственного мускуса. Методы химического анализа не могут выявить такие количества вещества. Установлено также, что глаз может реагировать всего на 2 кванта световой энергии. Это означает, что глаз может воспринимать источник света, равный тысячным долям свечи, на расстоянии одного километра (при условии полной прозрачности атмосферы).

Иногда ощущения не доходят до уровня сознания, т. е. возникают при величине раздражителя меньшей, чем абсолютный порог ощущения. Такие ощущения были названы подпороговыми (В. Н. Мясичёв, Г. В. Гершуни и др.). Типичным примером подпороговых ощущений может быть изменение кожно-гальванической реакции при воздействии слабых звуков; испытуемый в это время сообщает, что звуков он не слышит, т. е. величина этих раздражителей находится ниже абсолютного порога слуховых ощущений.

Разностная чувствительность характеризуется величиной порога различения. Разностным или дифференциальным порогом ощущения (порог различения) называют минимальное различие между двумя раздражителями, которое человек может ощутить. Если положить на руку 100 г., то для того, чтобы ощутить увеличение веса, надо к этому грузу прибавить не менее 4—5 г, которые и составляют в данном случае величину разностного порога. Чем ниже этот порог, т. е. чем меньше различие между двумя раздражителями, ощущаемое человеком, тем больше разностная чувствительность. Напротив, при увеличении разностного порога ощущений разностная чувствительность уменьшается.

Обычно порог различения выражается в виде отношения минимального осязаемого различия между двумя раздражителями к величине исходного раздражителя. Например, если человек различает изменение громкости звука в 50 децибел при величине прироста силы звука не менее 5 децибел, то порог различения будет равен  $\frac{5}{50} = \frac{1}{10}$ . Этот порог различения остается постоянной величиной в широких пределах, составляя для слуха  $\frac{1}{10}$ , для зрения  $\frac{1}{100}$ , для проприоцепторов  $\frac{1}{30}$ . Данное положение получило название закона Бугера — Вебера.

С помощью математической обработки опытов Вебера Фехнеру удалось показать, что величина ощущения пропорциональна логарифму действующего раздражителя, т. е. величина ощущения растёт более медленно, чем сила раздражителя. Этот закон, получивший название закона Вебера — Фехнера, основан на пред-

положении о постоянстве разностного порога, независимо от интенсивности исходного раздражителя. В действительности же закон Вебера — Фехнера справедлив лишь в средней зоне интенсивности раздражителей. При приближении к абсолютному порогу, т. е. к очень слабым раздражителям, и при переходе к очень сильным раздражителям пороги различения значительно повышаются.

Важным свойством чувствительности анализаторов является адаптация. *Адаптацией* называется постепенное понижение чувствительности при длительном действии сильных раздражителей или повышение чувствительности под воздействием дрящихся в течение некоторого времени слабых раздражителей.

Адаптация проявляется во всех видах ощущений, причем более сильная адаптация характерна для зрительных, тактильных, температурных, вкусовых и обонятельных ощущений; слабо выражена адаптация в слуховых и болевых ощущениях.

Примером адаптации может служить постепенное возрастание остроты зрения в темноте (темновая адаптация). При переходе от яркого света к темноте мы вначале не различаем предметов. Постепенно чувствительность глаза возрастает, наступает адаптация к темноте, и мы начинаем различать вначале неясные очертания предметов. Чувствительность под влиянием адаптации продолжает улучшаться, и очертания предметов становятся все более четкими. На 30—40-й минуте пребывания в темноте процесс темновой адаптации заканчивается, и чувствительность глаза устанавливается на определенном уровне. На основании измерения чувствительности глаза во время пребывания испытуемого в темноте можно построить кривую, отражающую ход изменения чувствительности во времени — кривую темновой адаптации (рис. 2).

Расстройства ощущений наиболее часто выявляются при нарушении деятельности

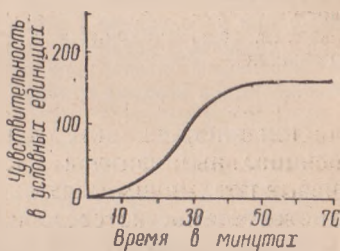


Рис. 2. Ход темновой адаптации глаза после предварительной адаптации к яркому свету (по Кравкову).

периферических отделов анализаторов. В частности, при поражении воспринимающих приборов (рецепторов) во внутреннем ухе, в кортиевоушном органе наблюдается повышение абсолютных и дифференциальных порогов слуховой чувствительности, т. е. развивается снижение слуха. Такие больные вследствие повышения слуховых порогов зачастую могут воспринимать только звуки большой интенсивности. Поэтому, разговаривая с больными, приходится «кричать в ухо» для того, чтобы они могли услышать обращенную речь.

Повышение порогов слуховой чувствительности наблюдается также при заболевании слуховых нервов, по которым электрические импульсы, вызванные звуковым раздражителем в рецепторах кортиевого органа, проводятся к ядрам слуховых нервов, расположенных в верхних отделах продолговатого мозга.

При заболеваниях периферических отделов зрительного анализатора может выявляться повышение абсолютных и дифференциальных порогов зрительной чувствительности, светоощущения. Такое повышение порогов наблюдается, в частности, в случаях поражения сетчатки глаза, вызванных глаукомой, повышением внутриглазного давления. У больных глаукомой резко ухудшается зрение, снижается острота зрения, повышаются пороги светоощущения.

Своеобразные нарушения зрительных ощущений в виде выпадения определенных участков поля зрения наблюдаются при поражении путей, проводящих нервное возбуждение от периферических к центральным отделам зрительного анализатора. Так, например, если патологический процесс (опухоль, рубец после нейроинфекции) сдавливает наружные отделы перекреста зрительных нервов (хиазмы), то развивается битемпоральная гемианопсия — выпадение височных половин полей зрения. В случае заболевания участков зрительного пути, лежащих выше хиазмы, при левостороннем поражении возникает выпадение правой половины поля зрения — правосторонняя гемианопсия, и, напротив, правостороннее поражение приводит к развитию левосторонней гемианопсии.

Очень часто в клинике встречаются разнообразные нарушения кожной чувствительности. Различают тактильную, болевую, температурную и другие формы этого вида чувствительности. При расстройствах бо-

левой чувствительности повышаются пороги болевых ощущений, наступает понижение болевой чувствительности — гипестезия либо полная ее потеря — анестезия. Наблюдаются также противоположные состояния, когда болевая чувствительность обостряется, — гиперестезия. Нередко это обострение болевой чувствительности сопровождается возникновением своеобразных неприятных ощущений, получивших название гиперпатии.

Нарушения температурной чувствительности нередко идут параллельно с расстройствами болевой чувствительности и выражаются в повышении порогов чувствительности к холодному и горячему. Больные с расстройствами температурной чувствительности не ощущают прикосновения горячих предметов и нередко получают поэтому сильные ожоги (например, больные с сирингомиелией, при которой нарушается болевая и температурная чувствительность на руках и верхней половине грудной клетки).

Тактильная чувствительность изменяется менее часто по сравнению с температурной и, особенно, болевой чувствительностью. Для нее характерно возникновение ощущения в случае прикосновения к коже человека. Снижение тактильной чувствительности обычно наблюдается при поражении периферических отделов кожного анализатора.

В неврологической клинике наблюдаются нарушения глубокого мышечно-суставного чувства, выражающиеся в затруднениях для больного определить при закрытых глазах изменения положения отдельных частей своих конечностей (например, пальцев рук или ног) при тех или иных движениях, производимых врачом.

Отмечаются также расстройства обонятельной и вкусовой чувствительности.

#### **ИЗБИРАТЕЛЬНЫЙ ХАРАКТЕР ВОСПРИЯТИЯ. ВЫДЕЛЕНИЕ ОБЪЕКТА ПРИ ВОСПРИЯТИИ**

При восприятии обычно выступает сосредоточение внимания на каком-либо основном объекте. Другие объекты или менее важные детали рассматриваемого объекта остаются незамеченными, образуют фон восприятия. То есть процесс восприятия выступает здесь



в виде выделения объекта из фона. Так, встретив знакомого человека на улице, мы нередко перестаем замечать особенности других людей, идущих в уличной толпе, едущих по мостовой машин. Все это образует фон, из которого выделяется объект восприятия — знакомый нам человек. Показательно также, что мы нередко не замечаем несущественные для нас де-

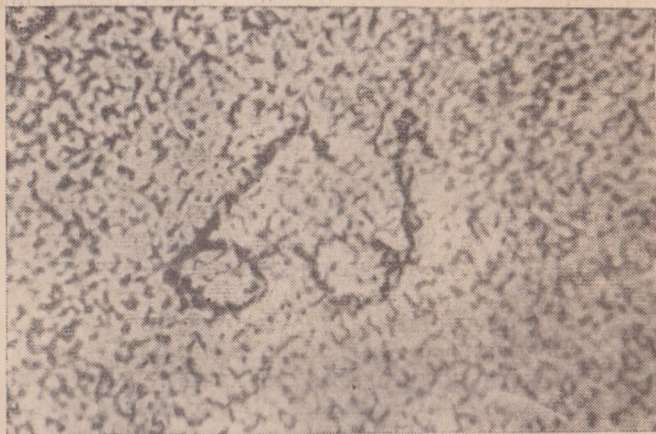


Рис. 3. Изображение очков, искаженное флюктуациями.

Фотография изображения с экрана телевизионного устройства, в котором видеосигнал (изображение очков) смешивали со специально сформированным шумовым сигналом (точки на рисунке, напоминающие хлопья снега).

тали и в облике этого человека — цвет его галстука, форму прически.

Избирательность восприятия непосредственно связана с прошлым опытом человека, его интересами, знаниями, мотивами, потребностями, особенностями личности. Например, врач или медицинская сестра заметят даже при внешнем осмотре больного значительно больше важных для оценки здоровья деталей, чем люди, не обладающие специальными медицинскими знаниями. Любитель живописи, рассматривая незнакомую картину, обратит внимание на ряд ее особенностей, которые останутся незамеченными для человека, плохо знакомого с изобразительным искусством. Эта зависимость восприятия от прошлого опыта, мо-



тивов, потребностей, особенностей личности, отношения человека называется *апперцепцией*.

Физиологической основой избирательности восприятия, умения вычленить объект из фона является свойство нервной системы выделять сигнал на фоне шума. Не относящийся к делу фон является помехой при восприятии объекта, и его называют шумом, независимо от того, затрудняет ли помеха восприятие слуховое, зрительное, обонятельное и т. п. Характерным примером такого шума являются помехи при восприятии радиопередачи. На рис.

3 показан образец зрительных помех такого рода. Специальные нервные механизмы позволяют выделить и воспринять нужный объект, сигнал из шума.

Известны различные типы затрудняющих восприятие помех или шумов. Так, на рис. 4 представлены помехи, возникающие при



Рис. 4. Фигура Поппельрейтера.

наложении контуров различных предметов. Эта фигура широко применяется в клинике при исследовании нарушений зрительного восприятия и называется фигурой Поппельрейтера. Если испытуемый должен выделить один из предметов, например, молоток, то контуры других предметов образуют своего рода шум, создающий известные препятствия при слежении за контуром предмета, который необходимо вычленить из других контуров. Сходные помехи для выделения нужного контура возникают при пересечении квадрата рядом линий, расположенных под разными углами к линиям, образующим стороны квадрата (рис. 5). Задачи такого рода напоминают восприятие, нахождение нужного объекта при поисках инструмента в ящике, в котором имеется много инструментов, расположенных в беспорядке друг над другом, либо при опознании легкового автомобиля определенной марки на дороге с многорядным движением.

Характерной чертой восприятия является его *константность*, т. е. относительное постоянство некоторых воспринимаемых свойств предметов при изменении условий восприятия. Человек узнает геометрические фигуры (квадрат, треугольник, ромб и др.) независимо от того, в какой плоскости предъявлены данные фигуры — вертикальной, горизонтальной или при определенном наклоне плоскости, на которой расположена предъявляемая фигура. В этих условиях при

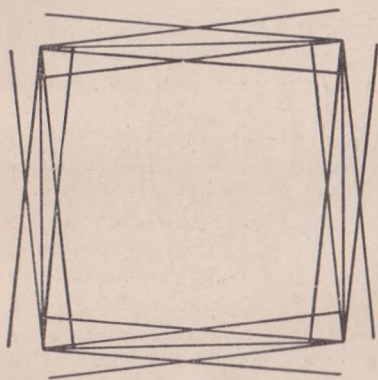


Рис. 5. Маскировка квадрата штриховкой.

изменении плоскости предъявления фигуры на сетчатку глаза проецируются изображения, значительно отличающиеся друг от друга, если, например, квадрат расположен в вертикальной или наклонной плоскости. Тем не менее человек легко узнает в предъявленном рисунке квадрат.

Константность восприятия выступает также при определении человеком величины предмета в случае их различной (но не очень

большой) удаленности от глаза. Постоянство восприятия отмечается также в определенных пределах при узнавании цветов. Так, белая бумага воспринимается нами как бумага одного и того же цвета при солнечном и электрическом освещении, хотя электрический свет содержит много красных и желтых лучей и мало синих.

Узнавание объектов может быть разделено на два основных вида: обобщенное и индивидуализированное.

При обобщенном узнавании мы относим предмет к какой-либо определенной категории, более или менее общей, широкой. Рассматривая изображение стола или стула, человек может сказать, что видит мебель, затем уточняет тип мебели — стол, стул — и указы-

вает, что видит, например, письменный стол. Это все примеры обобщенного узнавания.

При индивидуализированном узнавании объект отождествляется с каким-либо конкретным единичным объектом, воспринимавшимся ранее. К такому типу восприятия относится узнавание знакомого человека, конкретного, виденного раньше письменного стола и т. п.

Важную роль в процессе узнавания играет слово, вторая сигнальная система. Узнавая тот или иной объект, человек обычно относит его к определенной словесно обозначаемой категории предметов. Слово придает восприятию осмысленный характер. Оно помогает объединять воспринимаемые предметы в смысловые группы, создает предпосылки для обобщенного восприятия. Словесные обозначения значительно облегчают восприятие, делают процесс восприятия более экономным, уменьшают избыточность этого процесса. Так, слово «стол» объединяет ряд предметов, сходных по форме, величине и функциональному назначению. Поэтому при узнавании стола человек не должен сопоставлять предъявляемый объект только с точно таким же единичным предметом, воспринимавшимся им ранее. Он может использовать для узнавания стола свои обобщенные знания о предметах, объединяемых названием «стол».

Словесные обозначения оказывают также существенную помощь при выделении объекта из шума, при необходимости различения предмета с другими, сходными с ним предметами.

### **ИЛЛЮЗИИ И ГАЛЛЮЦИНАЦИИ**

Неправильное, искаженное восприятие предметов и явлений называется *иллюзией*. Определенные виды иллюзий возникают у здоровых людей. Однако в отличие от больных эти иллюзии не нарушают у здоровых правильного в целом опознания предмета, так как здоровый человек обладает достаточными возможностями проверки правильности и уточнения своего первого впечатления.

Описано много видов различных иллюзий, отмечающихся почти у всех здоровых людей. Приведем некоторые примеры. На рис. 6 показана иллюзия

контраста. Средние кружки равны, однако левый средний кружок кажется меньшим из-за соседства с большими, а правый средний кружок представляется больше вследствие соседства с маленькими кружочками.

Иллюзия непараллельности возникает при пересечении параллельных линий другими линиями. Одним из видов иллюзии является также перенесение свойств

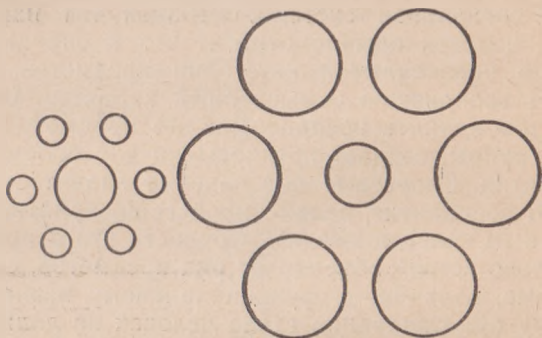


Рис. 6. Зрительная иллюзия — неправильное восприятие диаметра круга.

целой фигуры на ее отдельные части. Отрезок линии, входящий в состав большой фигуры, кажется длиннее равной ему линии, входящей в состав маленькой фигуры. Хотя палуба обоих кораблей, большего и меньшего, изображена отрезками прямой, равными по длине, палуба большего корабля кажется длиннее (рис. 7).

Иллюзии могут быть также проявлением психических нарушений. Так, при психических заболеваниях наблюдается синдром *дереализации*, основу которого составляет искаженное восприятие объектов окружающего мира («все застыло, остекленело», «мир стал подобен декорации или фотографическому снимку»). Указанные искажения восприятия могут быть довольно определенными по своему характеру и касаться определенных признаков предметов — формы, величины, веса и т. п. В этих случаях говорят о *метаморфозиях*. К последним относятся, в частности, *макропсии*, когда предметы кажутся увеличенными, *микроспии* —

предметы воспринимаются уменьшенными. При *порропсиях* нарушается оценка расстояния — больному представляется, что предметы находятся дальше, чем они расположены в действительности.

Своеобразные иллюзии в виде нарушения восприятия собственного тела («расстройства схемы тела») наблюдаются при синдроме *деперсонализации*, характеризующемся искажением восприятия собственной личности («чувство потери или раздвоения Я», «от-

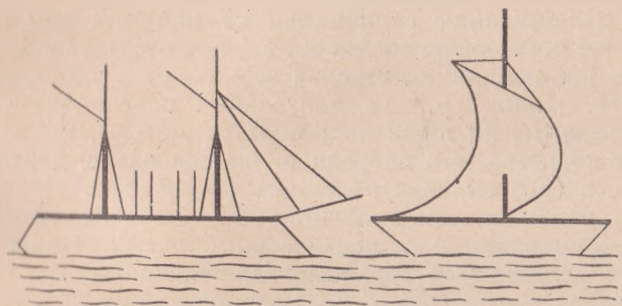


Рис. 7. Зрительная иллюзия — неправильная сравнительная оценка длины палуб кораблей.

чуждение Я» и т. п.). При нарушениях схемы тела больные испытывают своеобразные ощущения увеличения или уменьшения всего тела и отдельных его частей: рук, ног, головы («руки очень большие, толстые», «голова резко увеличилась»). Характерно, что эти искажения восприятия частей тела нередко критически оцениваются больными, они понимают их болезненный, ложный характер. К расстройствам схемы тела относится также нарушение представлений о соотношении частей тела, о положении туловища («уши теперь помещаются рядом — на затылке», «туловище повернуто на 180°» и т. п.).

К нарушениям восприятия своего тела относятся и некоторые формы *анозогнозии*, при которых больной не замечает, что у него парализованы конечности, и утверждает, что может в любую минуту встать с постели и пойти. Анозогнозия такого типа обычно наблюдается при параличе левых конечностей, вызванном



поражением правой лобно-теменной области головного мозга.

Характер иллюзорного восприятия носит также *полиестезия* — ощущение нескольких уколов в окружности той точки на поверхности кожи, в которую произведен укол острием иглы. При *синестезиях* укол ощущается в симметричных участках тела. Например, при уколе в области тыльной поверхности правой кисти больной одновременно ощущает укол в соответствующую точку левой кисти.

*Галлюцинации* отличаются от иллюзий тем, что ложное восприятие возникает здесь в отсутствие субъекта. Галлюцинации изредка возникают и у здоровых людей. Например, при длительных переходах через пустыню, когда люди изнывают от жажды, им начинает казаться, что впереди виднеется оазис, деревня, вода, в то время как на самом деле их нет.

В подавляющем большинстве случаев галлюцинации наблюдаются у психически больных. Наиболее часто встречаются слуховые галлюцинации. Больные слышат свист ветра, шум моторов, скрип тормозов, хотя в действительности этих звуков нет в окружающей их обстановке. Нередко слуховые галлюцинации носят *вербальный* характер. Больным кажется, что их окликают, они слышат обрывки несуществующего разговора. Под влиянием вербальных галлюцинаций императивного, приказного характера такие больные могут совершить неправильные действия, включая попытки покончить жизнь самоубийством. При зрительных галлюцинациях перед взором больных возникают разнообразные картины — они видят страшных, необычных зверей, устрашающие человеческие головы и т. п. Наблюдаются также обонятельные, вкусовые галлюцинации. В некоторых случаях, особенно при зрительных галлюцинациях, наблюдается их сочетание с галлюцинациями в сфере других органов чувств, например со слуховыми и вербальными галлюцинациями.

Галлюцинации могут носить нейтральный характер и быть лишены эмоциональной окраски. Больные воспринимают такие галлюцинации спокойно, нередко даже безучастно. Однако в ряде случаев галлюцинации имеют резкую эмоциональную окраску,

чаще всего отрицательную. К обманам чувств такого рода относятся и устрашающие галлюцинации.

В некоторых наблюдениях галлюцинации могут быть источником положительных эмоций для больных. Так, М. С. Лебединский описал мать, потерявшую сына, с тяжелой патологической реакцией на его смерть. Эта больная часто «видела» в галлюцинациях умершего и радовалась этим «встречам».

Ложный характер восприятия обычно остается незамеченным для больных, страдающих галлюцинациями. Они убеждены в истинности своего восприятия, им кажется, что неправильно воспринимаемые предметы и явления действительно существуют в окружающей обстановке.

В отличие от описанных выше так называемых истинных галлюцинаций при *псевдогаллюцинациях* больные признают их ложный характер. Галлюцинаторный образ локализуется не во внешней среде, а непосредственно в представлениях самих больных. К псевдогаллюцинаторным переживаниям может быть отнесено, в частности, нередко испытываемое больными шизофренией звучание собственных мыслей.

Механизмы иллюзий и галлюцинаций до настоящего времени изучены слабо. Причины выявляющегося при иллюзиях и галлюцинациях нарушения активного, избирательного характера восприятий пока еще остаются недостаточно ясными.

Некоторые иллюзии, наблюдающиеся у здоровых людей, могут быть объяснены так называемой *установкой*, т. е. искажением восприятия, возникающим под влиянием непосредственно предшествующих восприятий. Это явление широко изучено советским психологом Д. Н. Узнадзе и его школой. Примером образования установки может служить следующий опыт: испытуемому кладут в обе руки 15—20 раз подряд большой и маленький шар одного веса. Затем предъявляются два одинаковых по объему шара. Одни испытуемые обычно оценивают один из шаров, как меньший, той рукой, в которой лежал маленький шар; другие испытуемые обнаруживают противоположную (контрастную) установку и оценивают той же рукой равный по объему шар, как большой.

Возможно, что патологией механизмов установки объясняются некоторые иллюзии величины предметов, наблюдающиеся у больных.

В отношении патогенеза, происхождения галлюцинаций наиболее вероятным представляется предположение об их связи с патологической, повышенной возбудимостью определенных областей в головном мозгу человека. В пользу такой точки зрения говорят, в частности, опыты известного канадского нейрохирурга В. Пенфилда, вызывавшего зрительные и слуховые галлюцинации электрической стимуляцией участков височной и затылочной долей коры головного мозга во время операций по поводу эпилепсии.

## АГНОЗИИ

*Агнозиями* называют нарушения зрительных, слуховых и кинестезических восприятий при локальных поражениях коры головного мозга, вызванных сосудистыми заболеваниями, травмами, опухолями и другими патологическими процессами.

Различают несколько видов зрительных агнозий. Больные с так называемой предметной агнозией не могут узнать ряд предъявляемых им предметов и особенно изображений этих предметов. Так, рассматривая рисунок очков, один из наблюдавшихся нами больных говорил: «я вижу кружок, затем прямую линию... это подсолнух».

Наиболее трудны для этих больных задачи, предъявляющие особые требования к избирательности, целенаправленности восприятия. К задачам такого рода относятся показанные выше рисунки, в которых распознаваемый объект необходимо выделить из шума (см. рис. 2, 3). Например, один из наших больных сказал об изображении чайника на фоне шума (см. рис. 8): «что-то темное... треугольник какой-то».

Данные клиники указывают на наличие разных способов выделения полезного сигнала из шума в системах зрительного восприятия человека. Так, некоторые больные с негрубо выраженной предметной агнозией хорошо справляются с указанной выше задачей (см. рис. 8), но не могут выделить на рисунках предметы с наложенными друг на друга контурами (так называемая фигура Поппелрейтера, показанная на рис. 4).

При *предметной агнозии* на первый план выступает нарушение обобщенного восприятия предметов — больные не могут узнать изображения стола, стула, чайника, ключа и других предметов, но в том случае, когда больные узнают предмет, они могут указать и

его индивидуализированную отнесенность. Например, узнав, что это лицо человека, больные могут сказать, знаком ли им этот человек, вспомнить его фамилию. Распознав стулья в кабинете врача, больные с предметной агнозией могут указать такого же типа либо другие по форме и отделке стулья, находящиеся в палатах, коридорах клиники.

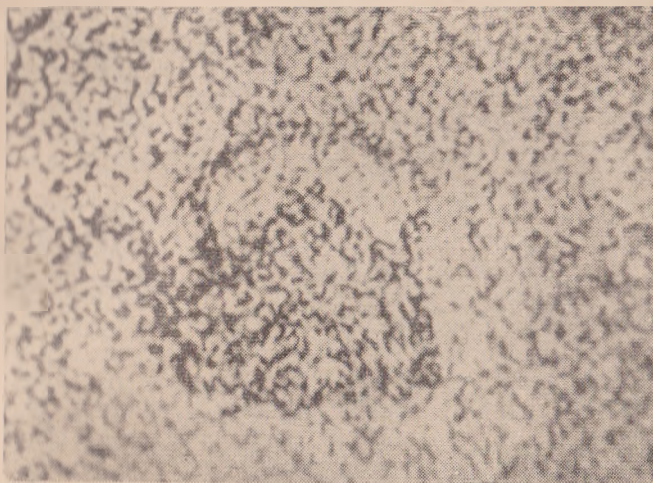


Рис. 8. Изображение чайника, искаженное флюктуациями.

У некоторых больных наблюдаются нарушения зрительного восприятия, при которых обобщенное восприятие предметов остается относительно сохранным и на первый план выступает расстройство индивидуализированного восприятия. Такие больные испытывают затруднения в узнавании конкретных единичных предметов, которые они видели раньше. Особенно ярко эти нарушения выявляются при необходимости узнать знакомые лица. Больные не знают, видели ли они это лицо ранее или нет, женское или мужское лицо перед ними, плохо различают мимику, не улавливают выражений радости, веселья, смеха, печали, плача. Поэтому данная форма зрительной агнозии получила название *агнозии на лица* или *агнозии индивидуализированных признаков*.

Одна из форм нарушений зрительного гнозиса получила название *оптико-пространственной агнозии*. При этой форме зрительной агнозии нарушается восприятие больными пространственного расположения отдельных предметов, больные не могут правильно воспринять пространственные отношения. Оказавшись в клинике, они не могут научиться находить дорогу к кабинету врача, в столовую, туалет. Свою палату они узнают лишь по косвенным признакам — по номеру над входом в палату, либо по характерной окраске палатной двери. Эти больные испытывают также большие трудности при попытках найти свою койку в палате. Они забывают расположение улиц города, в котором долго жили, не могут рассказать о плане своей квартиры.

Обычно зрительные агнозии наблюдаются при поражении затылочных и частично ниже-задних отделов теменных долей головного мозга.

При поражении ниже-передних отделов теменных долей головного мозга отмечаются расстройства высших форм осязательного восприятия, получившие название *астереогноза*. Ощупывая с закрытыми глазами какой-либо предмет (ключ, монету, карандаш, перо, расческу и т. д.), больные не могут определить форму и величину этого предмета, узнать его. В то же время при зрительном восприятии больные узнают этот предмет быстро и безошибочно.

Известны также наблюдения со слуховой агнозией, отмечающейся при поражении височных отделов головного мозга. У больных с этой формой агнозии нарушается слуховое восприятие. Они не могут узнать характерный шум ветра, самолета, автомобиля, звуки, издаваемые разными животными, шелест бумаги и т. п.

По видимому, в основе агнозий лежат нарушения процессов выделения сигнала из шума, вычленения характерных признаков предметов и сопоставление этих признаков с теми образцами, эталонами, которые хранятся в памяти больных.

## **БОЛЬ**

Учение о боли является одной из центральных проблем биологии, медицины и психологии. П. К. Анохин (1958) определяет боль как *своеобразное психическое*



госточные человека, обусловленное совокупностью физиологических процессов центральной нервной системы, вызванных к жизни каким-либо сверхсильным или разрушительным раздражением. В работах отечественных ученых М. И. Аствацатурова и Л. А. Орбели особенно четко сформулированы представления об общепатологическом значении боли. В отличие от других видов чувствительности болевое ощущение возникает под влиянием таких внешних раздражений, которые ведут к разрушению организма или угрожают этим разрушениям. Боль предупреждает о грядущей человеку опасности, она является сигналом, симптомом болезненных процессов, разыгрывающихся в различных частях организма. Для медицинской практики в связи с «сигнальным» значением боли очень важной является объективная характеристика выраженности болевого ощущения. Трудность и сложность этой оценки связаны с тем, что по своему характеру боль является субъективным ощущением, зависящим не только от величины вызывающего ее раздражителя, но и от психической, эмоциональной реакции личности на боль. «Мы не равны перед болью» (Лериш). Этот двойственный характер боли объясняет нам, почему не только в широкой врачебной практике, но и в работах ряда выдающихся представителей медицины мы встречаемся с недооценкой в известной мере значения для диагностики степени субъективного переживания боли. Так, Н. И. Пирогов писал, что «на перевязочных пунктах, где скопляется столько страждущих разного рода, врач должен уметь различать истинное страдание от кажущегося. Он должен знать, что те раненые, которые сильнее других кричат и вопят, не всегда самые трудные и не всегда им первым должно оказывать неотлагательное пособие»<sup>1</sup>.

Изучению условий, определяющих болевое чувство, были посвящены многочисленные исследования. Они с убедительностью показали, что переживание боли человеком зависит как от величины раздражения (прежде всего от его силы, длительности и качества), так и от степени его болевой чувствительности, состояния

---

<sup>1</sup> Н. И. Пирогов. Начала общей военно-полевой хирургии, ч. 1. М.—Л., 1941, стр. 46.

нервной системы, зависящих от многих факторов, в том числе и психологических.

В ряду психологических факторов, имеющих большое значение в переживании боли, следует прежде всего указать на следующее: отвлечение внимания и сосредоточение его на боли, ожидание боли; различные эмоциональные состояния — радость, горе, гнев; воспитанные особенности личности — стойкость и выносливость к боли, изнеженность и невыносливость, общественно-моральные установки, содержание и направленность жизненных отношений человека, определяющих его отношение к боли.

Известно, что активное отвлечение внимания больного, создание особенно сильных конкурирующих очагов возбуждения в головном мозгу приводят к ослаблению боли. Напротив, напряженное ожидание и боязнь боли, как показали экспериментальные исследования, значительно повышают болевую чувствительность.

Особенно большое значение в переживании боли имеет отношение к ней человека, от чего в значительной степени зависят «пределы выносливости» к боли и возможности ее преодоления.

Более ста лет тому назад знаменитый французский хирург Дюпюитрен писал: «Каково же моральное отличие тех, кого мы лечим в гражданских госпиталях, от лиц, получающих огнестрельные ранения? Военный человек привык к тому, что он должен забыть о себе и семье и что его ожидает перспектива быть искалеченным. Он считает себя счастливым, если спасает себе жизнь, теряя конечность, и поскольку он уверен в безопасности, то он мужественно, даже радостно встречает скальпель хирурга. Но посмотрите на несчастного рабочего, фермера, ремесленника, который является единственным кормильцем большой семьи. Он подавлен страхом, его ожидает нищета, он в глубоком отчаянии, он потерял надежду, он с сожалением соглашается на настоящие хирурга. Не надо удивляться, — пишет Дюпюитрен, — различию в выраженности чувства боли в этих двух случаях».

На значение в переживании боли жизненной установки человека, определяемой его отношениями, в советской психологии указывают В. Н. Мясищев, М. С. Лебединский, Б. Г. Ананьев и их сотрудники.

Приведем пример различного переживания боли двумя ранеными (по А. Н. Давыдовой). В первом случае операция была направлена на восстановление деятельности руки (изъятие пули). Больной заявил: «Я ждал этой операции с нетерпением, это был выход снова в жизнь». Иной была установка второго раненого, ждущего оперативного удаления руки ввиду наступившей ганг-

рени: «Мне казалось, что я не переживу этого дня, все померкло в моей жизни». Эти две установки резко отличались друг от друга, а отсюда и иным было отношение к боли, и иным эмоциональное переживание ее. В первом случае: «Я не помню, была ли сильная боль, кажется, нет». Во втором случае: «Все было мучительно и больно, сначала до конца, и до, и после».

Как при функциональных болях, так и при болях, в основе которых лежат органические изменения, отношения личности (не в возникновении, а в степени переживания боли) играют важную роль. Наибольшей выраженности боль нередко достигает у больных с личной неустроенностью, отсутствием цели и другими неразрешенными конфликтами.

Одна из наших больных, страдавшая истерией, жаловалась на сильные боли в голове и пояснице. Причиной истерического невроза в данном наблюдении явилась длительная травмирующая больную ситуация в семье. Ее муж злоупотреблял алкоголем, был человеком грубым и деспотичным. Пойти же на разрыв с ним больная не хотела, так как, имея 2 детей, боялась остаться одна без материальной поддержки высокооплачиваемого мужа. При этом она заявляла: «Как я могу уйти от мужа, если у меня такие страшные боли», «Я не могу работать, а значит, и не смогу сама себя обеспечить».

Сосредоточивая на себе внимание больных, болевые ощущения в подобных случаях используются как средство выхода из травмирующей ситуации, помогают больным уйти от разрешения реальных жизненных трудностей.

Большое психологическое и общемедицинское значение имеет вопрос о так называемых *психалгиях* или *психических болях*.

В зарубежной психосоматической литературе распространены чисто психологические трактовки психалгий («как чисто психического феномена»), в которых отрицание физиологических механизмов боли чаще всего сочетается с рассмотрением ее возникновения с фрейдистских позиций. Боли придают чрезмерную роль в жизни человека. В ходе развития человека боль и облегчение от боли, по мнению представителей психосоматической медицины, активно влияют на отношения между людьми, на формирование представлений о добре и зле, награде и наказании, успехе и неудаче. Своеобразный культ боли и страдания типичен для многих психосоматических направлений в медицине капиталистических стран.

Материалистическая психология и физиология противопоставляют идеалистическим теориям взгляд на психалгии как на частный случай боли вообще,

имеющий, подобно другим видам чувствительности, объективные материальные причины для своего возникновения. Однако очевидно, что в переживании боли при психалгиях определяющее значение имеет не раздражение болевых рецепторов, обычно незначительно выраженное, а реакция личности на боль. Содержательный анализ этой реакции требует изучения конкретной жизненной истории человека, особенностей его характера и сформировавшихся отношений к окружающей действительности.

В связи с указанным становится понятной роль медицинского работника в борьбе с болью. Она не должна ограничиваться одним лишь применением обезболивающих средств, при всем их значении для медицинской практики. Весь медицинский персонал должен оказывать больному помощь в преодолении боли путем уменьшения тревожного ожидания и страха перед болью, устранения сопутствующих невротических реакций. Для этого могут быть использованы различные ободряющие, активизирующие, отвлекающие и успокаивающие мероприятия, учитывающие все особенности личности человека и прежде всего систему его жизненных отношений и специально его отношение к боли.

#### **ИССЛЕДОВАНИЕ ОЩУЩЕНИЙ И ВОСПРИЯТИЙ**

Нарушения ощущений и восприятий выявляются с помощью опроса, методов наблюдения и экспериментально-психологических методов исследования.

Снижение зрения, ухудшение слуха, болевой чувствительности составляет обычно предмет жалоб больных. Для уточнения характера и степени этих расстройств применяются разнообразные методы исследования.

При изучении особенностей зрительных ощущений исследуется острота зрения, поля зрения (с помощью периметра), цветоощущения (атлас Е. Б. Рабкина, специальный прибор того же автора — спектроаномалоскоп), адаптация к темноте и др.

Пороги слуховой чувствительности выявляются с помощью аудиометра; для изучения порогов восприятия речи используется речевой аудиометр. Для исследова-

дования кожей чувствительности можно использовать обычную иглу, волоски Фрея; кожная дискриминация (различение двух точек соприкосновения) изучается с помощью циркуля Вебера.

При помощи опроса можно установить наличие симптомов деперсонализации и дереализации (макро- и микросии — чувство увеличения или уменьшения конечностей и головы и т. п.). Наличие галлюцинаций находит нередко отражение в поведении больного, иногда же оно может выявляться только с помощью тщательного и подробного опроса.

Для исследования предметного восприятия применяются наборы разнообразных предметов и их изображений, включая изображения, искаженные шумами (см. рис. 3, 8), а также рисунки с наложенными друг на друга контурами различных предметов (см. рис. 4). Предъявляются также сюжетные картинки, фотографии знакомых лиц и т. п.

Полезно также использовать тахистоскоп. На экране этого прибора демонстрируются в течение ограниченного времени (от одной тысячной секунды до секунды и больше) изображения предметов, буквы, цифры, сюжетные рисунки. Небольшое время предъявления (три — четыре сотых секунды) затрудняет восприятие и позволяет выявить его нарушения в тех случаях, когда при обычной длительности экспозиции (время предъявления изображений), например, в течение 2—3 сек, расстройства восприятия не обнаруживаются.

### Контрольные вопросы

1. Что называется ощущением?
2. Что такое восприятие и чем оно отличается от ощущения?
3. Опишите зависимость восприятий от личности человека, его прошлого опыта, мотивов, потребностей, эмоций.
4. Что является критерием истинности ощущений и восприятий?
5. Что такое анализаторы?
6. Что называется абсолютным порогом ощущения?
7. Что называется порогом различения?



8. Сформулируйте закон Вебера — Фехнера.
9. Что такое адаптация?
10. Опишите основные формы нарушений ощущений.
11. В чем выражается избирательный характер восприятия?
12. Расскажите о физиологических основах избирательности восприятия, о процессах выделения сигнала из шума.
13. Что такое константность восприятия?
14. Укажите два основных вида восприятия.
15. Расскажите о роли слова, второй сигнальной системы в восприятии.
16. Что называется иллюзией?
17. Приведите примеры иллюзий у здоровых людей и больных.
18. Что такое галлюцинация? Приведите примеры галлюцинаций.
19. Покажите на примерах, что такое установка.
20. Перечислите основные типы зрительных агнозий.
21. Что такое астереогноз?
22. Дайте определение боли.
23. В чем состоит биологическое значение боли?
24. От чего зависит переживание боли человеком?
25. Какова роль системы отношений человека в переживании боли?
26. Какова роль медицинских работников в борьбе с болью?
27. Расскажите об основных методах исследования ощущений и восприятий.

## Глава 5

### ПАМЯТЬ И ЕЕ РАССТРОЙСТВА

#### ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАМЯТИ

**Памятью** называется психический процесс запечатления, сохранения и последующего воспроизведения прошлого опыта того, что мы раньше воспринимали, переживали или делали. Человек постоянно находится под влиянием огромного потока впечатлений.

Часть из этих впечатлений и связанных с ними переживаний, мыслей и действий запоминается человеком и может быть вновь воспроизведена, когда предметы и явления, вызвавшие их, уже не действуют непосредственно на наши органы чувств.

Прочитав книгу, человек может рассказать ее содержание, потому что он его запомнил. Встретив на улице другого человека, мы, основываясь на памяти, можем сказать, знаком нам этот человек или мы его видим впервые. Человек легко припоминает, воспроизводит основные события своей жизни, наиболее значительные общественно-исторические события и др.

Память имеет очень важное значение в жизни и деятельности человека. Благодаря памяти содержание сознания человека не ограничивается наличными ощущениями и восприятиями, а включает в себя его прошлый опыт и знания. При отсутствии памяти наше мышление основывалось бы лишь на материалах непосредственного впечатления и вряд ли было бы возможным.

И. М. Сеченов считал память «основным условием психической жизни», «краеугольным камнем психического развития». Используя память, человек обучается движениям, речи, ориентировке в окружающем мире, познает опыт, накопленный предшествовавшими поколениями.

Память позволяет нам не только узнавать предметы и явления, но и участвует непосредственно в механизмах восприятия. На разных этапах восприятия, переработки информации, воспринимаемой человеком, его головной мозг, как это показали исследования последних лет, использует механизмы памяти.

Физиологической основой памяти являются «следы» происходящих в нервной системе процессов. При восприятии предметов и явлений окружающего мира возникает сложная деятельность многих нервных клеток в головном мозгу человека, и между ними устанавливаются определенные связи. Важная роль в физиологических механизмах памяти принадлежит условным рефлексам, образованию временных связей, детально изученных И. П. Павловым и его школой. В последние годы ведутся также интенсивные

исследования биохимических и электрических процессов, которые возникают при запечатлении «следов» в отдельных нервных клетках и их соединениях, «сетях» в коре головного мозга.

### ОСНОВНЫЕ ПРОЦЕССЫ ПАМЯТИ

Различают следующие основные процессы памяти: *запоминание*, *сохранение* и *воспроизведение*. Эти процессы тесно друг с другом связаны и разделяются в известной мере условно. В самом деле, проверить объем и точность процессов запоминания и сохранения в памяти можно только на основе изучения результатов воспроизведения и узнавания предъявленного материала. Кроме того, процесс запоминания предполагает возможность сохранения в памяти того материала, который запоминается. Тем не менее выделение трех последовательных этапов в памяти — запоминания, сохранения и воспроизведения — позволяет более четко и детально изучить особенности этих процессов.

**Запоминание.** Запоминание воспринимаемых предметов и явлений, действий, поступков, мыслей и чувств может быть произвольным и произвольным.

При произвольном запоминании мы не ставим себе определенной цели в отношении того, что надо запомнить, но тем не менее запоминание происходит как бы «само собой». Особенно часто так запоминаются предметы и явления, вызывающие у человека большой интерес, затрагивающие его эмоции, связанные с переживаниями.

Произвольное запоминание осуществляется преднамеренно и имеет целенаправленный характер. Если при произвольном запоминании человек использует специальные приемы для наилучшего усвоения знаний, то оно называется заучиванием. При заучивании перед человеком могут ставиться разные задачи — запомнить дословно и точно, например, стихотворение, исторические факты и их последовательность; или запомнить только основные, главные мысли при слушании лектора, доклада, чтении книги и т. п.

При произвольном запоминании важна также направленность на прочность запоминания. Если перед

человеком ставится задача запомнить материал «надолго», «навсегда», то он обычно запоминает этот материал на более длительный срок, прочнее, чем при инструкции запомнить на «короткий срок».

Как произвольное, так и непроизвольное запоминание в значительной мере зависят от активности и направленности интересов, внимания человека. В каждый момент времени в окружающем человека мире происходят разнообразные события, в поле его внимания попадают все новые предметы и явления. Когда человек, например, идет по улице, то он встречает в каждый последующий момент времени людей, которых он раньше не видел, проезжают автомашины, автобусы, троллейбусы или трамваи, изменяются особенности архитектуры и детали строения зданий, расположенных по обеим сторонам улицы, и т. д. Если бы человек запоминал, произвольно или непроизвольно, все эти предметы и явления, то его память оказалась бы быстро перегруженной и мозг перестал бы воспринимать новые впечатления. Человек не смог бы ориентироваться в окружающем его мире, приспособившись к изменениям, происходящим в мире. Поэтому исключительное значение для процессов запоминания играет селекция, отбор того, что необходимо запомнить, существенного для человека материала от всего остального, несущественного.

При непроизвольном запоминании отбор осуществляется нередко на основе эмоциональной значимости воспринимаемого материала. Так, человек запоминает непроизвольно и очень прочно удерживает в своей памяти события, связанные с переживанием таких ярких чувств, как любовь, ненависть, радость, печаль, горе. В случаях произвольного запоминания материал, вызывающий интерес, также запечатлевается легче и прочнее, чем то, что заучивается неохотно. Непроизвольному и произвольному запоминанию способствует многократное повторение. Проходя много раз по одной и той же улице, мы хорошо запоминаем ряд особенностей строения и расположения зданий, движения транспорта и т. п. Запоминание учебного материала в значительной мере также основано на многократном повторении определений, формул, дат,

стихотворений, основного содержания отдельных разделов изучаемых предметов.

Запоминание осуществляется легче и лучше, если человек активен, бодр, не чувствует усталости. Вместе с тем в последние годы большой интерес стали вызывать опыты обучения человека не в то время, когда он бодр, активен, а, напротив, во время его сна. Этот метод обучения спящего человека путем зачитывания ему соответствующего материала, в частности обучения иностранному языку, впервые применил в 1936 г. советский ученый А. М. Свядош. В настоящее время этот метод, получивший название *гипнопедия*, всесторонне изучается у нас и в ряде стран. Тем не менее до настоящего времени остаются нерешенными ряд вопросов, и гипнопедия требует еще серьезного изучения.

Способность запоминать воспринимаемые предметы и явления может ухудшаться в состоянии усталости, когда человеку трудно сосредоточиться на запоминаемом материале. В особенности выраженными бывают эти затруднения при астенических состояниях, когда вследствие истощения нервной системы, вызванного ее перенапряжением или болезнями, развивается общая слабость, вялость, повышенная отвлекаемость и утомляемость.

Расстройства запоминания возникают также часто при склерозе сосудов головного мозга. Характерно выражение, часто употребляемое такими больными: «ничего не запомнил — у меня склероз». Особенно резкие нарушения запоминания развиваются при своеобразном синдроме расстройств памяти, описанном впервые известным русским психиатром С. С. Корсаковым и получившем название корсаковского синдрома. Этот синдром наблюдается при хроническом алкоголизме, травмах, склерозе сосудов головного мозга. Одной из наиболее характерных особенностей корсаковского синдрома является расстройство запоминания текущих событий. Больные не могут запомнить, обедали ли они сегодня, был ли обход врача, посетили ли их в этот день родственники.

Показательно, что даже при очень сильном снижении способности запоминать текущие события выявляется определенное влияние на запоминание особен-



ностей эмоциональной сферы больных, хотя и измененной.

Так, одна из больных с резким снижением интеллекта и памяти, обеднением интересов и эмоций, вызванных атрофическим процессом в головном мозгу (болезнь Пика), никак не могла вспомнить, что у нее была и только что ушла родная сестра, но запомнила, что в тумбочке лежат яблоки, принесенные только что этой сестрой.

Объем материала, который может запомнить человек, находится в прямой зависимости от степени связи друг с другом отдельных частей, подлежащих запоминанию. Если человек должен запомнить не связанные друг с другом части материала, то говорят о механическом запоминании. Как показали результаты ряда экспериментально-психологических исследований, здоровый взрослый человек может запомнить при однократном предъявлении  $7 \pm 2$  (т. е. от 5 до 9) несвязанных «кусков» материала. Например, при однократном предъявлении 10 и более слов человек запоминает в среднем не менее 5 и не более 9 слов. Сходные результаты получаются при предъявлении для запоминания слогов, цифр. Это число запоминаемых при однократном предъявлении частей материала оказалось довольно устойчивым независимо от способа предъявления материала для запоминания — на слух, зрительно или с помощью кинестезии — и было названо известным американским психологом Дж. Миллером «магическим числом семь».

Объем запоминаемого материала значительно возрастает, если между отдельными его частями устанавливаются определенные связи, ассоциации. Различаются ассоциации по смежности, сходству и контрасту. Типичным примером ассоциации по смежности является заучивание стихотворений. Слова, расположенные в стихотворении друг за другом, т. е. смежные слова, связываются, ассоциируются при запоминании. Ассоциации по сходству опираются на сходство между двумя объектами. Например, человек, рассматривая стул, кресло, диван с обивкой одинакового цвета, может затем вспомнить эти предметы, увидев ткань соответствующего цвета. При ассоциации по контрасту связываются друг с другом прямо противоположные по своему характеру признаки: белый —

черный, грязный — чистый, сильный — слабый, хороший — плохой. Характерным примером использования ассоциации по контрасту является припоминание фамилии знакомого человека, если кто-либо называет фамилию, контрастирующую с забытой фамилией (Белов — Чернов, Чистяков — Грязнов).

Объем запоминаемого материала в значительной мере возрастает, если вместо механического заучивания, основанного на простых ассоциациях, человек использует для запоминания логические, смысловые связи между отдельными частями материала, предъявляемого для запоминания. Такой способ запоминания, когда человек опирается на смысловые связи, обеспечивает возможность запечатления событий и явлений, количество которых во много раз превышает «магическое число семь». Так, осмысленное запоминание позволяет передать содержание книги, состоящей из многих десятков тысяч слов, рассказать о последовательности событий в просмотренном однократно кинофильме и т. п. Правда, это не означает, что число «кусков», слов или предметов, которые может запомнить человек при однократном предъявлении материала, больше чем  $7 \pm 2$ . Просто установление смысловых связей позволяет поместить в один «кусок» значительно большее количество информации.

При психических и нервных заболеваниях расстройства механической и логической памяти могут наблюдаться в известной мере изолированно друг от друга. Так, у некоторых больных с распространенным, но не грубо выраженным склерозом сосудов головного мозга нередко больше всего страдает механическая память. В то же время использование смысловых связей помогает этим больным в какой-то мере компенсировать дефекты механического запоминания. Напротив, у больных со сниженным интеллектом, слабоумием нарушения запоминания могут быть связаны прежде всего с невозможностью установить логические связи в предъявляемом для запоминания материале.

Иногда запоминанию помогает специальная организация материала: рифмование, искусственное установление в материале связей, несущественных с точки зрения его содержания (мнемотехника). Например, можно облегчить себе запоминание номера телефона

7-25-34, уловив, что здесь представлены три семерки (7, 2+5, 3+4). Тем не менее основным методом запоминания, его опорой являются не искусственные, а осмысленные ассоциации, отражающие существенные связи и отношения предметов.

**Сохранение в памяти.** Различают два основных типа сохранения материала в памяти: кратковременная и долговременная память. Для кратковременной памяти считается характерным

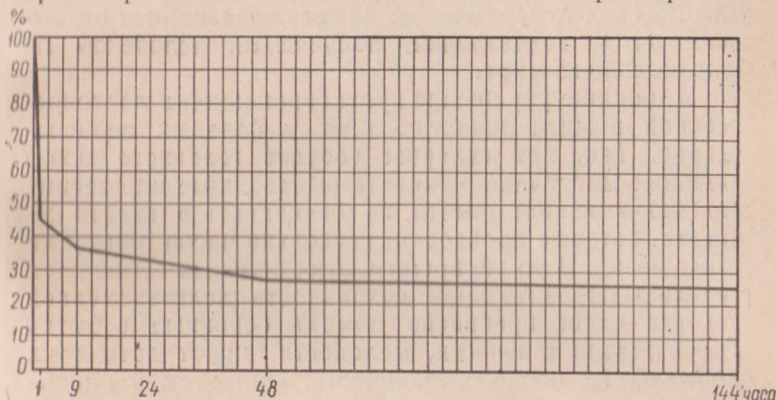


Рис. 9. Кривая забывания (по Эббингаузу).

Показано, какое количество (в %) изученного материала воспроизведено через различные промежутки времени.

удержание предъявленного материала от нескольких секунд и даже долей секунды до 1—2 суток. Более длительные сроки сохранения в памяти, в том числе и многие месяцы, годы, относят обычно к деятельности долговременной памяти.

В опытах Эббингауза было показано, что при заучивании 13 бессмысленных слогов уже через час после заучивания в памяти осталось только 44% этого материала, а через двое суток — лишь 28%. В последующие дни снижение «кривой забывания» происходило очень медленно (рис. 9). То есть большая часть материала, заучивавшегося в опытах Эббингауза, сохранялась лишь в кратковременной памяти. Опыты с воспроизведением бессмысленных слогов в первые 30 дней после заучивания показали, что только 20—25% слогов удерживались в долговременной памяти.

Наличие механизмов кратковременной памяти имеет важное значение для процессов отбора («селекции») поступающих в головной мозг человека сведений о предметах и явлениях окружающего мира. Запоминание этих сведений на короткое время позволяет «не торопясь» принять решение о целесообразности перевода указанных сведений в долговременную память. Такой механизм ограждает долговременную память от «засорения», которое могло бы возникнуть, если бы в долговременную память переводился огромный поток впечатлений, получаемый человеком из окружающего мира.

В клинике ухудшение кратковременной и долговременной памяти зачастую идет у больных неравномерно. Так, при склерозе сосудов головного мозга больные могут обнаруживать выраженные нарушения кратковременной памяти, не удерживать в памяти события, которые произошли несколько часов или сутки тому назад. В то же время у этих больных отмечается нередко поразительная сохранность долговременной памяти — они прекрасно помнят основные события своей жизни в юности, молодости, знают даты этих событий, их последовательность. При этом у описываемых больных страдает не только кратковременная память, но и способность перевода в долговременную память тех сведений, которые им удалось на короткое время удержать. Оба эти нарушения, по-видимому, лежат в основе *антероградной амнезии*<sup>1</sup>, своеобразного нарушения памяти, заключающегося в неспособности припомнить те или иные события, которые произошли после заболевания.

Особенно часто антероградная амнезия наблюдается при корсаковском синдроме. При этом синдроме бывает также *ретроградная амнезия*. Ретроградная амнезия может распространяться на период от нескольких дней до нескольких лет перед заболеванием. Она нередко также выявляется при травмах головного мозга. Ретроградная амнезия связана с нарушением долговременной памяти, так как больные с этой формой амнезии не могут вспомнить сведения о событиях,

---

<sup>1</sup> Амнезия — нарушение памяти; антероградная — наступившая после заболевания, ретроградная — до заболевания.

происходивших нередко задолго до заболевания, т. е. сохранившихся в долговременной памяти.

На сохранение материала в памяти может оказывать значительное влияние характер того нового материала, который запоминается. Это явление получило название интерференции. В качестве примера интерференции может быть указана попытка запомнить номер телефона в тех случаях, когда наша память и без того уже перегружена большим количеством необходимых телефонных номеров. Обычно новый номер телефона вытесняет из памяти (вследствие интерференции) какие-либо из «старых» номеров, либо сам оказывается «жертвой» этих «старых» номеров и не запоминается. В наименее благоприятном случае интерференция приводит к смешению одного из старых с новым номером.

Интерференция может стать особенно сильной либо, напротив, очень слабой, т. е. приобрести патологические черты при некоторых поражениях головного мозга. Так, у больных с опухолями, травмами, вызвавшими нарушение деятельности лобных долей мозга, нередко интерференция настолько ослабляется, что больные при повторении серии слогов или слов многократно повторяют только ту серию, которая была предъявлена первой. С другой стороны, у больных с поражением височных отделов мозга интерференция настолько усиливается, что, например, удержание речевых следов в кратковременной памяти резко нарушается. Каждое предъявление новой серии слов или слогов способствует практически полному забыванию предшествующей серии.

**Воспроизведение.** Воспроизведение может быть произвольным и произвольным.

Непроизвольное воспроизведение осуществляется без специальной цели что-либо вспомнить, оно возникает как бы «само по себе», непреднамеренно. Так, идя по улице и рассматривая знакомые места, человек начинает представлять себе давно прошедшие события, в его памяти непроизвольно возникают образы людей, связанные с этими событиями. При встрече с товарищем, с которым мы занимались в одном классе, в нашей памяти также непроизвольно всплывают обстоятельства и события в дни занятий в школе. Непреднамеренно можно также вспомнить ранее слышанную мелодию и др.

Произвольное воспроизведение вызывается сознательной постановкой задачи вспомнить что-либо. При этом типе воспроизведения человек преднамеренно стремится вспомнить определенные сведения, события, обстоятельства. В случае, если произвольное воспроизведение требует значительных усилий, опоры на промежуточные, иногда очень отдаленные связи, то



говорят о припоминании. Своеобразный пример припоминания приведен в известном рассказе А. П. Чехова, в котором герой пытается вспомнить «лошадиную фамилию». После перебора ряда неверных ассоциаций ему лишь с большим трудом удастся припомнить нужную фамилию «Овсов», фактически тогда, когда необходимость в знании этой фамилии уже миновала.

В повседневной жизни человека процесс припоминания, конечно, носит менее драматический характер. С необходимостью припоминания человек встречается во время учебы в школе, техникуме, институте. Как бы хорошо ни было организовано обучение, какая-то часть знаний, полученных на уроках, лекциях, во время домашних занятий, со временем забывается, с трудом воспроизводится, вследствие чего и возникает необходимость в их припоминании.

Важной чертой воспроизведения, в особенности произвольного, является его избирательный характер. Воспроизведение одних и тех же событий разными людьми отличается в зависимости от их интересов, эмоционального состояния, жизненного опыта, отношений личности.

С воспроизведением тесно связано узнавание воспринимаемых объектов и явлений. При воспроизведении мы всегда испытываем в различной степени своеобразное ощущение знакомости воспроизводимого материала. Нередко это чувство знакомости побуждает нас к более активному, произвольному воспроизведению событий, связанных с узнаваемой нами ситуацией. Так, приехав после значительного перерыва в другой город, мы, проходя по одной из улиц этого города, можем произвольно вспомнить, что эта улица нам знакома, с ней связаны какие-то события нашей жизни, но более детальное произвольное воспроизведение особенностей и последовательности данных событий отсутствует. Это непреднамеренно возникающее своеобразное ощущение «уже виденного» способствует тому, что человек стремится произвольно, преднамеренно вспомнить те обстоятельства, которые связаны со знакомой, узнаваемой им ситуацией.

В случаях психических и нервных заболеваний эти ощущения знакомости могут возникать в совершенно

неизвестной для больного ситуации. Например, у больных эпилепсией, вызванной поражением височных долей мозга, перед началом припадка иногда развивается такое состояние, когда все, что больной видит впервые — предметы, события, вызывает у него ощущение «уже виденного» (*déjà vue*). Наблюдаются и противоположные случаи, когда больные испытывают ощущение «никогда не виденного» (*jamais vue*) в хорошо знакомых им ситуациях. Близким к ощущению «никогда не виденного» является расстройство воспроизведения, получившее название криптамнезии. Так, один известный английский поэт, страдавший в глубокой старости *криптамнезией*, читал друзьям свои давно написанные стихи, считая, что он их только что сочинил. Следовательно, воспроизводя свои ранние стихи, поэт испытывал ощущение «никогда не виденного», ему представлялось, что эти стихи он читает впервые.

Нарушения воспроизведения могут быть связаны как непосредственно с дефектами процесса извлечения из памяти тех сведений, которые в ней хранятся, так и вызываться вторично — в результате расстройств сохранения материала в памяти.

С такой точки зрения следует также понимать *гипомнезии* и *гипермнезии*. При гипомнезиях отмечается ослабление памяти на текущие и давно прошедшие события (при амнезиях — полное выпадение определенного периода жизни из памяти). Для гипермнезий, встречающихся в клинике довольно редко, характерным является резкое обострение способности воспроизводить сведения, которые до болезни, казалось бы, не сохранялись в памяти. Так, И. Ф. Случевский описал студентку медицинского института, которая в состоянии кратковременного психоза малярийного происхождения цитировала дословно большие разделы учебника по анатомии, хотя до заболевания преподаватели считали, что у нее имеются «довольно посредственные» знания по анатомии. Повышение способности воспроизведения отмечается также иногда во время гипноза. Находящиеся в гипнотическом состоянии люди могут вспомнить события своей жизни, включая раннее детство, которые представлялись им прочно забытыми.

К расстройствам воспроизведения относятся также *парамнезии* — *конфабуляции* и *псевдореминисценции*. При конфабуляциях большие резко искажают и замещают основное содержание воспроизводимого материала, заполняют его большим числом ложных деталей. В особенности часто конфабуляции наблюдаются у больных с поражением лобных долей мозга. Конфабуляции считаются также одним из характерных признаков корсаковского синдрома.

Псевдореминисценции отличаются от конфабуляций большей устойчивостью, повторно высказываются большими. Конфабуляции преимущественно относятся к настоящему, а псевдореминисценции — к прошлому.

Способность воспроизведения может также нарушаться под влиянием патологических установок личности, например при так называемых реактивных состояниях (функциональные изменения психики под влиянием тяжелых переживаний). В таких случаях амнезия распространяется на отдельные системы событий, например на все, что связано со смертью дорогого человека, и отличается обычно кратковременностью.

**Типы памяти.** Различаются типы памяти, зависящие от соотношения первой и второй сигнальной систем и степени участия в процессах памяти отдельных анализаторов.

По особенностям соотношения двух сигнальных систем в работе памяти выделяют наглядно-образный и словесно-логический типы памяти. При преобладании наглядно-образного типа памяти человек запоминает любой материал, в том числе и отвлеченный, с помощью конкретных образов, предметов и явлений. Словесно-логический тип памяти основан на использовании словесных обозначений, логических связей, устанавливаемых с помощью словесно формулируемых понятий.

В тесной связи с наглядно-образным типом памяти находится эмоциональная память. Запоминая какие-либо события, происходившие в нашей жизни, мы нередко хорошо помним и эмоциональные состояния, сопровождавшие эти события, — неуверенность, тревогу, страх или радость, удовлетворенность, уверенность. При этом память о событиях, вызывавших яркие эмо-

ции, отличается прочностью и носит наглядно-образный характер. Человек обычно прочно запоминает и отчетливо может вспомнить и представить себе через много лет особенности и детали переживаний и событий, связанных с тяжелой болезнью близкого человека. Хорошо запоминаются также радостные события, успехи и связанные с ними эмоции — получение диплома об окончании школы, техникума, института и др.

В некоторых случаях наблюдается расхождение, диссоциация между хорошим сохранением в памяти событий, главным образом сопровождавшихся отрицательными, неприятными эмоциями, и плохой способностью их воспроизведения. Память об этих событиях становится как бы подпороговой, подсознательной и с трудом поддается произвольному, сознательному воспроизведению. Расстройства памяти такого рода часто выявляются при невротических состояниях.

В зависимости от степени преобладающего участия в работе памяти того или иного анализатора различают зрительный, слуховой, двигательный и смешанные типы памяти (зрительно-слуховой, зрительно-двигательный и слухо-двигательный). В процессе запоминания принимают участие в той или иной мере все перечисленные типы памяти, но у одних людей наиболее успешным является запоминание материала, предъявленного зрительно, у других людей — на слух, у третьих — с помощью мышечно-двигательных ощущений, у четвертых — в различных вариантах смешанного способа запоминания.

Высокоразвитая память того или другого типа способствует выполнению определенной профессиональной деятельности. Так, многие музыканты обладают прекрасной слуховой памятью. Им часто достаточно однажды прослушать музыкальное произведение, чтобы затем точно его воспроизвести. Хорошо развитая зрительная память помогает художникам, писателям, актерам детально воспроизводить в рисунках, описаниях, действиях даже те предметы, лица и события, которые они видели в течение короткого времени, «мельком».

В отдельных случаях значительное развитие определенного типа памяти может выражаться в своеобразном явлении, получившем название *эйдетизма*.

Эйдети́зм наблюдается довольно редко и выражается в способности точного сохранения образов восприятия, объектов и явлений через сравнительно большие сроки после их восприятия. Посмотрев на страницу книги, эйдетик может затем, не глядя на эту страницу, прочитать ее от первой до последней строчки, используя для чтения тот эйдетический образ данной страницы, который остался в его зрительной памяти. На основе использования эйдетического образа этот человек также, бегло взглянув на картину, может подробно рассказать потом о всех деталях изображенных на ней событий, хотя обычно эти детали невозможно запомнить при беглом осмотре картины.

При поражении определенных областей коры головного мозга отмечаются противоположные случаи, когда тот или иной тип памяти резко нарушается. Так, при поражении коры височных долей головного мозга, вызванном разными причинами — травмой, опухолью, инфекцией или нарушением кровообращения, нередко наблюдается резкое ухудшение слуховой памяти при сохранности зрительной памяти. Больные с такими нарушениями не могут запомнить последовательность, в которой предъявляются три или даже два слуховых сигнала (например, тональные сигналы высокие, средние и низкие — 2000 кол/сек, 600 кол/сек, 200 кол/сек.) В то же время последовательности зрительных сигналов (красный, зеленый, желтый и другие цвета) запоминаются этими больными без затруднений, даже в том случае, если последовательность состоит из 4—5 сигналов.

Напротив, больные с поражениями затылочных долей мозга последовательность слуховых сигналов запоминают хорошо и выявляют резкие затруднения при выполнении задания запомнить последовательность зрительных сигналов.

## ПРЕДСТАВЛЕНИЯ И ПАМЯТЬ

Представления — это воспроизведенные образы предметов и явлений, воспринимавшихся человеком в его прошлом опыте. В представлениях отражаются предметы и явления, которые ранее воспринимались человеком, но в данный момент времени уже на него



не действуют. Так же как и восприятия, представления несут наглядно-образный характер, но, в отличие от последних, они менее ясны и отчетливы в своих формах, цвете, размерах. Характерной особенностью представлений является также их непостоянство, изменчивость формы, цвета, размеров представляемых объектов.

Попытайтесь представить себе какой-либо объект, например самолет. В представленном образе самолета будут отражены особенности его формы, размера, цвета, однако они остаются значительно менее ясными, отчетливыми и устойчивыми по сравнению с непосредственным восприятием самолета или его изображения.

Физиологической основой представлений является оживление «следов» тех возбуждений, которые возникли в коре головного мозга при восприятии. Представления могут вызываться не только непосредственными (предметными) раздражителями, но и словами, их обозначающими. Это означает, что представления возникают в результате деятельности как первой сигнальной системы (непосредственные раздражители), так и второй сигнальной системы (словесные раздражители). Тем не менее сами представления несут преимущественно первосигнальный, наглядно-образный характер.

Различают единичные и обобщенные представления. При единичных представлениях возникает образ какого-либо конкретного объекта с характерными именно для этого объекта признаками и деталями. В обобщенных представлениях отражаются общие черты, характерные для объектов такого рода, например объединяющие черты, свойственные всем самолетам либо высотным зданиям или деревьям.

Процессы воспроизведения в памяти тесно связаны с процессами представления. Нередко представления того или иного объекта и явления значительно облегчают процесс воспроизведения. Так, художники рисуют, воспроизводят «по памяти» картины, используя представления. Писатели, описывая своих героев, нередко используют собственные представления о знакомых людях. Ученик, студент при ответах по географии может значительно улучшить воспроизведение



заученного ранее материала при использовании представлений географической карты и т. п.

Нарушения способности представлять воспринимавшиеся ранее объекты и явления наблюдаются при поражении теменно-затылочных областей головного мозга. Больные не могут представить себе внешний вид животных, предметов домашнего обихода, знакомых людей и т. п. При предъявлении изображений предметов эти больные обычно правильно узнают большинство предметов. Но если убрать рисунок и попросить больного представить себе предмет, который он только что видел, больной испытывает затруднения. При попытках представить, например, внешний вид слона больные говорят: «Не могу... ничего не возникает в голове». Такие больные не могут ничего сказать поэтому о характерных особенностях слона (наличие хобота, размеры и т. п.). Сходные затруднения испытываются ими и при представлении других животных растений. Этим больным очень трудно представить себе цвет травы, лимона, розы. Нередко они вовсе не в состоянии ответить на вопрос о том, какого цвета эти растения и фрукты. Описанные расстройства зрительных представлений получили название агнозии Шарко — Вильбрандта — по имени авторов, впервые наблюдавших больных с нарушениями такого рода.

#### **МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПАМЯТИ**

Одним из основных методов исследования памяти является опрос. Необходимо, чтобы человек, память которого исследуется, рассказал о событиях, происходивших непосредственно в ближайшие дни, предшествовавшие исследованию, а также об основных событиях своей жизни и общественно-политических событиях, содержании некоторых из прочитанных книг, просмотренных кинофильмов. Такой опрос позволяет выяснить особенности сохранения в памяти человека, состояние его кратковременной и долговременной памяти.

При исследовании больных большое значение приобретают ответы на простые вопросы о том, завтракал ли сегодня больной, какие блюда были на завтрак, обед, ужин, был ли сегодня обход врача. Это

позволяет выяснить способность больного запоминать текущие события. Очень важно для выявления амнезии, ретроградной и антероградной, установить, помнит ли больной события, происходившие в период времени после начала заболевания или предшествовавшие заболеванию. Полезно сравнить сведения о себе, рассказываемые больным, и сведения, сообщаемые о нем его родственниками.

Для экспериментальной проверки состояния памяти испытуемым предъявляются для повторения наборы, состоящие из слогов, слов, цифр, короткие рассказы. Изменяя способ предъявления (например, написанные на отдельных карточках слова и предъявление на слух слов), можно изучать особенности различных типов памяти.

Широкое распространение получила проба предъявления для запоминания 10 слов. Подсчитывается количество слов, которые испытуемый воспроизвел верно после однократного либо многократного (6—7 раз) предъявления. Для изучения процессов сохранения в памяти испытуемого просят повторить те же слова через определенные промежутки времени (15 мин, 30 мин, 60 мин, 180 мин и т. д.) после первого предъявления. Учитывается также способность испытуемого правильно запомнить порядок предъявления слов.

Влияние интерференции на запоминание исследуется с помощью предъявления через несколько минут после первых 10 слов нового набора слов или цифр. Затем испытуемого просят воспроизвести набор слов, предъявленный первым. Довольно часто применяется также следующий прием, направленный на изучение влияния отвлечения внимания на запоминание: после повторения испытуемым слов из предъявленного набора его отвлекают разговором на какую-либо постороннюю тему, а затем просят повторить заданные слова. При повышенной отвлекаемости внимания результаты повторения в этих условиях значительно ухудшаются.

Для изучения логической или смысловой памяти испытуемого просят пересказать содержание прочитанных рассказов: предъявляются рассказы различной сложности и длительности.

Исследование памяти может иметь большое значение не только в клинике нервных и психических заболеваний, но и в соматической клинике при состояниях астении, повышенной утомляемости, общей слабости, вызванных инфекционными либо сосудистыми заболеваниями, при эндокринных болезнях и др.

### **Контрольные вопросы**

1. Что такое память?
2. Перечислите основные процессы памяти.
3. Опишите процесс запоминания.
4. Приведите примеры ассоциаций.
5. Расскажите о механической и словесно-логической памяти.
6. Опишите особенности нарушений процесса запоминания.
7. Что такое долговременная и кратковременная память?
8. Покажите на примерах особенности расстройств процессов сохранения памяти.
9. Расскажите о процессе воспроизведения.
10. Что называется ретроградной и антероградной амнезией?
11. Что такое конфабуляции и псевдореминисценции?
12. Перечислите основные типы памяти.
13. Приведите примеры усиления и ослабления отдельных типов памяти.
14. Что вы знаете о представлениях?
15. Опишите основные методы исследования памяти.

## **Глава 6**

### **ВНИМАНИЕ И ЕГО НАРУШЕНИЯ**

Человек находится постоянно под воздействием многочисленных предметов и явлений окружающего мира. Однако в каждый данный момент им воспринимается лишь незначительная часть из всего потока впечатлений. Происходит отбор того, что должно быть

воспринято. Все остальное подмечается смутно, неопределенно или вовсе не замечается человеком.

Эта направленность психической деятельности, сознания человека на избирательное восприятие определенных предметов и явлений называется *вниманием*. Внимание необходимо и при восприятии, и при мышлении, и при действии.

Физиологической основой внимания считают концентрацию возбуждения в определенных участках коры головного мозга, в очагах оптимальной возбудимости (И. П. Павлов), в то время как остальные участки коры находятся в состоянии торможения. В последние годы была показана важная роль ретикулярной формации ствола головного мозга в активации и ослаблении внимания.

Различают произвольное и непроизвольное внимание. Основными свойствами обоих видов внимания являются сосредоточенность, устойчивость, переключаемость, объем и распределение.

Особенности внимания можно показать на примере чтения книги. Если человек сосредоточенно читает книгу, внимание его концентрировано, и он не замечает происходящего вокруг. Шум, разговоры в комнате не могут отвлечь его внимание, характеризующееся *сосредоточенностью*, концентрированностью. У некоторых людей эта особенность внимания нередко сочетается с большим объемом внимания, с умением распределять внимание, делать два дела сразу. Такие люди, будучи поглощены чтением книги, вместе с тем замечают, кто вошел в комнату, могут пересказать содержание разговора, который они слышали во время чтения книги. Особенно важно уметь распределять внимание во всех водительских профессиях (машинист, шофер, летчик).

Важным свойством внимания является его *устойчивость*. Устойчивое внимание способно длительно сосредоточиваться на одном предмете или на одной и той же работе. Во многих видах деятельности к устойчивости внимания предъявляются особенно большие требования. Например, при работе диспетчера колебания внимания могут привести к тому, что останутся незамеченными изменения в показаниях приборов, за которыми наблюдает диспетчер. Колебания внимания

приводят также к просмотру опечаток в тексте, просматриваемом корректором.

При выполнении ряда работ большое значение имеет переключение внимания — умение перемещать внимание с одного объекта на другой. В особенности это важно при аварийных ситуациях, возникающих при управлении автомобилем, поездом, самолетом. Переключение внимания облегчается при подаче «предварительной команды», которая необходима для подготовки к перемещению внимания на новый объект.

Показатели внимания отдельного человека могут варьировать в зависимости от его состояния и объекта деятельности.

Ребенок, например, в раннем школьном возрасте способен нередко сохранять достаточно устойчивое произвольное внимание к занимательной для него игре и в то же время быть невнимательным в школе. Человек может быть очень внимательным в привычном для него физическом труде и недостаточно внимательным при чтении книги, особенно с непривычным и далеким от его интересов содержанием.

Нарушения внимания выражаются в изменении его основных свойств. Одной из наиболее частых жалоб больных, страдающих расстройствами внимания, является трудность сосредоточения. Больные не могут концентрировать свое внимание на выполнении определенного задания. Их внимание неустойчиво, характеризуется повышенной *отвлекаемостью*. Посторонние раздражители, разговоры, шум в комнате резко нарушают сосредоточенность внимания, фактически делают невозможным выполнение той или иной работы этими больными. В то время как здоровые люди нередко способны работать, сосредоточивать свое внимание, несмотря на внешние помехи, и, если это необходимо, могут распределять внимание между двумя различными действиями, больные с расстройствами внимания испытывают значительные затруднения при попытках сосредоточиться, сконцентрировать свое внимание на выполнении определенного действия.

Описанные расстройства внимания обычно наблюдаются при астенических состояниях, проявляющихся в общей слабости, вялости, повышенной утомляемости больных и вызывающихся истощением нервной



системы в результате перенапряжения, вызванного длительными переживаниями либо чрезмерной умственной нагрузкой; состояния астении могут возникать также после перенесенных инфекций, интоксикаций.

Нарушения внимания развиваются также при ряде других заболеваний — травмах, опухолях, склерозе сосудов головного мозга, гипертонической болезни и т. д. Своеобразный характер имеют, в частности, расстройства способности переключения внимания, наблюдавшиеся при локальных поражениях головного мозга. Так, у больных с поражением лобных долей нередко возникает повторное выполнение, персеверация одного и того же действия, затруднения в переключении внимания на новое действие (опыты Л. Р. Лурия и его сотрудников). Постукивая, например, карандашом по столу в определенном ритме (два сильных удара, один слабый), эти больные не могут переключиться затем на новый ритм (два слабых удара, один сильный и т. п.) и продолжают стереотипно отстукивать ритм, предъявленный для повторения первым. Сходная картина наблюдается также при повторении больными с лобными поражениями рядов слогов, слов (би-ба-бо, дом-кот-стол) при перемене последовательности их предъявления в ряду (например, бо-ба-би, ба-би-бо, кот-дом-стол). Больные продолжают настойчиво воспроизводить первую по порядку предъявления последовательность слогов или слов.

Наблюдаются и противоположные случаи, когда способность переключения внимания патологически усиливается. Расстройства внимания такого типа наблюдаются, в частности, в психиатрической клинике у больных с маниакальным состоянием. Больные в этом состоянии способны фиксировать свое внимание на определенных действиях, мыслях, образах восприятия лишь очень короткое время. Их внимание постоянно переключается на все новые объекты и мысли. Такая повышенная переключаемость внимания приводит к тому, что больные не могут сосредоточиться на каких-либо вопросах, постоянно «перепрыгивают» с одной мысли на другую, используя для этого поверхностные, неглубокие ассоциации.

Одной из форм недостаточности внимания является *рассеянность*. В основе рассеянности лежит повышенная отвлекаемость, нарушение устойчивости внимания. На рассеянность часто жалуются больные с начальными явлениями склероза сосудов головного мозга. Рассеянность, так же как и другие негрубо выраженные формы расстройств внимания, может отмечаться и у здоровых людей при переутомлении, сильных переживаниях. Следует также учитывать, что рассеянность может быть проявлением неспособности человека направленно концентрировать свое внимание на том, что для него наиболее важно и интересно, и здесь более правильно говорить о высокой способности к сосредоточению внимания, о его большой устойчивости. Такой тип внимания отмечается нередко у людей творческого труда, ученых, которые могут иногда обладать способностью настолько сильно сосредоточиваться на обдумывании и решении определенных проблем, что все остальные события, происходящие вокруг них, не привлекают их внимания, что и создает известное впечатление о «рассеянности» ученого.

*При исследовании внимания* необходимо учитывать его особенности в разных формах деятельности, изменение внимания в зависимости от утомления и от общего состояния организма, в связи с условиями среды, в связи с отношением человека к соответствующей деятельности, с переживаниями его и т. п.

Большое значение может иметь выяснение того, как развивается внимание у исследуемого ребенка. В отношении школьника бывает важно выяснить, падает ли и в какой мере внимание в последние уроки, к концу года, улучшается ли оно после каникул. Важно бывает знать, на каких уроках, посвященных какому предмету школьник менее внимателен. Этого рода сведения могут помочь правильно определить характер необходимых профилактических и лечебных мероприятий.

Повышенная утомляемость особенно часто выражается в снижении внимания. Поэтому и у ряда взрослых, обращающихся к врачу, бывает целесообразным выявить путем опроса, какие ошибки допускаются больным в работе и когда более всего. Сле-

дует обратить внимание при этом опросе на допускаемые пропуски в письме, ошибки в счете.

Иногда утомленные и переутомленные люди, читая, вдруг замечают, что некоторое время они читали «механически», не вникая в смысл прочтенного. Следует выявлять повышение отвлекаемости, необходимость повышения напряжения внимания, возникновения или нарастание рассеянности.

С Х А В С Х Е В И Х И А А И С Н Х В Х В К С Н А И С Е Х Б Х Е  
 В Н Х И В С Н А В С А I В С Н А Е К Е А Х В К Е С В С Н А И С  
 Н Х И С Х В Х Е К В Х I И В Х Е И С Н Е И Н А И Е Н К Х К И К  
 Х А К К Н С К А И С В E К В Х Н А И С Н Х Е К Х И С Н А К С  
 И С Н А И К А Е Х К И I С Н А И К Х Е Х Е И С Н А Х К Е К Х В  
 С Н А И С В Н К Х В A I И С Н А Х Е К Е К С Н А К С В Е Е В Е  
 К Х К Е К Н В И С Н К I X В Е Х С Н А И С К И С И К Н А Е С Н  
 Л И С Н А Е Х К В Е Н I В Х К Е А И С Н К А И К Н В Е В Н К В  
 К Л Х В Е И В Н А Х И I Е Н А И К В И Е А К Е И В А К С В Е И  
 Н К Е С Н К С В И Е O С В Х К Н В В С К В Е В К Н И Е С А В  
 Х Е И В К А И С Н А С I Н И А С Х А К В Н Н А К С Х А И Е Н А  
 Е В Х К Х С Н Е И С Н I А И С Н К В Н Х В Е К Е В К В Н А И С  
 А В С Н А Х К А С Е S I Н А И С Е С Х К В А И С Н А С А В К Х  
 В И К В Е Н А И Е Н E I X Х А В И Х Н В И Х К Х Е Х Н В И С Н  
 Н К Е Х В И В И А E S I Н В И А Е В А Е Н Х В Х В И С Н А Е И  
 К Е И С Н Е С А Е И X E B K E В Е И С Н А Е А И С Н К В Е Х И  
 Е Л К Л Е К Х Е В С X I O K E K X Н А И С Н К В Е В Е С Н А И С  
 И С Н Е И С И В И E X I I K В Х Е Н В П А К И С Х А И Е В К Е В  
 В Х В К С И С Н А И A I E N A K C X K И В Х Н И К И С Н А И  
 С Н А И К Н Е X K B K E E C B X C И X И А С Н А К С Х К X В X

Рис. 10. Таблица Бурдона — Анфимова для исследования внимания.

Особенности внимания исследуются также с помощью экспериментально-психологических методов.

Широкое распространение получил, в частности, при исследовании внимания корректурный метод (таблицы Бурдона — Анфимова). Исследуемому предъявляют бланк с напечатанными в строку — в случайном порядке — буквами (рис. 10) и предлагают, просматривая внимательно строчку за строчкой, вычеркивать как угодно одну (иногда две или три) буквы. Обычно исследование проводится в течение 5 — 8 мин. Целесообразно отмечать на бланке окончание

каждой минуты. Здоровый и не переутомленный человек не допускает при таком исследовании ошибок или делает их немного. Следует также обращать внимание при наличии ошибок, нарастает ли их количество в последние минуты работы. Такое нарастание говорит о повышенной утомляемости или истощаемости. Последнее характерно для некоторых больных, страдающих неврозом или органическими заболеваниями головного мозга.

22	25	7	21	11
6	2	10	3	23
17	12	16	5	18
1	15	20	9	24
19	13	4	14	8

Рис. 11. Цифровая таблица для исследования внимания.

Следует учитывать, не замедлен ли сам процесс коррекции, не нарастает ли замедленность в процессе исследования.

Можно рекомендовать и другой применяемый нами метод коррекции.

По окончании работы подсчитывается число ошибок: пропуски заданных букв и случаи перечеркивания букв, которые не надо было зачеркивать. При этом необходимо установить, нет ли нарастания количества ошибок в последние минуты работы. Такое нарастание говорит о повышенной утомляемости или истощаемости внимания.

Для экспериментально-психологического исследования внимания используются также таблицы, в клеточках которых в случайном порядке располагаются цифры от 1 до 25 (рис. 11). Испытуемый должен в течение ограниченного времени показать в заданной последовательности (например, возрастающей от 1 до 25 либо убывающей от 25 до 1) все цифры. В усложненном варианте в клеточки этих таблиц помещены черные и красные цифры, также от 1 до 25. Испытуемый показывает, к примеру, черные цифры от 1 до 25 и красные цифры от 25 до 1 (черную цифру 1 и красную 25, черную цифру 2 и красную цифру 24 и т. д.). Такой вариант опыта в особенности показателен для исследования способности внимания к переключению.

Существуют и другие приемы экспериментально-психологического исследования внимания: подсчет чи-

сла кружочков, последовательное выполнение меняющихся арифметических действий и др. Выбор для использования каждого из перечисленных методов определяется конкретными задачами, которые ставятся при исследовании внимания.

### Контрольные вопросы

1. Что называется вниманием?
2. Перечислите основные свойства внимания.
3. Опишите нарушения сосредоточенности и устойчивости внимания.
4. Какие типы расстройств способности переключения внимания наблюдаются в клинике?
5. Что такое рассеянность?
6. Расскажите об основных методах исследования внимания.

## Глава 7

### МЫШЛЕНИЕ, ИНТЕЛЛЕКТ И ИХ НАРУШЕНИЯ

#### ОБЩЕЕ ПОНЯТИЕ О МЫШЛЕНИИ

*Мышлением* называется процесс отражения в сознании человека общих свойств предметов и явлений, а также связей и отношений между ними. Мышление — это процесс опосредованного и обобщенного познания действительности.

В процессах ощущения, восприятия и представления внешние явления отражаются в наглядно-образной форме, в красках, величине, особенностях движения. При мышлении же человек познает не только эти внешние особенности предметов и явлений, но и внутренние, скрытые для непосредственного познания, для ощущения и восприятия, особенности предметов, явлений и связей между ними. «Представление, — указывал В. И. Ленин, — не может схватить движения *в целом*, например, не схватывает движения с быстротой 300 000 км в 1 секунду, а *мышление* схватывает и должно схватить»<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> В. И. Ленин. Полное собрание сочинений, изд. 5, т. 29, стр. 209.



Диалектический материализм рассматривает природу и общественную жизнь не как случайную сумму отдельных, независимых друг от друга явлений, а как единое целое, где все явления органически связаны друг с другом, зависят друг от друга и обуславливают друг друга. Эта взаимная связь и обусловленность данного явления другими явлениями и выявляются с помощью мышления.

Так, проснувшись утром и увидев, что улицы покрыты снегом, человек решает, что ночью выпал снег. Хотя он не воспринимал непосредственно снегопад, он узнал о нем косвенным путем, опосредованно, установив с помощью мышления, что одно явление (снежный покров на улицах) обусловлено другим явлением (снегопадом ночью).

При этом мышление выступает в качестве орудия обобщенного познания действительности. Однократного наблюдения снежного покрова на улицах еще недостаточно для того, чтобы сделать определенный вывод. Нужно прийти к общему положению на основании обобщения результатов повторных наблюдений о том, что после ночного снегопада при достаточно низкой температуре снег сразу не тает и наутро улицы оказываются покрытыми снегом.

Обобщенное познание действительности с помощью мышления дает возможность человеку использовать установленные на основе предшествующей практики развития человечества знания общих закономерностей и связей предметов и явлений окружающего мира. Мышление дает нам возможность предвидеть на основании этих знаний, а также путем обобщения многих фактов, сохранившихся в памяти, ход событий и результаты наших собственных действий.

Мышление может приводить и к неполному и даже к ошибочному отражению действительности. Но практика, конкретная практическая деятельность людей — надежное средство проверки правильности отражения мира. В. И. Ленин говорил: «От живого созерцания к абстрактному мышлению и от него к *практике* — таков диалектический путь познания *истины, познания объективной реальности*»<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> В. И. Ленин, Полное собрание сочинений, изд. 5, т. 29, стр. 152—153.

Мышление, с одной стороны, должно опираться на «живое созерцание» окружающей действительности. Какими бы сложными процессы ни были, если они не опираются на непосредственное восприятие действительности, то легко теряют свой объективный характер. С другой же стороны, без практической проверки результаты мышления также могут оказаться ошибочными, не соответствующими реальной действительности.

Строго говоря, разделение познавательных процессов на ощущение, восприятие, мышление является в известной мере условным. Уже в процессе ощущения и восприятия начинается, как это показали исследования, проведенные в последние годы, выделение и обобщение существенных признаков, необходимых для восприятия объектов, сопоставления их с другими объектами. У взрослого человека и восприятие, и память пронизаны элементами мышления. Осмысленное восприятие, смысловая память являются важными характеристиками любого процесса восприятия и памяти. Тем не менее, в отличие от этих процессов, мышление направлено прежде всего не на «живое созерцание», а на установление связей и отношений между предметами и явлениями окружающего мира.

Важной особенностью процесса мышления является его связь с речью. Еще К. Маркс и Ф. Энгельс указывали на то, что «Язык есть непосредственная действительность мысли»<sup>1</sup>. Взаимосвязь речи и мышления значительно облегчает процессы обобщения и абстракции, так как слова по своей природе отражают действительность в обобщенной форме. «Всякое слово (речь) уже *обобщает*»<sup>2</sup>.

С помощью слов мы получаем возможность отражать в мышлении общие свойства и связи предметов и явлений, недоступных непосредственному восприятию. Опирающееся на речь мышление позволяет изучать историю возникновения солнечной системы, Земли, развития человека. С помощью мышления мы можем познать структуру и законы деятельности

---

<sup>1</sup> К. Маркс, Ф. Энгельс. Сочинения, изд. 2, т. 3, стр. 448.

<sup>2</sup> В. И. Ленин. Полное собрание сочинений, изд. 5, т. 29, стр. 246.

невидимого для нас атомного ядра и элементарных частиц, входящих в его состав, белковых молекул и аминокислот, из которых эти молекулы образуются и т. д. Мышление необходимо для этого, чтобы познавать не только настоящее, но и прошедшее и предвидеть будущее.

### ОСНОВНЫЕ ВИДЫ МЫСЛИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Всякая мыслительная деятельность осуществляется с помощью следующих мыслительных операций: **анализа и синтеза, сравнения, обобщения и классификации, абстракции и конкретизации.**

*Анализом* называется мысленное расчленение целого на части или мысленное разложение предметов или явлений, выделение отдельных их частей, признаков, свойств. В противоположность анализу *синтез* есть мысленное соединение частей в единое целое или мысленное сочетание предметов и явлений из отдельных частей, признаков, свойств. Хотя анализ и синтез — противоположные друг другу операции, они в то же время неразрывно связаны между собой, но на отдельных этапах мыслительного процесса на первый план выступает анализ или синтез.

Так, при чтении выделяются отдельные фразы, слова, буквы в тексте. Здесь осуществляются мыслительные процессы анализа. Затем преобладающим становятся процессы синтеза: буквы объединяются в слова, слова — в предложения, предложения — в те или иные разделы текста.

При установлении с помощью мышления связей между предметами или явлениями окружающего мира необходимо сравнивать их друг с другом. С помощью процессов *сравнения* выявляются сходство и различие объектов действительности. Только сравнивая одни предметы и явления с другими, человек может выявить сходство и различие их друг с другом, одинаково действовать на сходное в объектах и по-разному, в зависимости от различий между ними, правильно ориентироваться в окружающей действительности.

На основе сравнения предметов и явлений друг с другом может быть произведено обобщение. *Обобщение* — это мысленное объединение предметов и явле-

ний друг с другом на основе выделения общих для них свойств и признаков. Наиболее важное значение имеет обобщение, основанное на выделении существенных признаков сходных предметов. Такое обобщение позволяет образовывать понятия, формулировать законы.

Выделяя с помощью сравнения сходства и различия в предметах или явлениях, процессы обобщения позволяют человеку классифицировать предметы и явления окружающей действительности. Классификация есть мысленное распределение объектов по отдельным группам и подгруппам на основе процессов сравнения и обобщения. Классифицировать можно животных, растения, заболевания, химические элементы. При классификации на основании наличия признаков сходства мелкие группы объединяются в более крупные и, напротив, различия дают основания разбить широкие группы на ряд drobных групп.

Все заболевания, например, разбиваются на две крупные группы: нервно-психические и соматические. В свою очередь, среди нервно-психических заболеваний выделяют психические и нервные болезни. Группа нервных болезней включает в себя в качестве самостоятельных подгрупп: сосудистые заболевания, опухоли, травмы головного мозга, инфекционные заболевания центральной нервной системы и т. п. С другой стороны, некоторые из этих подгрупп могут объединяться с подгруппами, относящимися к соматическим заболеваниям. Так, заболевания сосудов головного мозга и сердца объединяются в одну группу сердечно-сосудистых заболеваний и т. п.

В основу классификации могут быть положены разные признаки. Можно, например, распределить больных, находящихся на излечении в клинике, на группы по полу или возрасту либо по тяжести заболевания.

В процессе обобщения предметов и явлений человек думает только об их общих свойствах, отвлекаясь от различий между ними. Эта мыслительная операция называется *абстракцией*. Примером абстракции, в частности, являются мысли о высоте здания, независимо от всех других его особенностей, и т. п. То есть при абстракции свойства предметов мыслятся отвлеченно от самих предметов со всеми их особенностями.

Абстракция и обобщение тесно связаны. С одной стороны, процесс обобщения основан на абстракции, отвлечении от различий между обобщаемыми предметами. С другой стороны, само обобщение, выделение общего в предметах и явлениях способствует отвлечению, абстрагированию этих свойств. Обобщение сходных предметов, например гор, помогает абстрагировать признак высоты гор, отвлекаясь от других признаков, общих для гор.

В противоположность абстракции *конкретизация* позволяет перейти от более общих, отвлеченных свойств и признаков к конкретной действительности, к чувственному опыту. Рассказывая об общих признаках всех деревьев, мы затем можем конкретизировать эти положения, приведя пример какого-либо конкретного типа деревьев. Конкретизация, таким образом, способствует лучшему пониманию общего, связывая его с непосредственным чувственным опытом. Благодаря конкретизации мышление постоянно опирается на реальную действительность; конкретизация препятствует отрыву мышления от этой действительности.

Операции абстракции играют важную роль в процессе понимания условного смысла, поговорок и пословиц. Для того, чтобы понять этот смысл, необходимо абстрагироваться от той конкретной ситуации, которая в них описывается. Так, при объяснении условного, переносного смысла «куй железо, пока горячо» мы должны отвлечься от представлений о железе и способах его обработки, уловив только общий смысл пословицы такого рода, заключающийся в том, что не следует откладывать дело, выполнение которого возможно только теперь: время может быть упущено (так же как при охлаждении железа), и дело окажется из-за этого невыполненным.

При расстройствах мышления операции абстрагирования, необходимые для понимания переносного смысла поговорок, пословиц, могут нарушаться. Больные с такими расстройствами мышления затрудняются при попытках объяснить смысл пословиц и поговорок: «не все то золото, что блестит», «не в свои сани не садись» и т. п. Последнюю пословицу они нередко объясняют так: «не твои сани — не садись, садись только в свои сани». Они не могут также провести опера-



цию сравнения пословиц и сказать, какие из трех пословиц («тише едешь, дальше будешь» «семь раз отмерь, один раз отрежь», «куй железо, пока горячо») сходны, а какие из этих пословиц различаются по переносному смыслу. Нарушения операций абстрагирования проявляются также в неспособности понять шутку, юмор, уловить их отвлеченный смысл.

Наблюдаются и противоположные расстройства, в которых на первый план выступают нарушения операций конкретизации. Эти расстройства проявляются иногда в форме резонерства. Резонерство отличается тем, что, избрав определенную тему для беседы, человек начинает высказывать, нередко в поучительном тоне, различные положения, посвященные абстрактный, мало связанный с конкретной действительностью характер. Каждое из указанных положений может быть правильным, но конкретизация этих положений отсутствует и поэтому высказывания больного приобретают характер «пустословия на заданную тему».

#### ПОНЯТИЯ

Процесс мышления основывается на оперировании понятиями, образующимися путем обобщения данных чувственного познания. *Понятия* — это отражение в мышлении общих и существенных свойств группы сходных предметов или явлений действительности. Понятие «дерево» относится не к отдельному конкретному объекту, а к группе объектов, характеризующейся признаками, которые имеются у любого дерева (ствол, ветви с различными видами листьев, корни и т. п.). Но в это понятие не входит то, что характерно только для дерева данного вида (например, форма листьев, особенности расположения ветвей, толщина ствола и др.).

Понятия являются высшей формой отражения мира, так как они отражают общее, существенное, закономерное в предметах и явлениях действительности. «Понятия, — говорит В. И. Ленин, — высший продукт мозга, высшего продукта материи»<sup>1</sup>.

В понятиях, в отличие от представлений, отражаются более общие и существенные свойства предметов

---

<sup>1</sup> В. И. Ленин. Полное собрание сочинений, изд. 5, т. 29, стр. 149.

и явлений. Представления характеризуются наглядным характером; мы можем отчетливо представить себе то или иное дерево (сосну, дуб, березу). При этом в данном представлении имеется ряд несущественных, случайных признаков, не входящих в общие понятия дерева (например, цвет ствола у сосны или березы, форма листьев дуба, березы или хвои у сосны).

В понятиях же находят отражение существенные признаки, общие для всех конкретных предметов или явлений, входящих в определенное понятие. Понятия не могут быть представлены в виде наглядных образов. Даже такое сравнительно простое геометрическое понятие, как «треугольник», относится к огромному количеству предметов. Каждый из этих конкретных предметов может отличаться от другого по размерам, толщине линий, величине углов, цвету бумаги, на которой изображен треугольник, и др. Общие же свойства, на основе которых данные предметы объединяются в одно понятие (плоская фигура, образованная тремя пересекающимися попарно прямыми линиями), наглядно представить себе невозможно.

Еще более четко выступает разница между представлениями и понятиями, если попытаться точно представить себе стоугольник. Это невыполнимая задача. Вместе с тем понятие стоугольника довольно четкое и определенное. Пользуясь этим понятием, мы можем решать определенные задачи, например, вычислить сумму внутренних углов стоугольника.

Понятия связаны со словами, они обозначаются словами. Мыслить понятиями — это значит мыслить словами. Связь понятий со словами делает возможным обмен мыслями с помощью слов. С помощью языка осуществляется передача человеку в процессе его индивидуального развития знаний, накопленных человечеством.

Вместе с тем в процессе общественно-трудовой практики люди сталкиваются с новыми для них свойствами предметов и явлений, вскрывают существенное, закономерное в них. Это приводит к образованию новых понятий и уточнению понятий, созданных ранее.

Содержание понятий в их историческом развитии может существенно изменяться. Так, в ходе развития

науки претерпели значительные изменения наши понятия о Вселенной, солнечной системе, о строении атома.

По характеру отражаемых связей и отношений различают конкретные и абстрактные понятия.

*Конкретные понятия* отражают связи и отношения между реальными предметами и явлениями. Каждому из этих понятий соответствуют определенные реальные объекты. К понятиям такого рода относятся, например, дом, автомобиль, поезд, цветы, река, стол, забор и т. д.

В *абстрактных понятиях* отражаются не реальные предметы и явления, а лишь те или иные свойства предметов, объединяющиеся в понятия на основе отвлечения (абстракции) от соответствующих предметов. Примерами абстрактных понятий являются: сила, настойчивость, осторожность, справедливость, радость, счастье, величина, белизна и др. В окружающем нас мире существуют смелое поведение людей или белизна определенных предметов, но не «смелость», «белизна» как самостоятельное, конкретное явление или предмет.

Использование понятий, сформированных в предшествующем опыте, а также образование новых понятий могут нарушаться при психических заболеваниях (работы Л. С. Выготского, Б. В. Зейгарник и др.). Характерный пример расстройства понятийного мышления у больного с последствиями травматического поражения головного мозга приводит М. С. Лебединский. Этому больному было предложено разделить серию картинок с изображениями разных предметов на группы по принципу принадлежности к одному понятию. Однако вместо того, чтобы положить в одну группу изображения предметов, относящихся к понятию «растения», больной отложил отдельно капусту и гриб, в другую группу — рожь и мельницу, в третью группу — морковь. Единое понятие здесь распадается на отдельные части. При этом вместо выделения существенных признаков, общих для всей группы растений, больной использует для объединения несущественные для данного случая признаки. Так, выделение ржи и мельницы в одну группу он объясняет тем, что «рожь мелют на мельнице».

Своеобразные нарушения понятийного мышления наблюдаются у больных шизофренией. У этих больных происходит выравнивание значимости отдельных признаков, существенных и несущественных. Каждый предмет или явление характеризуются рядом признаков, причем часть из них является для нас более вероятной, мы чаще встречаемся с этими признаками в нашем жизненном опыте. Такими наиболее вероятными, существенными признаками, например для огурца, является то, что он вырастает из семян, съедобен, имеет определенный вкус, форму, цвет. Для больных же шизофренией, по данным Ю. Ф. Полякова, характерно изменение этой вероятностной оценки отдельных признаков. Они могут считать существенными такие признаки, которые редко встречались в нашем прошлом опыте, являются маловероятными. В частности, для огурца больной шизофренией может считать очень важным, существенным то, что «он был еще в древнем Вавилоне», и на этом основании объединить его в одной группе с глиняным кувшином, который тоже «был в Вавилоне».

#### СУЖДЕНИЯ И УМОЗАКЛЮЧЕНИЯ

**Суждение** — это высказывание, в котором утверждаются или отрицаются связи и отношения между предметами и явлениями окружающего мира или их признаками. В состав суждения всегда входят понятия, причем содержание понятий может быть раскрыто только с помощью суждений. Суждения всегда выражаются словами, они представляют собой один из видов высказываний.

Различают утвердительные суждения («транспорт — это средство передвижения», «вода — это жидкость») и отрицательные («я не был вчера в кино»). Утверждение или отрицание в суждении могут характеризоваться различной степенью уверенности. Это находит свое отражение в вводных словах типа «вероятно», «кажется», «несомненно», «очевидно» и т. д. («я завтра, вероятно, пойду в театр», «несомненно, что нефть — это жидкость»).

В каждом суждении имеется субъект и предикат. Субъектом (или подлежащим) называется то, о чем высказывается суждение, а предикатом (или сказуемым) — то, что говорится о субъекте. Так, в суждении «вода — это жидкость» субъектом является слово «вода», предикатом — «жидкость»; кроме того, в суждении имеется связка «это», в данном случае — положительная. Связка может быть также отрицательной,

**Умозаключение** есть вывод из одного или нескольких суждений нового суждения. Те суждения, из которых делается вывод, называются посылками, а новое суждение, возникшее в результате умозаключения, называется заключением.

Типичным примером умозаключений являются рассуждения, с помощью которых выводятся геометрические теоремы, обосновываются какие-либо положения.

Различают два основных вида умозаключений: *индуктивное умозаключение, или индукцию, и дедуктивное умозаключение, или дедукцию.*

Индукцией называется умозаключение, в котором посылками являются конкретные, частные случаи, а заключение — общее положение, которое выводится из наблюдения над этими частными случаями. Например, человек наблюдает, что вода в кастрюле закипает при определенной температуре — 100 градусов. Затем он выявляет также, что и в другой посуде (в чайнике, котле и т. д.) вода также кипит при температуре 100°. На основании этих суждений («вода в кастрюле кипит при температуре 100°», «вода в котле кипит при температуре 100°» и т. д.) человек приходит к умозаключению: «температура кипения воды 100 градусов», т. е. из наблюдений над некоторыми частными случаями делается заключение, выводится общее положение.

Дедукцией называется умозаключение, в котором на основании общих положений делаются выводы о частных случаях. Зная, что температура кипения воды 100°, мы делаем вывод о том, что вода, которую мы подогреваем в данном конкретном чайнике, должна закипеть при температуре кипения 100°, т. е. от общего положения мы с помощью умозаключения приходим к частному случаю.

Индукция и дедукция тесно друг с другом связаны. Чтобы сделать какой-либо дедуктивный вывод, необходимо использовать определенные общие положения, от которых с помощью дедуктивного умозаключения можно перейти к частным случаям. Эти же общие положения получены в прошлом опыте с помощью индукции, т. е. наблюдения над частными случаями позволили прийти, используя индуктивные умозаключения, к общим положениям.



Различают, кроме того, умозаключения по аналогии, в которых выводы основаны на частичном сходстве между предметами и явлениями. Например, некоторое сходство между формой лунных гор и вулканов на земле может явиться основанием для умозаключения по аналогии о сходстве причин их возникновения. В особенности часто умозаключения по аналогии используются в научных исследованиях для построения различных гипотез, моделирования изучаемых явлений.

Нарушение способности высказывать правильные суждения и умозаключения является одним из наиболее частых и демонстративных симптомов психических расстройств. Суждения и умозаключения больных с этими расстройствами перестают отражать реальные связи и отношения между предметами и явлениями окружающей действительности. Так, при паралогическом мышлении умозаключения больных не вытекают из тех суждений, на которых они основаны («Земля вращается вокруг своей оси, потому что движение транспорта по земле создает силы ее вращения»). У больных с «разорванным» мышлением отдельные суждения и умозаключения могут быть вовсе не связанными друг с другом.

При различных нервно-психических заболеваниях может нарушаться также способность правильной оценки степени соответствия различных суждений и умозаключений той действительности, которая находит в них свое отражение. Степень уверенности больных в правильности суждений и умозаключений оказывается не соответствующей их истинной ценности. Так, больные с психастенией склонны к сомнениям в тех случаях, когда для сомнений нет достаточных оснований. Думая о каком-либо предмете или явлении, они застревают на бесконечном обдумывании одного и того же вопроса. Обдумывание вызывается здесь болезненными сомнениями в правильности собственных суждений и умозаключений. Эти болезненные сомнения нередко сочетаются с *навязчивыми мыслями*, идеями, основанными на неправильных, порой нелепых, суждениях и умозаключениях. Примером навязчивой идеи может быть мысль об опасности заражения. Больной сохраняет критику к этим мыслям,

но понимает их неправильный характер, но полностью освободиться от их влияния не может. Под воздействием этих мыслей он начинает выполнять навязчивые действия, много раз в день и в течение длительного времени, иногда по 30—40 мин и более, моет руки, пытается избежать таким образом возможного заражения. Вымыв руки, он начинает сознавать, что его умозаключение о необходимости длительного мытья рук для предотвращения заражения не является обоснованным. Однако вскоре навязчивые мысли возвращаются с новой силой, и процедура мытья рук вновь повторяется больным.

*Сверхценные идеи*, в отличие от навязчивых мыслей, высказываются больными уверенно, без тени сомнений. Эти идеи могут иметь какое-то реальное основание, но значение, которое им придается больными, не соответствует их истинной ценности. Важнейшую роль в происхождении и закреплении таких идей играют эмоциональные переживания. Например, суждение о том, что необходимо ограничивать себя в пище, чтобы избежать полноты, может под влиянием эмоций (трудности взаимоотношений в семье и т. п.) приобрести огромную силу. Идея отказа от еды доводит больных до крайнего физического истощения и становится опасной для их жизни.

Важной особенностью *бредовых идей* является чаще всего их нелепый характер и твердая убежденность больных в правильности этих идей. Больные приходят к умозаключениям, которые не имеют никаких реальных оснований в окружающей их действительности. При бреде воздействия они убеждены в том, что постоянно находятся под гипнотическим воздействием человека, находящегося на другом этаже здания, в котором они живут, либо полагают, что в соседней квартире находится специальное устройство для воздействия на них радиоволнами и т. п. Больной с бредом величия отождествляет себя со знаменитыми общественными деятелями, артистами, писателями, нередко с давно умершими.

Бред может встречаться в психиатрической клинике сравнительно изолированно (параноидный синдром, паранойя) и в разнообразных сочетаниях с другими формами нарушений психической деятельности:



галлюцинаторно-параноидный синдром — бред, сочетающийся с нарушениями восприятия, выступающими в виде галлюцинаций, депрессивно-параноидный синдром — сочетание бреда и пониженного, депрессивного настроения и др.

## ИНТЕЛЛЕКТ

**Интеллект** включает в себя приобретенные знания, опыт и способность к их дальнейшему накоплению и использованию при умственной деятельности. Интеллектуальные качества, ум, рассудок человека определяются его кругом интересов, объемом знаний. Важное значение для интеллекта имеет также речь, которая играет существенную роль в формировании и использовании понятий, приобретенных знаний и опыта. Мышление также тесно связано с интеллектом, но интеллект и мышление не тождественны. Мышление является активной функцией интеллекта и совершается по законам логики. Мыслительные операции анализа и синтеза, суждения, умозаключения являются самостоятельными категориями, но осуществляются на основе интеллектуальных возможностей, опыта и знаний. Мышление — это интеллект в действии.

Понятие интеллекта не всеми признается и в ряде учебников по психологии вовсе не рассматривается, либо о нем упоминается косвенно, в связи с изложением вопроса о качествах ума. Вместе с тем отграничение интеллекта от мышления является необходимым в патологии. Хорошо известны клинические наблюдения с временным расстройством мышления (например, опьянение, острый психоз) при сохранности интеллекта. С другой стороны, снижение интеллекта может сопровождаться относительной сохранностью осуществления основных мыслительных операций — анализа, синтеза, суждений, умозаключений.

Основными формами нарушения интеллекта являются олигофрения (врожденное недоразвитие интеллекта) и деменция (приобретенное слабоумие). По степени тяжести различают три формы олигофрении: идиотию, имбецильность, дебильность, о чем говорилось в главе о психическом развитии.

Следует различать также глобарное (диффузное) или очаговое (лакунарное) слабоумие. У больных с глобарным слабоумием нарушения интеллекта выражены грубо, больные не могут использовать в своей деятельности прошлый опыт, знания; память у них грубо нарушается; в особенности трудным, практически невозможным является для таких больных приобретение нового опыта и знаний. Критика к своему состоянию у этих больных отсутствует. Выявляются также изменения личности больных, ее снижение. При лакунарном слабоумии интеллект нарушается частично, критика к своему состоянию остается сохранной, интеллектуальные процессы замедляются, отмечается умеренное снижение памяти. Эти формы слабоумия особенно часто наблюдаются в старческом и предстарческом возрасте в связи с поражением коры головного мозга, вызванным инволюционными процессами или сосудистой патологией. При этом для глобарного слабоумия характерно диффузное поражение, а для лакунарного — более ограниченные очаги поражения коры головного мозга.

Большое влияние на степень и характер нарушения интеллекта, слабоумия оказывают различные психологические факторы. Уровень интеллектуального развития родителей, отношения между ними и, в свою очередь, отношение родителей к детям оказывают существенное влияние на их психическое развитие. Поэтому в случаях врожденной неполноценности мозга такое влияние может в положительных случаях стимулировать приобретение детьми навыков, опыта, знаний на основе компенсаторных возможностей сохранившихся областей головного мозга. С другой стороны, неблагоприятное влияние семьи может привести к значительной задержке интеллектуального развития даже в случаях сравнительно негрубой врожденной патологии мозга. Не следует забывать также, что анатомо-физиологические предпосылки снижения интеллекта могут усиливаться также трудностями адаптации к жизни современного общества с его динамичностью, частой сменой ситуаций, необходимостью принимать решения в очень ограниченное время. Больной с низким интеллектом зачастую не может приспособиться к современной жизни, это снижает его

активность, вызывает невротические и психотические реакции, что, в свою очередь, способствует дальнейшему отставанию развития его интеллекта.

Психологические факторы играют важную роль в формировании нарушений интеллекта не только при олигофрении, вызываемой врожденным недоразвитием мозга, но и в случаях приобретенного слабоумия, деменции. Эта форма слабоумия нередко развивается в старческом возрасте вследствие атеросклеротического процесса. Здесь также такие факторы, как отношение членов семьи к заболевшему, помощь на производстве в приспособлении к работе в новых условиях и др., имеют большое значение.

### ИССЛЕДОВАНИЕ МЫШЛЕНИЯ И ИНТЕЛЛЕКТА

Важные сведения об особенностях мышления можно получить в процессе беседы. Здесь следует обращать внимание на темп мышления, активность выполнения мыслительных операций. При ускорении мышления у больных последнее характеризуется повышенной отвлекаемостью, поверхностностью ассоциаций, легкостью переключения с одной темы на другую, «скачкой идей». В случае замедленности процессов мышления больные медленно переходят от одного суждения и умозаключения к другому, ассоциации возникают с трудом, переключение с одной темы на другую нарушается.

Во время беседы с больными необходимо также выявить наличие навязчивых, сверхценных или бредовых идей, а также такие расстройства мышления, как разорванность, паралогии.

Для изучения процессов отвращения, абстрагирования целесообразно предъявлять поговорки и пословицы, выяснять понимание больным шуток, юмора. Особенности осуществления мыслительных операций выступают также при передаче содержания прочитанных вслух рассказов или книг, которые больные читали ранее.

Понятийное мышление исследуется с помощью наборов реальных предметов или их изображений, предъявляющихся для классификации. Особенности понятийного мышления выявляются также в тех слу-

чаях, когда больные дают определения разным понятиям (транспорт, жидкость, мебель и т. п.). Эти опыты позволяют также выявить способность к суждениям и умозаключениям.

Особые требования к процессам мышления предъявляют опыты с исследованием решения задач. Здесь требуется путем выдвижения ряда гипотез наметить последовательность решения. Последующие шаги являются фактически проверкой выдвинутых гипотез.

При нервно-психических заболеваниях мыслительные процессы решения задач могут значительно затрудняться. Больные теряют способность, ознакомившись с условием задачи, наметить последовательность мыслительных операций, необходимую для решения задачи. Нередко значительные трудности для больных представляют даже простые задачи такого типа: «7 яблок и 3 груши стоят 50 коп. Одна груша стоит 5 коп. Сколько стоит одно яблоко?»

При исследовании интеллекта больному задают ряд вопросов, направленных на выяснение его знаний в области политической жизни, литературы, истории, географии. Специальное внимание уделяется ответам больного о его возможном поведении в различных ситуациях, например при пожаре в театре, при несчастном случае на улице и т. п. Выясняется, как больной понимает смысл различных законов и норм поведения, а также пословиц и поговорок. Изучается способность больного устанавливать сходства и различия, давать определения понятий и т. д. Для оценки уровня интеллекта используются, таким образом, данные, полученные при исследовании мышления, а также памяти, речи, внимания.

Для исследования интеллекта разработаны специальные стандартизованные наборы психологических проб (Бине — Симон, Векслер). На основании результатов исследований по этим пробам или тестам вычисляется так называемый интеллектуальный коэффициент ( $JQ$ ). Этот коэффициент имеет известную привлекательность в том, что указывает в цифрах уровень интеллектуального развития испытуемого и, казалось бы, позволяет довольно точно и просто определить степень интеллектуального снижения или психического недоразвития у больных, взрослых и детей.

Однако на самом деле имеется ряд трудностей и опасностей при пользовании интеллектуальным коэффициентом, так как коэффициент зависит от целого ряда факторов: культурного, образовательного уровня, отношения испытуемого к исследованию, его степени заинтересованности в результатах последнего и т. д. Поэтому наибольшее значение имеет не этот статистический показатель, а качественный анализ результатов применения различных психологических проб. В особенности неоправданным является использование интеллектуального коэффициента для решения таких важных вопросов, как признание у ребенка наличия дебильности с соответствующим переводом во вспомогательную школу и т. п.

### Контрольные вопросы

1. Что называется мышлением?
2. Приведите пример, показывающий опосредованный характер мышления.
3. Каково взаимоотношение между речью и мышлением?
4. Перечислите основные виды мыслительных операций.
5. Что такое «анализ» и «синтез»?
6. Что такое «обобщение» и «абстракция»?
7. Что называется классификацией?
8. Расскажите о нарушениях операций абстракции и конкретизации.
9. Что такое понятие и чем оно отличается от представления?
10. Что вы знаете о связи понятий со словами?
11. Расскажите о конкретных и абстрактных понятиях.
12. Приведите пример нарушений понятийного мышления.
13. Дайте определение суждения и умозаключения.
14. Что такое «индукция» и «дедукция»?
15. В чем особенности паралогического и «разорванного» мышления?
16. Расскажите о навязчивых, сверхценных и бредовых идеях.
17. Что такое интеллект?
18. Опишите основные формы нарушения интеллекта.



19. Что вы знаете о влиянии психологических факторов на особенности интеллектуальных нарушений?
20. Дайте характеристику основных методов исследования мышления и интеллекта.

## Глава 8

### РЕЧЬ В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ

#### ОБЩЕЕ ПОНЯТИЕ О ЯЗЫКЕ И РЕЧИ

**Язык** — это система средств общения людей друг с другом, способов выражения мысли. **Речь** — это процесс практического применения человеком языка в целях общения с другими людьми. Речь — специфически человеческая форма деятельности, использующая средства языка. Речь возникает и развивается у человека в процессе его общения с окружающими людьми, благодаря которому он овладевает языком этой среды. В своей речи при взаимном общении люди выражают с помощью языка мысли и чувства. В процессе речевого общения на протяжении многих поколений создаются различные национальные языки. Ребенок усваивает язык в процессе общения со взрослыми и учится пользоваться им в речи.

У животных также имеется способность издавать звуки, используемые в качестве средства общения. Так, обезьяны, живущие стадами, издают до 40 звуков, имеющих сигнальное значение. Они подают сигналы опасности, агрессии, ориентировочные и др. Умение издавать звуки, имеющие сигнальное значение, было обнаружено в последние годы при изучении поведения дельфинов. Хорошо известна также способность некоторых птиц (попугаи) подражать звукам человеческой речи. Однако сигналы, используемые для общения животными, несоизмеримы с человеческими не только по количеству, но также и по качеству и достигаемым благодаря им результатам.

В процессе общения речь и язык человека приобретают важнейшее значение для развития сознания, мышления, всей психической деятельности. К. Маркс

писал: «Язык так же древен, как и сознание; язык *есть* практическое, существующее и для других людей и лишь тем самым существующее также и для меня самого, действительное сознание...»<sup>1</sup> Отвлеченное мышление невозможно без участия речи. Речь едина с мышлением, хотя и не может быть отождествлена с ним.

Анатомо-физиологические механизмы речи включают в себя два основных компонента: периферический и центральный. Произношение звуков речи обеспечивается периферическими механизмами — функцией голосовых связок, органов речевой артикуляции и дыхания. В регулировании и управлении речью принимают участие центральные механизмы — главным образом различные отделы коры больших полушарий головного мозга.

### **ЗВУКИ РЕЧИ И ЕЕ СМЫСЛОВАЯ СТОРОНА**

В речи различают звуки и смысловую сторону. Эти две стороны речи друг с другом тесно связаны. Уже самые простые единицы речи — фонемы играют смысло-различительную роль. Тем не менее каждая из двух сторон речи имеет характерные признаки и особенности.

Дети в раннем, доречевом периоде развития издают речеподобные звуки. Но эти звуки одинаковы у детей всех народов и не определяются языком, на котором говорят окружающие. Этим звукам ребенка никто не обучал; он их воспроизводит без цели и лишь произвольно выражает свое состояние. В доречевых звуках ребенка преобладают те звуки, произвольный механизм которых наиболее близок к механизму сосания и глотания. При всем отличии звуков речи от доречевых звуков ребенка эти звуки, лепет ребенка образуют основу для возникновения первых слов. Неслучайно первые слова: «мама», «папа», «баба» — сходны в различных языках. В дальнейшем ребенок овладевает специфическими звуками речи, звуками, присущими языку окружающих его людей, фонемами родного языка. В фонеме звуки объединяются с значением.

---

<sup>1</sup> К. Маркс, Ф. Энгельс. Сочинения, изд. 2, т. 3, стр. 29.

Фонемы — исторически сложившиеся звуковые единицы языка. Фонема не обязательно совпадает со звуками речи. Она может состоять и не из одного звука.

Набор фонем в различных языках в той или иной мере различен. Различие фонем в различных словах одного языка определяет различие их значений. Укажем в виде примера на различие слов «код» и «кот», «дом» и «том», где фонемы в начале или конце слова играют смыслообразительную роль.

В процессе овладения родным языком фонемы образуют у человека прочные стереотипы. Это определяет в ряде случаев большие трудности для взрослых правильного произношения при изучении нового языка с непривычным фонематическим строением.

Речь обычно произносится со звуком, с голосом; иногда человек использует беззвучную, шепотную речь. У некоторых больных болезнь изменяет голосовую сторону речи, ее звучность. Этот переход на беззвучную, полностью или частично, речь вызывается нередко заболеванием периферических органов речи.

Иногда же временная потеря голоса возникает на почве функциональных нарушений нервной системы. Это бывает особенно часто при истерии. Эти расстройства речи называют *афониями*. Чаще всего афонии возникают у людей, для которых громкая речь является одним из важнейших моментов в профессиональной деятельности. Афония при этом бывает связана иногда с переутомлением и, возможно, представляет до какой-то степени реакцию защитного (без осознания этого больным) характера.

Необходимо учитывать также различия в тембре звуков речи. При этом следует различать тембр речи, тембр голоса и тембр отдельного звука. Тембр речи в большой мере определяет ее выразительность, ее эмоциональную окрашенность. Тембр голоса может быть высоким, низким (сопрано, бас). Тембр звука — это индивидуальные акустические его признаки. Индивидуальные отличия голосов разных людей весьма значительны.

При некоторых заболеваниях тембры речи и звуков существенно меняются, например, при отдельных эндокринных заболеваниях.

Важно различать звуки речи по положениям, которые принимают периферические органы речи в процессе звукопроизношения (артикуляция). У ребенка в начальном периоде развития речи неправильное положение органов речи при произношении звука ведет к неправильности произношения — к физиологическому косноязычию. После 4 лет косноязычие уже обычно

считается патологическим и требует обеспечения лечебной педагогической помощи.

При косноязычии наблюдается искажение, замещение, пропуски, смазанность произношения отдельных речевых звуков.

Косноязычие проявляется по-разному: у одних больных наблюдается шепелявость — *с* и *з* произносятся как *ш* и *ж*; у других — картавость: *р* произносится дрожанием мягкого нёба и язычка; отмечаются также сюсюканье («*холосо*» вместо «*хорошо*»), пришептывание (*с* и *з* произносятся при высунутом между зубами кончике языка) и т. д.

Расстройства произношения речевых звуков могут возникать также при нарушении движений мышц, участвующих в произношении членораздельной речи (мышцы языка, мягкого нёба, голосовых связок), вызванном поражением ядер черепно-мозговых нервов в стволе мозга, либо при перерыве путей, идущих от коры головного мозга к ядрам черепно-мозговых нервов. Эти нарушения произношения отдельных речевых звуков называются *дизартриями*.

Для дизартрий характерна смазанность, неясность произношения, носовой оттенок речи. Зачастую голос больного теряет звонкость, становится глухим, может измениться его тембр и высота. В наиболее тяжелых случаях, получивших название *анартрии*, членораздельная речь полностью отсутствует, и больной произносит лишь тихим, невнятным, гнусавым голосом отдельные звуки, отдаленно напоминающие ту или иную гласную.

Каждое слово имеет значение. Значения слов формируются в процессе исторического развития. Слово на различных этапах исторического развития может иметь существенно различные значения и смысл.

На относительно более низком уровне развития языка в нем имеются многие слова для обозначения предметов и явлений, которые в современных языках обозначаются одним словом. В языке саами, например, имеется 41 слово для обозначения снега в разных его видах, положениях и соотношениях (тающий снег, нетающий снег и проч.). Слово здесь еще недостаточно абстрагировалось от частных признаков обо-

значаемых им предметов или явлений, т. е. недостаточно обобщает последние.

По-иному, но в какой-то мере сходно строится значение слова у ребенка. Наряду с неспособностью ребенка освоить значение слова в его подлинном для взрослых людей объеме, на ранней стадии речевого развития в детской речи отмечается отнесение слова к одному отдельному предмету или явлению: чашка — именно эта, а не другая чашка. Слово нередко относится детьми к предметам и явлениям, связанным между собой лишь внешней, несущественной связью. Так, ребенок может одинаково называть шубу и кошку — то и другое пушистое.

При некоторых патологических состояниях значение слов — семантическая сторона речи — может быть нарушена. Например, больная шизофренией может назвать больную, лежащую на стоящей рядом кровати, «койкой» (кровать — койка, лежащая на кровати больная — также койка). Вместо понятийного обобщения здесь имеет место обобщение в слове предметов по общей ситуации, в которой они предстают.

Смысловая сторона речи находит выражение не только в отдельных словах, но и в их соотношении, в системе слов, в которую слово в данный момент включено. Для смысла речи имеют большое значение строение фразы, ударения и акценты, интонации, грамматическая конструкция слова и фразы. Смысловая сторона речи требует единства всех элементов речевого процесса.

## ВИДЫ РЕЧИ

Существует несколько взаимосвязанных видов речи: устная речь, внутренняя речь и письменная речь.

**Устная речь.** В отличие от других видов речи характеризуется тем, что она всегда непосредственно обращена к собеседнику и служит целям непосредственного общения людей.

*Устная речь* — это речь, произносимая вслух. Ее называют также *экспрессивной* речью. Она, как правило, является речью коммуникативной, т. е. служащей целям коммуникации, общения.



В экспрессивной речи, в ее содержании, в темпе и ритме, в ее плавности находят выражение многие стороны личности. Одни люди говорят весьма эмоционально, другие говорят даже об очень важных для них предметах, явлениях, событиях без особых эмоций. Одни говорят лаконично, другие — чрезмерно пространно. Один в речи употребляет наиболее привычные слова и выражения, а другие преимущественно пользуются книжным языком. Особенно резко выступает «вычурность» речи у ряда больных шизофренией, иногда с образованием «слов» — неологизмов, выдуманных больными.

Некоторые больные, перенесшие энцефалит, говорят очень быстро или, наоборот, очень медленно. Больные эпилепсией часто говорят особенно обстоятельно, и это соответствует тем изменениям личности, которые внесла в нее болезнь.

В норме речь строится слитно, насколько этого требует смысл того, что говорят. Речь в связи с этим у здорового человека отличается плавностью. При некоторых органических и функциональных заболеваниях нормальная плавность речи нарушается. Характерным примером таких нарушений является *заикание*.

Большое влияние на возникновение, степень выраженности и стойкость заикания оказывают особенности личности больного и его отношение к своему дефекту. Среди больных заиканием встречается значительное число лиц, страдающих неврозами, так называемыми функциональными расстройствами нервной системы. Заикание многие врачи считают своеобразной формой невроза, сказывающегося главным образом в расстройствах функции речи. Характерным симптомом этого невроза является страх речи. Больные боятся говорить, чтобы не обнаружить перед окружающими недостатки своей речи. Страх значительно затрудняет нормальное речевое общение больных, вызывает усиление заикания. В части случаев страх речи бывает настолько выражен, что становится преобладающим в картине заикания.

Важную сторону звучной или экспрессивной речи представляет ее выразительность, которая во многом зависит от интонации — смены ударений, акцентов,

тембров. Богатство интонаций — модулирование голосовых средств — зависит от особенностей личности и особенностей специального речевого обучения и воспитания. Дети, с которыми достаточно выразительно говорят, которым взрослые регулярно вслух выразительно читают, сами все больше приобретают способность богатой интонации речи. Иногда обеднение интонаций, малая способность пользоваться для выразительности речи голосовыми средствами возникает у больных с паркинсонизмом при поражениях подкорковой области головного мозга. Иногда интонационное оскудение тесно связано с эмоциональным оскудением личности, например у больного шизофренией.

В экспрессивной речи следует различать автоматизированную речь (перечисление дней недели, месяцев, цифр и т. п.), отраженную речь (непосредственное повторение сказанного другим человеком), называние, диалогическую и повествовательную речь.

Эти формы речи, несколько различные по своим механизмам, по-разному могут нарушаться у больных. Непосредственное повторение слова, т. е. повторение человеком ранее ему известного слова, только что произнесенного другим лицом, — форма речи, относительно рано возникшая в процессе развития речи и относительно реже нарушающаяся при патологии речи. Так, например, большей частью заикающиеся способны повторять отдельные слова и даже фразы без выраженных нарушений речи.

Процесс называния по физиологическим и психологическим своим особенностям значительно отличается от повторения. Назвать предмет можно только на основе более сложной системы связи, чем это имеет место при повторении. Даже при относительно легких нарушениях речи и речевой памяти иногда отмечаются нерезко выраженные нарушения называния (начальный артериосклероз головного мозга).

Диалогическая речь — это умение вести разговор, в котором участвует не менее двух собеседников.

Большое значение имеет повествовательная речь.

В повествовательной речи наиболее сильно проявляются нарушения речи, даже относительно негрубые, так же как и уровень речевого и интеллектуального развития. В частности, здесь заслуживает

внимания так называемый активный словарь. Активным словарем принято называть количество тех слов, которые употребляет отдельный человек в своей речи. Активный словарь отличают от пассивного словаря — запаса слов, которым располагает человек, но которые он не употребляет сам, а лишь способен понять в чужой речи. Отставание активного словаря от того, который соответствовал бы возрасту в данной социальной среде, говорит об отсталости в речевом развитии. Уменьшение словаря, ранее имевшегося у больного, говорит о нарушении речи или интеллекта.

Некоторые больные становятся ограниченными в речевой инициативе. Их речь становится бедной по сравнению с речью перед заболеванием, они малоактивны в речи. Такие расстройства речи нередко наблюдаются при поражении лобных долей мозга (А. Р. Лурия, И. М. Тонконогий). В последние годы снижение речевой активности вплоть до полного выключения экспрессивной речи описано под названием акинетического мутизма при поражении верхних отделов ствола головного мозга.

Важное значение имеют процессы восприятия человеком устной речи. Эти процессы объединяют под названием импрессивная речь или сенсорная речь. Процесс восприятия устной речи является сложным процессом. Он включает в себя восприятие отдельных речевых звуков, фонем, слогов, слов и предложений. При восприятии речи можно выделить два уровня, тесно связанных друг с другом: восприятие речи, или анализ и синтез звуков, достаточный для того, чтобы различались слова, и понимание речи, или анализ и синтез смысловых значений в речи. В восприятии речи участвует не только слуховой анализатор, но также и процессы артикуляции, внутренней речи.

**Внутренняя речь.** *Внутренней речью* называют речь про себя и для себя. Вместе с тем специальные исследования показывают, что и слова внутренней речи строятся на основе движения периферических органов громкой речи. Все виды сознательной деятельности связаны с речью, если не громкой, вынесенной вовне, то с внутренней. Мышление, память, восприятие тесно связаны с внутренней речью. Важнейшее значение также имеет внутренняя речь в са-

мосознании, в регуляции поведения. Значение и смысл во внутренней речи, как и формальная сторона внутренней речи, определяются речевым опытом человека в общении с другими людьми.

При этом структура слова и фразы во внутренней речи отличается от структуры их в громкой речи. В основном это различие определяется различием задач громкой речи, с одной стороны, и внутренней речи — с другой. Внутренняя речь не служит общению, она не должна быть понятна другим людям, она может быть значительно свернутой, сокращенной, она может больше использовать чувственные представления.

**Письменная речь.** На определенном уровне исторического развития общества люди для своего расширяющегося общения друг с другом начинают прибегать к знакомой речи, способной по своей форме преодолевать трудности общения, связанные с расстоянием. Проходя через ряд стадий, эта форма общения переходит к современным формам — письму и печати.

Говоря о письменной речи, следует иметь в виду две стороны ее, соответствующие в известной мере экспрессивной и импрессивной речи: чтение и письмо.

Чтение может быть громким (чтение вслух) и беззвучным (про себя), соответственно более связанным с звучной или с внутренней речью. Следует отметить, что наблюдаются большие, у которых более нарушено чтение вслух, так же как и большие, у которых более страдает чтение про себя.

Нарушения чтения (*алексии*) могут вызываться как поражениями речевой зоны коры головного мозга (вторичные алексии), так и поражениями оптической зоны, теменно-затылочной области коры головного мозга (первичная алексия). Различают также алексии по тому, что больше затруднено: распознавание букв (литеральная алексия) или чтение слов (вербальная алексия). Можно упомянуть о таких нарушениях чтения, которые связаны с гемианопсией (выпадением части поля зрения) или с неспособностью передвигать взор по горизонтали, переводить его по вертикали, со строки на строку.

Физиологические и психологические основы процесса чтения до известной степени изменяются

с развитием умения читать. В частности, нарастающая скорость чтения определяется известной сменой характера процесса. Чтение слова у бегло читающего человека осуществляется без обязательного считывания всех букв. Улавливание части их, опирающееся на контекст, на общий смысл читаемого, заменяет здесь частично складывание отдельных букв в слоги, а слогов в слова.

В основе процесса письма лежит сложная физиологическая система, частью общая с той, которая лежит в основе процесса чтения. Следует различать в процессе письма, с одной стороны, самое отражение громкой или внутренней речи в письменных знаках, а с другой стороны — особенности речевого процесса, входящего в процесс письма.

Письмо есть особая форма общения, особая форма речи, при которой человек должен иметь чаще всего в виду общение с отсутствующим человеком (людьми). Эти особые условия меняют и характер набора слов, лишают речь наиболее привычных средств подкрепления речи жестами, мимикой. Не имея перед собой собеседника, человек уже лишен возможности свои слова и мысли соотносить со словами, мыслями, поведением собеседника или слушателя. Письмо зато допускает в большей мере коррекцию и перестройку. Развитие письменной речи, таким образом, связано с развитием самого речевого процесса.

Наблюдаются различные формы нарушения уже развитой письменной речи и задержки в ее развитии. Известны многообразные *аграфии* — расстройства письма, обусловленные очаговыми поражениями в различных отделах головного мозга: в оптической зоне, в речевой зоне, в двигательной зоне.

Иногда нарушение письма определяется личностными изменениями. Письмо больных шизофренией, как и их устная речь, нередко приобретает черты «вычурности» — непривычное распределение букв и слов, необоснованные подчеркивания, росчерки и т. п.

Своеобразное нарушение письма получило в клинике название «писчий спазм». При попытках письма в пальцах руки больного с писчим спазмом возникают судорожные, спазматические расстройства, пре-



пятствующим акту письма. Наиболее часто эти расстройства возникают у людей, профессия которых связана с необходимостью много писать. В возникновении писчего спазма играют важную роль психические причины, хотя здесь нельзя бывает исключить и некоторую органическую основу расстройства.

Люди, привыкшие много писать, не придают особого значения процессу самого письма, т. е. формальной его стороне, сосредоточивая основное внимание на его содержании. Именно при таком, до известной степени автоматизированном письме проявляются индивидуальные особенности писания букв в слове — почерк.

Почерк в известной мере зависит от типа личности, от ее состояния. Иногда по форме письма, по почерку можно в какой-то мере судить об особенностях личности, о состоянии писавшего (например, состояние эмоционального возбуждения может проявиться в изменении почерка). Это позволяет в некоторых случаях пользоваться анализом изменения почерка в судебно-психиатрической экспертизе. Некоторые авторы предпринимали попытки характеризовать здоровую личность по особенностям почерка (графология). К этим попыткам следует относиться крайне осторожно. На образование индивидуального почерка влияют очень многие факторы, и далеко не всегда их можно учесть и правильно соотнести их влияние на формирование почерка.

## А Ф А З И И

Нарушение различных видов речи, в особенности устной речи, а также чтения, письма, внутренней речи наблюдается при афазиях, возникающих вследствие поражения болезненным процессом так называемых речевых зон коры головного мозга.

У больных с афазиями нарушается правильный подбор слов и составляющих их речевых звуков, грамматическое строение самостоятельной речи и понимание обращенной к больному речи; в то же время в отличие от дизартрий движение мышц языка, голосовых связок и др., обеспечивающих членораздельное произношение, нарушается сравнительно слабо. Речь



больных афазией обеднена, запас употребляемых слов значительно ограничен. Происходит замена одних слогов и слов другими, неправильными, часть слогов и слов вовсе выпадает из речи; правильно произносятся отдельные речевые звуки, больные путают их последовательность в словах. Нарушаются связи между отдельными частями предложения, которые нередко не согласуются между собой в роде, числе или падеже; возникают затруднения повторения отдельных, особенно многосложных, слов и предложений, расстройства называния предъявленных предметов. При афазиях, как правило, наблюдается та или иная степень нарушений понимания обращенной речи. Отмечаются также расстройства чтения и письма, являющиеся своеобразным отражением дефектов устной речи, — больные могут правильно написать и особенно списать отдельные буквы, зачастую сохранено также списывание слов и даже предложений.

Различают несколько основных форм афазии — моторную, сенсорную и др.

*Моторная афазия.* Для моторной афазии характерны своеобразные нарушения самостоятельной речи при сравнительно хорошем понимании обращенной речи. Речь обеднена, запас слов резко ограничен; в наиболее выраженных случаях сохраняется произношение только двух — трех слов или слогов, произносимых в ответ на любой задаваемый вопрос (так называемые речевые эмболы — «та — та — та», «да», «нет», «не могу»). В речи преобладают существительные, главным образом в именительном падеже; количество глаголов в речи значительно уменьшено. Такая речь очень напоминает сокращенную речь, применяющуюся при написании телеграмм, и получила поэтому название *телеграфного стиля*.

Чаще всего болезненный процесс при моторной афазии располагается в задних отделах нижней лобной извилины.

*Сензорная афазия.* При сенсорной афазии выражены расстройства понимания обращенной речи, сочетающиеся с нарушением самостоятельной речи при сравнительно сохраненном слухе. Больные с сенсорной афазией, по образному выражению некоторых авторов, «слышат, но не понимают». Нарушения по-

влияния обращенной речи выступают у части больных с сенсорной афазией значительно сильнее, чем при моторной. Эти больные нередко не понимают не только вопросов, имеющих значение для них, касающихся семьи, детей, болезни, но даже и самых простых вещей.

В отличие от моторной афазии при сенсорной больные говорят свободно, без напряжения и остановок для подыскивания слогов и слов. Речь изобилует заменами одних слогов, и особенно слов, другими. Эти замены настолько искажают речь, что она превращается в трудно понимаемый набор отдельных слов, облучивший название «словесная окрошка». Употребляемые в такого рода речи слова обычно являются глаголами или вводными словами; в отличие от моторной афазии существительные в речи больных с сенсорной афазией почти не встречаются. Для сенсорной афазии характерна также безостановочная речь — логорея: в ответ на любой заданный вопрос больной отвечает потоком «словесной окрошки», причем остановить больного бывает довольно трудно.

Болезненный процесс при сенсорной афазии располагается обычно в задних отделах верхней височной извилины.

В менее выраженных случаях, где нарушения понимания обращенной речи и самостоятельной речи значительно слабее, на первый план могут выступить нарушения называния предметов.

Нарушения называния преодолеваются обычно полностью при подсказке начальных двух-трех речевых звуков, входящих в состав слова; предъявляется ручка — «Знаю ... пишут... забыл слово...» «ру-ручка». Эти затруднения называния относят к амнестической афазии.

## ИССЛЕДОВАНИЕ РЕЧИ

Многие особенности речи могут быть выявлены даже при беседе с больным. Однако в ряде случаев целесообразно использовать специальные экспериментально-психологические методы исследования.

Изучается автоматизированная речь (перечисление дней недели, месяцев, цифр), называние предметов

и их изображений, повторение отдельных слогов, слов и предложений. Для выявления затруднений артикуляции можно предъявлять скороговорки типа: «на дворе трава, на траве дрова», «сшит колпак да не по-калпаковски, надо его переколпаковать». Особенности повествовательной речи выявляются при пересказе прочитанного рассказа или описании сюжета картин.

Понимание речи исследуется с помощью предъявления простых и сложных инструкций, которые больной должен выполнять, вопросов различной сложности и значимости для больного.

Больному предлагают читать вслух и про себя, писать под диктовку и самостоятельно.

Полезным также является использование приборов, позволяющих записывать речь (магнитофон), регистрировать колебания уровня громкости речи, спектр речевых звуков.

### Контрольные вопросы

1. Дайте определение речи и языка.
2. В чем принципиальное отличие речи человека и сигналов, используемых для общения животными?
3. Расскажите об анатомо-физиологических механизмах речи.
4. Что такое фонема?
5. Что вы знаете о косноязычии?
6. Опишите особенности дизартрий. В чем их отличие от косноязычия?
7. Расскажите о смысловой стороне речи.
8. Перечислите основные виды речи.
9. Опишите особенности заикания.
10. Какие формы экспрессивной речи вы знаете?
11. Что такое импрессивная речь?
12. Что называют внутренней речью?
13. Расскажите о письменной речи.
14. Что такое афазия?
15. Какие основные формы афазии вы знаете?
16. Расскажите об основных методах исследования речи.

## ЭМОЦИИ И ИХ БОЛЕЗНЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ

Эмоции представляют собой одну из важнейших сторон психических процессов, характеризующих переживание человеком действительности. Эмоции человека можно разделить на эмоциональные реакции, эмоциональные состояния и эмоциональные отношения.

Эмоциональные реакции характеризуются отчетливой связью возникших переживаний с внезапными обстоятельствами, их вызвавшими.

Кратковременно и особенно сильно выраженные эмоциональные реакции называют *аффектами*. Состояние *физиологического аффекта* (внезапно возникшего сильного душевного волнения) отличается от *аффекта патологического*. Последний характеризуется тем, что человек утрачивает способность руководить своими поступками и отдавать отчет в своих действиях, не помнит о том, что он делал после того, как этот аффект проходит. В патологическом аффекте гнева человек может совершить преступление, вплоть до убийства лица, вызвавшего у него такой аффект; в состоянии же аффекта тоски — способен нанести себе тяжелые повреждения или покончить жизнь самоубийством. Болезненные аффективные реакции возникают обычно не у здоровых людей, а, как правило, у психопатов, лиц, страдающих невротическими состояниями и некоторыми психозами.

Однако, отмечая факт снижения уровня самообладания и сознательности при эмоциях, необходимо подчеркнуть, что во многих случаях напряжение эмоций способствует творческой работе, например при увлечении чем-либо, при вдохновении.

Характер эмоциональных реакций, способность владеть ими во многом зависят от особенностей личности человека. Эмоции поддаются воспитанию и перевоспитанию.

Большое диагностическое и терапевтическое значение в клинике имеют различные виды *снижения, притупления эмоциональности*. При этом обнаруживается более или менее выраженное безразличие

по отношению ко всем явлениям жизни. *Состояние апатии*—общего эмоционального притупления—встречается при различных заболеваниях. Как правило, апатия отмечается у лиц с недостаточной функцией щитовидной железы. Особенно ярко эмоциональная тупость проявляется при шизофрении. Больной, отношение которого к членам семьи до начала заболевания характеризовалось любовью и привязанностью, становится к ним безразличным, утрачивает интерес к окружающему.

**Эмоциональное состояние.** Среди разнообразных эмоциональных состояний можно выделить настроечные как эмоциональное состояние человека в данное время. Настроение может быть веселым, грустным, печальным и т. п.

Примером заболевания, при котором обнаруживается изменение эмоционального состояния, является *маниакально-депрессивный психоз*. Для этого заболевания характерна смена двух фаз. При маниакальной фазе, наряду с другими нервно-психическими нарушениями, отмечается радостное, патологически повышенное настроение, так называемая *эйфория*. Все окружающее воспринимается больными в радужных, светлых тонах. В маниакальной фазе наблюдаются не только изменение эмоций, но и изменения познавательных процессов, мышления. Возникают бредовые идеи, связанные с переоценкой личности. Больные утверждают, что они необыкновенно талантливы, гениальны, совершили выдающиеся научные открытия. При депрессивной фазе изменение эмоционального состояния имеет противоположную направленность и характеризуется как меланхолическое (депрессивное). Для него в особенности характерны мрачные оценки прошлого и настоящего, пессимистические взгляды на будущее. Бредовые идеи, которые возникают в связи с меланхолическим состоянием, — это идеи самообвинения, самоуничужения, греховности.

При психических и нервных заболеваниях нередко отмечаются состояния тревоги и страха, раздражительности и тоски. Существуют также эмоциональные состояния радости и горя. Для первого характерно повышение психической и двигательной активности, для второго — их резкое торможение.



В психологической литературе Запада широко пользуются понятием *фрустрации*. Под этим состоянием понимают кратковременное замешательство, вызванное собственной неудачей в выполнении задания, упреками окружающих. Для исследования фрустрации Розенцвейг предложил специальный тест. Испытуемый должен оценить ситуацию, которая представлена в 24 рисунках типа карикатур, на которых изображены сцены фрустрации. Определение состояния фрустрации возможно и на основании клинического наблюдения и опроса.

**Эмоциональные отношения** характеризуют эмоциональную избирательность или связь эмоций определенного характера с определенными лицами, объектами или процессами. Основными эмоциональными отношениями являются: любовь, привязанность, страсть, с одной стороны, и вражда, неприязнь, ненависть — с другой. К эмоциональным отношениям относятся также такие понятия, как уважение и преданность или презрение и пренебрежение, доверие или недоверие.

В психологии эмоциональные отношения обычно называют *чувствами*. Так принято говорить о чувствах любви, ненависти. На фоне чувства, например, любви могут сменяться различные эмоции: печаль, радость и др. Иногда говорят о *витальных чувствах*, относя к ним страх смерти, иногда переживания собственного здоровья или болезни.

Эмоциональные отношения имеют динамику, они возникают, могут достигать величайшей напряженности и постепенно угасать.

Любовь, начиная с интереса и симпатии, может перейти в страстное увлечение, затем в привязанность, может закончиться охлаждением или даже перейти в неприязнь и враждебность.

Нарушение эмоциональных отношений может быть источником тягостных патогенных переживаний, приводящих порой к болезненным состояниям, и этим обуславливается их медицинское значение. Так, измена, разочарование в близком человеке, сопровождающиеся выраженным эмоциональным напряжением, могут быть причиной возникновения таких психогенных заболеваний, как неврозы. Недоверчивое, завист-

ливое, враждебное отношение к людям может перерасти в процессе патологического развития в бред преследования.

С другой стороны, сама болезнь может привести к нарушению эмоциональных отношений. В психиатрической клинике большое значение имеет понятие *аутизма*. Для больного с состоянием аутизма характерно нарастающее равнодушие, безразличие к людям, которые до этого были близки и дороги, равнодушие к своим обязанностям, замкнутость и отгороженность от внешнего мира.

#### ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИЙ

Среди множества различных видов и оттенков эмоций у человека издавна выделяются 4 основных — эмоции *гнева, радости, тоски и страха*. Все они сопровождаются выраженными телесными изменениями, в частности изменениями обмена веществ, дыхания, сердечно-сосудистой деятельности, мышечного тонуса и другими физиологическими и биохимическими проявлениями.

Установление связи эмоций с состоянием организма явилось источником широко известных психофизиологических теорий эмоций (П. Джемс, Г. Ланге и др.). Так, П. Джемс считал, что эмоции вызываются изменением некоторых органов по формуле: нам грустно, оттого что мы плачем, а Г. Ланге считал, что эмоции вызываются изменениями в сосудах: расширением или сужением их в различных частях тела. Будучи направленными против идеалистического понимания эмоций, исследования П. Джемса и Г. Ланге несомненно сыграли определенную положительную роль. В настоящее время хорошо известно, что эмоции не только способны вызвать разнообразные сдвиги в организме, но и сами могут быть обусловлены телесными нарушениями. Так, выраженный страх при таком заболевании сердца, как стенокардия («грудная жаба»), или тоска у депрессивных больных могут не иметь внешней причины, не относиться к какому-либо определенному событию, а зависеть лишь от изменений в организме.

Изучению мимической стороны эмоций (отражению эмоциональных состояний на лице человека) по-

считали свои работы Ч. Дарвин, В. М. Бехтерев и др.

При исследовании эмоций большое значение имеет учет вегетативных реакций. Хотя нервная система человека в своей деятельности является единой, ее разделяют, в значительной степени условно, на две основные системы: соматическую, устанавливающую взаимоотношение организма с внешней средой, и вегетативную — регулирующую главным образом внутренние процессы организма, в том числе биохимическую динамику. Вегетативная нервная система представлена двумя отделами — симпатическим и парасимпатическим. При возбуждении симпатического отдела выделяются адреналиноподобные вещества, прежде всего адреналин и норадреналин. Возбуждение парасимпатического отдела приводит к появлению в крови ацетилхолина и других парасимпатически активных веществ.

Многочисленными исследованиями была установлена определенная зависимость между эмоциональными и вегетативными реакциями. Известный физиолог Кеннон первый показал, что при эмоциях повышается уровень адреналина в крови. Он обнаружил значительные изменения деятельности внутренних органов и состава крови при эмоциях боли, голода, страха, ярости.

При состояниях страха повышается прежде всего тонус симпатической нервной системы, возникает состояние, называемое *симпатикотонией*, которая характеризуется блестящими выпуклыми, с широкими зрачками глазами, бледностью, «гусиной кожей», учащением сердцебиения, повышением кровяного давления, сухостью во рту, холодным потом. В крови нарастает содержание адреналина, норадреналина и других симпатически активных веществ.

В настоящее время установлено, что положительные и отрицательные эмоции сопровождаются совершенно определенными вегетативными и биохимическими изменениями.

Полученные данные убедительно свидетельствуют о том, что в соотношении эмоций и вегетативных реакций играет роль не простое усиление эмоциональных реакций, а преломление их через особенности личности и систему ее отношений. При состояниях

эмоционального напряжения у лиц с экспансивным психологическим типом (склонных к отреагированию эмоций во вне) не происходит существенного увеличения адреналина и норадреналина в крови. У импрессивных же (с тенденцией к задержке внешнего разряда эмоций) выявляется значительное увеличение адреналина и норадреналина. При острой травмирующей, особо значимой ситуации у импрессивных отмечается повышение тонуса главным образом симпатического отдела вегетативной нервной системы (повышение содержания в крови адреналина и норадреналина). В то же время при длительной травмирующей ситуации и астеническом фоне отмечено преимущественное повышение тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, увеличение содержания в крови парасимпатически активного вещества — гистамина (Б. Д. Карвасарский).

Исследования больных неврозами показали, что в состоянии страха возрастает концентрация адреналина в крови, а в состояниях гневного раздражения или тревоги резко возрастает содержание и адреналина, и норадреналина. Наоборот, такие эмоции, как грусть, тоска, сопровождались отчетливым снижением содержания адреналина и норадреналина (А. И. Гошев и В. К. Мягер).

Чрезвычайно важными являются исследования В. М. Бехтерева, Шерингтона, Кеннона и др., указавшие на связь эмоций с состоянием головного мозга и его различных отделов.

Огромное значение приобрели исследования И. П. Павлова и его школы по изучению условных рефлексов у собак. Экспериментальные неврозы у собак как болезненные изменения высшей нервной деятельности в связи с непосильно трудными для животного задачами, изученные И. П. Павловым, получили широкое признание. Исследования, посвященные изучению роли подкорковых областей головного мозга, вегетативной нервной системы, проведенные нашими и зарубежными учеными, подтвердили сформулированное И. П. Павловым и Л. А. Орбели положение о том, что подкорковая область мозга является центральной анатомической базой эмоций или сложных безусловных рефлексов.

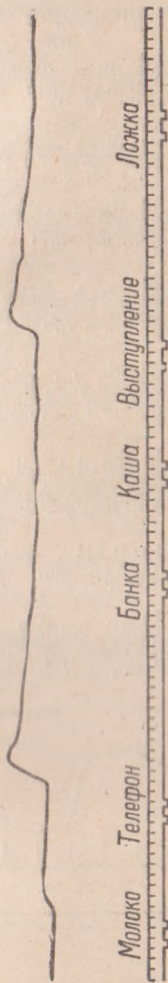


Рис. 12. Кожно-гальваническая реакция у больного с заиканием в ответ на различные и эмоционально значимые слова.

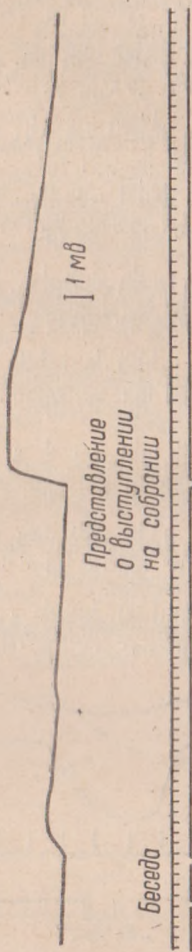


Рис. 13. Кожно-гальваническая реакция у больного с заиканием в ответ на мысленное представление ситуации, требующей активной речевой общения.



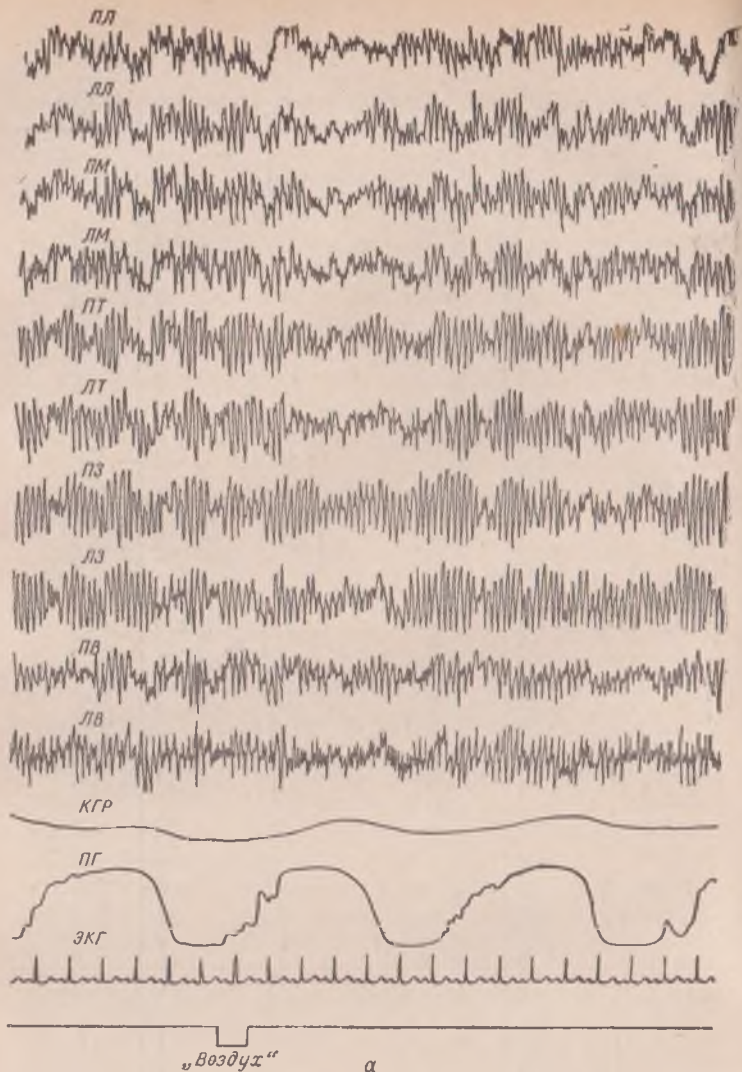


Рис. 14. Изменения физиологических реакций (электроэнцефалограммы, кожно-гальванического рефлекса, дыхания и электрокардиограммы) у больной истерией в ответ на безразличное (а) и эмоционально значимое слово (б).

Отведения биотоков мозга (правое, левое) от областей; ПЛ, ЛЛ — лобной; ПМ, ЛМ — моторной; ПТ, ЛТ — теменной; ПЗ, ЛЗ — затылочной; ПВ, ЛВ — височной; КГР — кожно-гальваническая реакция; ПГ — дыхание; ЭКГ — электрокардиограмма.

«Воздух» — безразличное слово-раздражитель; «Коля» (имя мужа больной) — эмоционально значимое слово-раздражитель.

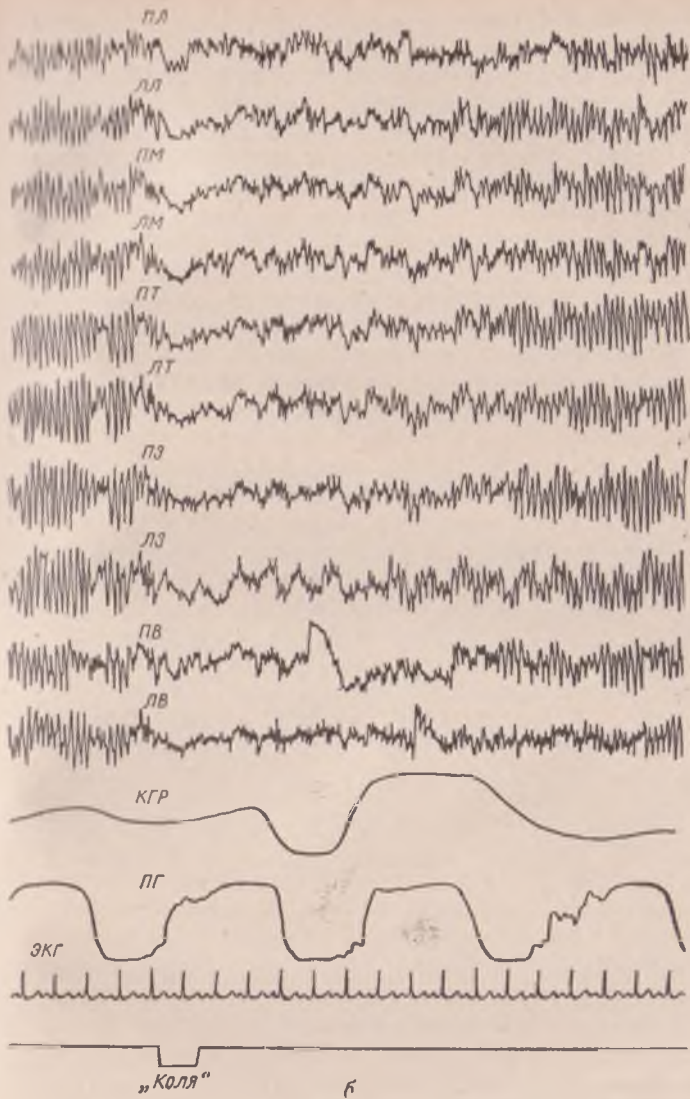


Рис. 14. Продолжение

В экспериментах на животных было показано, что эмоции можно вызывать у животных с полностью удаленной корой. Эти проявления аффектов гнева и страха были названы «*мнимой яростью*». В сущности, это были настоящие эмоциональные реакции, лишенные, однако, той пластичности и приспособительного значения, которые характеризуют животных с нормальным мозгом.

В последние годы привлекли к себе внимание работы нейрофизиологов Олдса, Дельгадо и др., установивших весьма своеобразные явления у животных, свидетельствующие о положительной и отрицательной реакциях животного при раздражении определенных участков головного мозга. Авторы вживляли электроды в различные участки головного мозга крыс, кроликов, кошек, собак, обезьян и дельфинов. Животные могли нажимать на педаль аппарата, причем замыкался ток, и они получали электрическое раздражение в участке мозга, в котором находился электрод в данный момент. Вскоре у животных устанавливалась связь между нажимом на педаль и соответствующим раздражением в мозгу. Обнаружилось, что при определенных локализациях электродов животные начинают усиленно стремиться к получению раздражения, многократно нажимая на педаль. Было также показано, что у животных имеется область мозга, раздражения которой они избегают. Эти факты указывали на то, что в мозгу животного имеются области мозга, которые способны формировать различные эмоциональные состояния. Исследования, проведенные у человека при лечебных нейрохирургических операциях, подтверждают эти данные, значение которых для физиологического понимания эмоций очевидно.

Важная роль в исследовании эмоций принадлежит анамнестическому методу — изучению эмоциональных реакций в процессе жизни больного — и клиническому наблюдению за поведением больного.

Для объективного учета степени выраженности эмоциональных реакций особенно широко используется запись кожно-гальванического рефлекса. На рис. 12 приведена гальванограмма больного, страдающего заиканием, со страхом речи. Как видно на этом рисунке, более выраженный кожно-гальванический

рефлекс возникает в ответ на эмоционально значимые слова. Особенно же выраженная кожно-гальваническая реакция (рис. 13) отмечена при мысленном представлении больным ситуации, требующей активного речевого общения («выступление на собрании»).

Современная психо-физиологическая техника позволяет исследовать влияние эмоций на различные физиологические показатели.

На рис. 14, а, б, приведена запись биотоков мозга, электрокардиограммы, дыхания и кожно-гальванического рефлекса у больной истерией в ответ на безразличное слово «воздух» и эмоционально значимое слово «Коля» (имя мужа). При этом выявляются более выраженные и более длительные реакции на эмоционально значимое слово.

#### ЗНАЧЕНИЕ ЭМОЦИЙ В ФОРМИРОВАНИИ ЛИЧНОСТИ ЧЕЛОВЕКА

Эмоциональные реакции проходят, но оставляют определенный след в форме их условнорефлекторной временной связи с ситуацией, в которой они возникли. Неоднократные повторения реакций упрочивают этот след. Так, повторная эмоциональная реакция страха создает пугливость и робость как черту характера. Повторный гнев может привести к образованию таких черт, как гневливость и раздражительность.

С особенностями характера связан вопрос о причинах возникновения эмоций и их болезненных проявлений у человека. Совершенно очевидно, что у человека, в отличие от животных, у которых основное значение имеют биологические моменты, решающая роль в возникновении эмоций принадлежит особенностям личности, сформированной определенными социально-историческими условиями. Этим обусловлено возникновение у человека только ему одному присущих эмоций, связанных с идеологией, моралью, общественной жизнью, трудом, эстетическими потребностями. Таковы эмоции стыда, восторга, раскаяния и др.

Эмоции и их особенности могут играть решающую роль в возникновении психогенных, как психических, так и телесных нарушений. Так, например, человек морально чувствительный будет страдать от нарушения

окружающими или им самим моральных требований. У активного это выразится гневным протестом, у человека со слабой нервной системой это проявится в мучительных переживаниях, которые могут привести к неврозу или к резкому снижению настроения, как это отмечалось при реактивной депрессии.

В процессе терапии, в особенности психотерапии различных форм неврозов, большое значение приобретает учет эмоциональных факторов и их использование. Угашение отрицательных и воспитание положительных эмоций является одной из основных задач психотерапии.

Воспитание эмоций, укрепление самообладания, обеспечение гармонического соотношения эмоций с интеллектом и волей являются также чрезвычайно важными в профилактике различных заболеваний и в психогигиене.

### Контрольные вопросы

1. Что такое эмоции? Укажите основные их виды у человека.
2. Что понимают под эмоциональными реакциями, чем отличается патологический аффект от физиологического?
3. Приведите пример заболевания, для которого характерно яркое изменение эмоционального состояния.
4. Что такое состояние апатии и эмоциональной тупости, для каких заболеваний они особенно характерны?
5. Что такое эмоциональные отношения? Укажите основные эмоциональные отношения человека.
6. К чему приводит нарушение эмоциональных отношений?
7. Что такое аутизм, какие эмоциональные сдвиги для него характерны?
8. Какие вегетативные и биохимические изменения возникают под влиянием эмоций?
9. Каково значение эмоций и их воспитания в формировании личности человека и в профилактике различных заболеваний?



**ДВИГАТЕЛЬНЫЕ АКТЫ И ВОЛЕВЫЕ ПРОЦЕССЫ  
В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ**

Человек не только отражает в своем сознании окружающий его мир, но он его и преобразовывает. Это преобразование направлено на создание определенных условий, в которых нуждается всякий организм для продолжения жизни и для своего развития. Всякая нужда организма в этих условиях образует его *потребности*. Биологические потребности человека аналогичны потребностям и других живых существ (в пище, питье и пр.). Однако у человека они значительно изменились под влиянием общественно-исторических условий его жизни. Человек нуждается не просто в пище, а в определенных ее видах, определенным образом приготовленных. «Голод есть голод, — говорит Маркс, — однако голод, который утоляется вареным мясом, поедаемым с помощью ножа и вилки, это иной голод, чем тот, при котором проглатывают сырое мясо»...<sup>1</sup> Для всех других потребностей человека также характерно их социальное опосредование. И прежде всего это относится к высшим, материальным и духовным, специфически человеческим потребностям (потребности в предметах обстановки, в орудиях труда, в знаниях, искусстве и т. п.).

На основе потребностей человека формируются его интересы и влечения. Причем потребности человека не могут быть выведены из биологических влечений или сведены к ним. Подвергаясь социальной перестройке под влиянием общественного опыта, они претерпевают соответствующие качественные изменения, имеет место их развитие, а не подавление, как считают фрейдисты.

Болезнь в ряде случаев изменяет и нарушает потребности и влечения. У больного может резко снижаться аппетит (анорексия), может возникнуть, наоборот, прожорливость (булимия). Нередко встречаются патологические изменения в сексуальной сфере. При этом возможно и снижение, и повышение

---

<sup>1</sup> К. Маркс, Ф. Энгельс. Сочинения, изд. 2, т. 12, стр. 718.

окружающими или им самим моральных требований. У активного это выразится гневным протестом, у человека со слабой нервной системой это проявится в мучительных переживаниях, которые могут привести к неврозу или к резкому снижению настроения, как это отмечалось при реактивной депрессии.

В процессе терапии, в особенности психотерапии различных форм неврозов, большое значение приобретает учет эмоциональных факторов и их использование. Угашение отрицательных и воспитание положительных эмоций является одной из основных задач психотерапии.

Воспитание эмоций, укрепление самообладания, обеспечение гармонического соотношения эмоций с интеллектом и волей являются также чрезвычайно важными в профилактике различных заболеваний и в психогигиене.

### Контрольные вопросы

1. Что такое эмоции? Укажите основные их виды у человека.
2. Что понимают под эмоциональными реакциями, чем отличается патологический аффект от физиологического?
3. Приведите пример заболевания, для которого характерно яркое изменение эмоционального состояния.
4. Что такое состояние апатии и эмоциональной тупости, для каких заболеваний они особенно характерны?
5. Что такое эмоциональные отношения? Укажите основные эмоциональные отношения человека.
6. К чему приводит нарушение эмоциональных отношений?
7. Что такое аутизм, какие эмоциональные сдвиги для него характерны?
8. Какие вегетативные и биохимические изменения возникают под влиянием эмоций?
9. Каково значение эмоций и их воспитания в формировании личности человека и в профилактике различных заболеваний?

**ДВИГАТЕЛЬНЫЕ АКТЫ И ВОЛЕВЫЕ ПРОЦЕССЫ  
В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ**

Человек не только отражает в своем сознании окружающий его мир, но он его и преобразовывает. Это преобразование направлено на создание определенных условий, в которых нуждается всякий организм для продолжения жизни и для своего развития. Всякая нужда организма в этих условиях образует его *потребности*. Биологические потребности человека аналогичны потребностям и других живых существ (в пище, питье и пр.). Однако у человека они значительно изменились под влиянием общественно-исторических условий его жизни. Человек нуждается не просто в пище, а в определенных ее видах, определенным образом приготовленных. «Голод есть голод, — говорит Маркс, — однако голод, который утоляется вареным мясом, поедаемым с помощью ножа и вилки, это иной голод, чем тот, при котором проглатывают сырое мясо»...<sup>1</sup> Для всех других потребностей человека также характерно их социальное опосредование. И прежде всего это относится к высшим, материальным и духовным, специфически человеческим потребностям (потребности в предметах обстановки, в орудиях труда, в знаниях, искусстве и т. п.).

На основе потребностей человека формируются его интересы и влечения. Причем потребности человека не могут быть выведены из биологических влечений или сведены к ним. Подвергаясь социальной перестройке под влиянием общественного опыта, они претерпевают соответствующие качественные изменения, имеет место их развитие, а не подавление, как считают фрейдисты.

Болезнь в ряде случаев изменяет и нарушает потребности и влечения. У больного может резко снижаться аппетит (анорексия), может возникнуть, наоборот, прожорливость (булимия). Нередко встречаются патологические изменения в сексуальной сфере. При этом возможно и снижение, и повышение

---

<sup>1</sup> К. Маркс, Ф. Энгельс. Сочинения, изд. 2, т. 12, стр. 718.

сексуальности, которые в большинстве случаев имеют своей причиной неблагоприятные прижизненные условия.

Под влиянием болезни может нарушаться соотношение между разными группами влечений. У больных прогрессивным параличом, старческим слабоумием, а также при органических поражениях головного мозга различного происхождения, в особенности при патологии лобных его отделов, отмечается снижение высших социально обусловленных влечений с утратой прежних интересов, стойким падением активности и энергии. На первый план иногда выступают низшие инстинктивные влечения (повышенная сексуальность, обжорство и др.), а также извращения влечений.

### **ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ И ДЕЙСТВИЯ**

Совокупность действий человека, которые объединены общей целью и выполняют определенную общественную функцию, составляет *деятельность*. Виды деятельности человека столь же разнообразны, как и его потребности и интересы. Основной формой деятельности взрослого человека является труд, ребенка — игра.

Отличительными чертами человеческой деятельности является ее сознательный и общественный характер. Для ее определения важными являются понятия *мотива, цели и способа ее осуществления*.

**Мотив** — это то, что побуждает деятельность или что является ее основанием и направляет ее на удовлетворение определенных потребностей, на достижение целей.

**Целью** называется тот результат, на который направлена деятельность.

**Способы ее осуществления** определяются, с одной стороны, применяемыми человеком орудиями и, с другой — его навыками и умением их рационально использовать.

В деятельности человека участвует вся личность, во всей ее многогранности и сложности. Вместе с тем личность формируется в деятельности и выражает себя в ней.

Деятельность человека выражается в *действиях*. *Действие* — это элемент деятельности, определяемый простейшей целью. Действия, в свою очередь, слагаются из *движений*.

Успешное и квалифицированное выполнение деятельности предполагает овладение навыками выполнения отдельных действий.

**Навыки** — это автоматизированные компоненты сознательной деятельности, вырабатываемые в процессе выполнения ее. Навыки — это память действий. Формирование навыков характеризуется устранением излишних движений и напряженности, объединением ряда частных действий в одно целенаправленное действие и рядом других моментов.

Навыки формируются в *упражнении*, т. е. в целенаправленном, многократно повторяющемся действии с целью его усовершенствования.

Для психических заболеваний характерны различные виды нарушения действий. Нередко различной сложности сознательные действия уступают место простым, автоматизированным. У таких больных наблюдаются *стереотипии* в движениях и речи (однообразные, повторяющиеся действия, слова).

Наиболее ярко проявляются расстройства действий у больных с *апраксией*. Апраксии наблюдаются при поражении тех участков мозга, которые относятся к двигательному анализатору, чаще при поражениях теменной области. Больной теряет способность производить сложные, целенаправленные действия, хотя у него и нет параличей и сохраняются все элементарные движения. Он становится беспомощным, не может самостоятельно одеться, путает при этом последовательность действий (сначала надевает ботинки, затем пытается надеть носки и т. п.), не доводит свои действия до конца. Больной «забывает», как нужно пользоваться простейшими бытовыми предметами. При апраксии может теряться или нарушаться план действий, поэтому теряется их последовательность.

Своеобразным видом апраксии являются *конструктивная* и *лобная* апраксии. При конструктивной апраксии, наблюдающейся при поражении теменно-затылочных отделов коры головного мозга, больной не знает, куда идти, идет налево в то время, как нужно было



идти направо, у него расстраивается способность рисовать, перерисовывать, копировать. Рисуя человека, больной путает на рисунке расположение отдельных частей его тела. Больной не может выполнить элементарное задание на конструирование из спичек простейших фигур — треугольника, квадрата.

При поражении лобных отделов мозга может возникнуть так называемая лобная апраксия. Для нее, в частности, характерны своеобразные нарушения поведения, связанные с таким физиологическим актом, как мочеиспускание. Больной иногда встает с постели, идет в уборную, но, не завершив свои действия до конца, мочится в одежду, иногда не доходя до уборной, мочится на пол, на постель. В этом случае речь идет не об отсутствии плана действия, а о незавершении его.

### ВОЛЯ И ЕЕ НАРУШЕНИЯ

В человеческой деятельности основными являются волевые действия. «А чем более, — говорит Энгельс, — люди отдаляются от животных, тем более их воздействие на природу принимает характер преднамеренных, планомерных действий, направленных на достижение определенных, заранее известных целей»<sup>1</sup>.

**Волевыми** мы называем такие действия, которые направлены на достижение сознательно поставленных целей. Воля — это та сторона психической жизни человека, которая получает свое выражение в сознательной направленности действий.

С давних пор сложилось два противоположных взгляда на природу воли — материалистический и идеалистический.

Идеалисты говорят о «свободе воли» и при этом считают, что она не обусловлена ни деятельностью мозга, ни внешней средой. Человек свободен в своих действиях, он может поступать, как ему заблагорассудится. На самом же деле волевые действия так же причинно обусловлены, как и все другие явления действительности. Возражая сторонникам идеалистических взглядов на волю, А. Г. Чернышевский писал: Если

---

<sup>1</sup> К. Маркс, Ф. Энгельс. Сочинения, изд. 2, т. 20, стр. 494.

произошло известное явление, то надобно искать ему причины, а не удовлетворяться пустым ответом: оно произошло само собой без всякой особенной причины — «я так сделал, потому что так захотел». Прекрасно, но почему же вы так захотели? Если вы отвечаете: «просто потому, что захотел», это значит то же, что говорить: «тарелка разбилась потому, что разбилась, дом сгорел потому, что сгорел, и т. п.»

Материалистический взгляд на природу воли является единственно правильным. Он заключается в том, что волевые действия, как и вся психическая деятельность человека, являются функцией мозга и по своей природе представляют собой рефлекторные акты, возникающие в ответ на действие раздражителей из внешней среды. Воля — своеобразная форма отражения этих внешних условий в сознании человека. «Свобода воли», о которой говорят идеалисты, существует, но под этим следует понимать, как указывают классики марксизма-ленинизма, не что иное, как способность принимать решения со знанием дела. При таком понимании свободы воли никто не может снять с себя ответственности за свои поступки, ссылаясь на то, что они предопределены заранее и не зависят от самого человека. Напротив, воля — это прежде всего способность сознательно регулировать свое поведение, способность управлять собой.

Наряду с волевыми произвольными движениями, существуют произвольные движения. Типичными примерами произвольных или инстинктивных движений являются кашель, мигание, отдергивание руки при уколе ее, вздрагивание при неожиданном звуке и т. п.

Инстинктивные движения у человека также являются целевыми, но, в противоположность волевым, они не сопровождаются сознательным направлением их к поставленной цели.

В патологии наблюдаются состояния выраженного в различной степени ослабления воли. Особенно большое значение имеет *абулия*, т. е. безволие. При абулии больной прекращает всякую деятельность, утрачивает все желания. Он подолгу лежит или сидит в постели, часто в стереотипной позе. В конце концов больной перестает производить даже те действия,

которые направлены на удовлетворение наиболее примитивных физиологических потребностей (перестает есть, становится неряшливым, неопрятным). Под *гипобулией* понимают менее выраженные ослабления волевых действий.

*Гипербулия* — характеризуется кажущимся повышением деятельности. Хотя трудно себе представить, что воля в истинном ее понимании может укрепляться под влиянием болезни, однако этим определением нередко пользуются в клинике. Гипербулия встречается у больных, находящихся в состоянии чрезмерно повышенного, маниакального настроения.

Наиболее резкое нарушение действий выражается в различных формах *ступора*, состояниях полной бездвиженности. При этом может наблюдаться автоматическая подчиняемость, или *каталепсия*, когда больной застывает в приданном ему положении. Наиболее выраженная форма автоматической подчиняемости — состояние *восковидной гибкости*. Больной сохраняет при этом любую, приданную его телу, позу.

В сложном волевом действии различают три основных этапа — *осознание цели и задач его, планирование действий*, основанное на выборе мотивов и способов действия, и *исполнение решения*.

Выбор и осознание целей зависят от мотивов поведения человека. Нередко у человека возникает не одна, а несколько целей, определяемых различными мотивами, не совместимых друг с другом, обязательно требующих выбора одной из них. Столкновение противостоящих, несовпадающих побуждений, между которыми предстоит сделать выбор, принято называть *борьбой мотивов*. Окончательный выбор целей, принятие решения иногда требуют длительного времени, в течение которого происходит обсуждение мотивов за или против принятия окончательного решения. В этой борьбе мотивов в большой мере проявляется воля человека, сила и слабость ее. Волевые люди всесторонне обсуждают мотивы и довольно быстро приходят к формулированию цели. Люди со слабой волей длительно не могут принять решения, а, приняв его, могут легко его изменить и даже отказаться от него.

Как только человек решает «поступлю таким образом», «сделаю это», начинается планирование путей

и средств достижения цели, что является чрезвычайно важным в волевом действии. Часто безвольный человек ставит очень хорошую цель, но затем она оказывается для него невыполнимой. Мало принять хорошее решение, необходимо еще его осуществить. Для волевого человека характерно настойчивое осуществление раз намеченной цели, преодоление всех препятствий на пути к ее достижению. Эти препятствия могут корениться в трудностях выполнения задуманной работы, в неправильном отношении к ее выполнению кого-либо из окружающих, в тех сомнениях, неуверенности, которые по пути к цели охватывают самого исполнителя волевого действия. При преодолении препятствий воля проявляется в умении делать то и поступать так, как требует чувство долга. Чувство долга предполагает высокую ответственность человека, способность его действовать во имя интересов своей страны, своего народа, людей, которые его окружают в производственном коллективе, в семье.

Исполнением решения заканчивается волевой акт.

Борьба мотивов, колебания в выборе цели действия, трудности перехода от выбора цели к соответствующим действиям характерны для больных неврозами, в особенности для больных неврозом навязчивых состояний и психастений.

У психически больных нередко встречаются нарушения мотивации деятельности, в качестве симптомов болезни выступают различные «мимовольные» поступки. К ним относятся прежде всего *импульсивные действия и импульсивные влечения*.

Импульсивные действия происходят без опосредующего влияния мысли, сознания. Они характеризуются внезапностью, стремительностью, немотивированностью и бессмысленностью. Больной вдруг начинает громко кричать, ломает мебель, выбрасывается из окна, разбив стекла, бежит по улице, ударяет первого же попавшегося человека, садится в поезд, уезжает и т. п.

Импульсивные, часто плохо мотивированные или совершенно немотивированные влечения, овладевающие рассудком больного, подчиняющие себе все его поведение, встречаются в нескольких видах,

Клептомания — навязчивое стремление к воровству. *Клептомания* характеризуется прежде всего тем, что больной крадет вещи, не нужные ему, не представляющие для него никакой ценности.

Известны и другие импульсивные влечения: *пиромания* — стремление к поджогу, *дромомания* — непреодолимое стремление к бродяжничеству, *диссомания* — влечение к пьянству, *копромания* — стремление ругаться нецензурными словами и др.

У больных, страдающих психическими заболеваниями, бывают извращения основных инстинктивных влечений, проявляющиеся в стремлении покончить жизнь самоубийством, к самоистязанию, в отдельных случаях больные отказываются от приема пищи.

Оценка волевых свойств, качеств человека чрезвычайно важна в общей характеристике личности. В жизни различают людей с сильной и слабой волей. Основными психологическими особенностями человека с сильной волей являются целеустремленность, решительность, настойчивость, самостоятельность, гибкость решений и действий и некоторые другие.

Для людей со слабой волей характерен низкий уровень развития указанных волевых свойств, обычно их называют слабовольными. Для них в особенности характерны внушаемость — легкая подверженность чужим влияниям, и внешне противоположное внушаемости качество — упрямство, *негативизм*, т. е. немотивированное стремление действовать наперекор другим. Больного просят выпить лекарство — он отказывается, убирают лекарство — он хватает его. При абулии нередко отмечается *мутизм* — молчание, больной не говорит, не отвечает на вопросы.

Однако необходимо помнить, что и противодействие, и молчание могут иметь психологический смысл и обуславливаться не наличием истинных проявлений негативизма и мутизма, а другими причинами — больной слышит голоса, запрещающие ему принимать пищу и отвечать на вопросы; считает, что пища его отравлена; враждебно относится к врачу и т. д.

Необходимо указать также на явления *эхолалии* (повторение больным слов, которые он слышит) и *эхопраксии* (повторение движений, которые совершают окружающие).



Большое значение в этих исследованиях имеет наблюдение действий и движений человека в жизни, быту, у больных — в палате, во время трудовой терапии и т. п. Изучаются движения конечностей и лицевой мускулатуры. Наблюдения проводятся в обычных условиях и в условиях эксперимента, при выполнении испытуемым специальных проб, учитывающих различные формы действий, разной степени трудности.

Из инструментальных методов при исследовании движений чаще пользуются записью движений на ки-

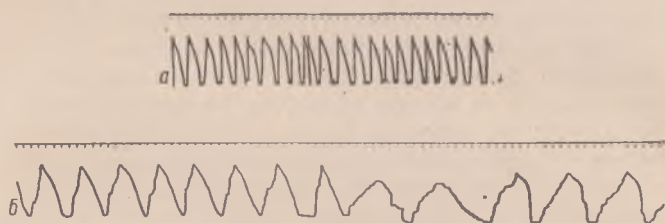


Рис. 15. Эргограмма.

*a* — нормальная; *б* — у больной шизофренией.

мографе. Используются *электромиография*, при которой регистрируется изменение электрических потенциалов мышц, а также различные виды реактометров, позволяющие учитывать двигательную реакцию человека в экспериментальных условиях.

Для изучения мышечной работоспособности, ее устойчивости и динамики утомления широко применяется исследование на специальном приборе — эргографе. Запись, полученная на этом приборе, называется эргограммой. Эргограмма в норме характеризуется нормальной высотой, свидетельствующей об удовлетворительной силе сжатия, равномерностью и темпом. На рис. 15, *a* представлена нормальная эргограмма. Рис. 15, *б* иллюстрирует замедление темпа на эргограмме больной шизофренией.

Большие трудности представляет собой количественная оценка волевых действий. Для объективной характеристики степени волевого усилия предлагается учитывать отношение между выполненным человеком

заданием и выраженностью сопутствующих этому волевому акту вегетативных реакций (В. Н. Мясищев). Для медицинского работника чрезвычайно важным является учет состояния двигательной-волевой сферы больного. Нарушения в мотивационной сфере, в сфере интересов нередко приводят к тому, что мысли о болезни подавляют у человека все другие мысли, меняют мотивы поведения. Развитие воли, способности к волевой деятельности может сыграть большую положительную роль в восстановлении и компенсации различных болезненных нарушений. Медицинский работник должен стремиться к укреплению в больном воли к жизни, к здоровью и обеспечить наиболее благоприятные условия для лечения.

Формирование гармонически развитой личности немисливо без воспитания и самовоспитания у нее сильной воли. В нашем обществе воспитание воли основывается на формировании правильного мировоззрения, нравственном воспитании, усвоении норм коммунистической морали. Высокие общественные мотивы деятельности являются необходимыми для развития волевых качеств советского человека, строителя коммунистического общества.

### Контрольные вопросы

1. В чем отличие потребностей человека от потребностей других живых существ?
2. Приведите примеры болезненных изменений потребностей и влечений человека.
3. Что называется деятельностью? Укажите основные формы и отличительные черты человеческой деятельности.
4. В чем выражается деятельность человека?
5. Дайте определение мотива деятельности.
6. В чем проявляется расстройство действий у больных апраксией, чем характеризуется конструктивная и лобная апраксия?
7. Какие действия называются волевыми? Дайте определение воли.
8. В чем состоит принципиальное отличие материалистического взгляда на природу воли от идеалистического?

9. Приведите примеры произвольных или инстинктивных движений.
10. Как называется ослабление воли в психопатологии, в чем оно выражается?
11. Укажите основные этапы формирования сложного волевого действия.
12. Каковы отличительные черты человека с сильной и слабой волей?
13. Приведите примеры импульсивных действий и влечений.
14. Как исследуется двигательно-волевая сфера в медицинской практике?

## Глава 11

### ПСИХОГЕНИИ И СОМАТОГЕНИИ

Взаимоотношение соматического, т. е. телесного, и психического является не только одним из основных философских вопросов, но и важной проблемой психологии и медицины.

Раскрытие причин и механизмов различных болезненных состояний невозможно без понимания того, какие телесные, в том числе и мозговые, изменения лежат в основе психических нарушений и, с другой стороны, как влияет психика на соматiku и соматика на психику.

*Болезненные нарушения, возникающие под влиянием психических факторов, называются психогенными или психогениями.*

*В тех случаях, когда психические расстройства вызываются соматическими причинами, их называют соматогенными или соматогениями.*

О том, что представления и эмоции могут вызвать изменения в организме, хорошо известно. Волнение обычно сопровождается сердцебиением, представление о еде вызывает слюноотделение и т. д. Неоднократно описывалось душевное состояние воинов в ожидании боя. В этих условиях у солдат наблюдались различные соматические нарушения, выражавшиеся в

учащении пульса и дыхания, чувстве озноба или ощущении жара, позывах на мочеиспускание и др.

Указанные проявления представлений и эмоций являются нормальными и естественными, если они обусловлены трудной ситуацией, и исчезают с переменой обстановки. При болезненных состояниях изменения в организме, вызываемые представлениями или эмоциями, могут быть более выраженными и более длительными либо совершенно не соответствующими психическим воздействиям.

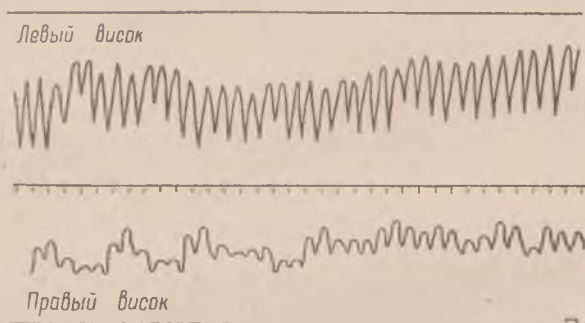


Рис. 16. Выраженное увеличение пульсации левой височной артерии при головной боли в левой височно-теменной области, вызванной волнением.

Современная клиника внутренних и нервных болезней дает многочисленные примеры психогенных нарушений деятельности различных анатомо-физиологических систем: сердечно-сосудистой, дыхательной, желудочно-кишечной, мочевыделительной, половой.

Психогенные расстройства со стороны сердечно-сосудистой системы могут выражаться в изменении частоты пульса (тахикардия и брадикардия), нарушении ритма сердечных сокращений, повышении или понижении кровяного давления, ослаблении сердечной деятельности, обмороках. Нарушения со стороны дыхания нередко проявляются в виде кашля, одышки и даже удушья. Многообразны нарушения желудочно-кишечного тракта — тошнота, рвота, поносы, запоры, изменения двигательной и секреторной деятельности желудка. Встречаются случаи психогенной задержки

мочеиспускания. Различные проявления половой слабости у мужчин и половой холодности у женщин чаще всего имеют психогенную природу.

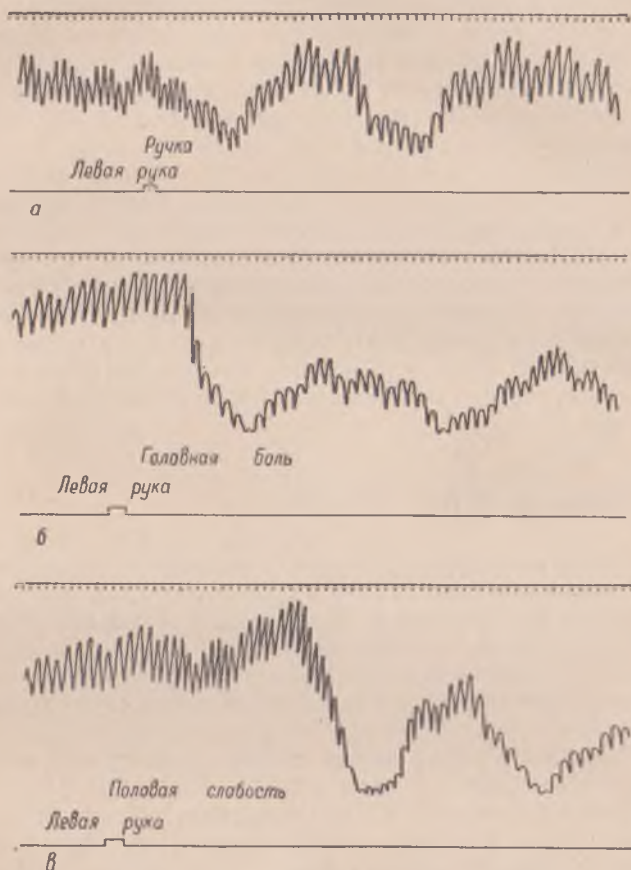


Рис. 17. Изменения сосудистых реакций у больного неврастенией на безразличное слово (а) и слова, имеющие отношение к основным симптомам заболевания (б, в).

Психические влияния нередко являются причиной возникновения головной боли — одного из наиболее частых симптомов различных заболеваний. На рис. 16 приводится запись пульсовых колебаний височных



артерий при левосторонней головной боли, развившейся у больной во время беседы, затрагивающей травмирующие обстоятельства ее жизни. Рис. 17 иллюстрирует изменения сосудистых реакций под влиянием слов различной степени значимости для больного. Более выраженные сосудосуживающие реакции отмечаются на слова, отражающие основные болезненные нарушения («головная боль», «половая слабость» — б, в) и менее выраженные на безразличное слово «ручка» (а).

Помимо указанного выше, многие другие деятельности организма могут нарушаться психогенно. Многократно описывались случаи возникновения сахарного диабета, заболевания, обусловленного нарушением деятельности желез внутренней секреции, в связи с «игрой» на бирже. В настоящее время не вызывает сомнения тот факт, что в происхождении и ряда других соматических болезней психический фактор играет важную роль.

#### ПСИХОГЕННЫЕ СОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Психогенно могут возникать различные изменения и нарушения в соматической сфере. Эти изменения характерны в особенности для так называемых системных неврозов, протекающих главным образом с нарушением функции отдельных анатомо-физиологических систем организма: сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной, дыхательной и др.

Типичными внутренними заболеваниями, при которых особую роль играет психотравмирующий момент, являются язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гипертоническая болезнь, бронхиальная астма и др. Психогенный фактор играет важную роль в патогенезе мигрени, чешуйчатого лишая и ряда других болезней.

Приведем примеры.

У больного П., 28 лет, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (подтвержденная при рентгеноскопии) развилась остро после того, как он сутки пробыл в шахте, отрезанной в результате обвала. До этого случая П. был совершенно здоров.

У больной Ц., 30 лет, тяжелые мигренозные приступы начались после трагической гибели мужа.

Нередки случаи обострения экземы, чешуйчатого лишая под влиянием волнений, например у студентов в период экзаменационной сессии. Рис. 18 иллюстрирует возможность психогенного развития астматического приступа.

Если отдельные словесные раздражители или беседы по поводу травмирующих больного обстоятельств могут вызвать заметные изменения в организме, то очевидно, что реальные травмирующие переживания вызывают несравненно более резкие и более стойкие изменения.

Поступающие в головной мозг через нервные окончания во внутренних органах сообщения о нарушении деятельности того или иного органа влекут за собой реакцию на эти нарушения. При повторении ситуации, в которой произошло нарушение, или при воспоминании о ней могут образоваться временные или условные связи. Эти связи становятся дополнительным источником нарушения деятельности той или иной соматической системы. Причинами болезненной психосоматической реакции является напряжение, связанное с эмоциями и со всеми присущими эмоциям проявлениями, о которых говорилось выше.

В определенных условиях у человека может покраснеть лицо, возникнуть выраженная потливость рук. В дальнейшем эти нарушения возникают каждый раз в сходных условиях, более того — боязливое ожидание того или иного болезненного проявления вызывает его возникновение. Таким образом, воображение может быть причиной болезненных нарушений.

Психогенными могут быть не только вегетативные расстройства — покраснение лица, повышенная потливость, но и моторные нарушения. Эмоция испуга иной раз сопровождается дрожанием тела и мышечной слабостью (подкашиванием ног и даже падением). Могут возникнуть психогенные параличи. По-видимому, дело идет об интенсивной эмоции, которая превышает выносливость нервной системы, и возникает выраженное торможение.

В происхождении психогенных расстройств существенную роль может играть представление, например, мысли — «я не могу ходить» или «я не могу говорить». Однако и в этом случае источником силы представле-

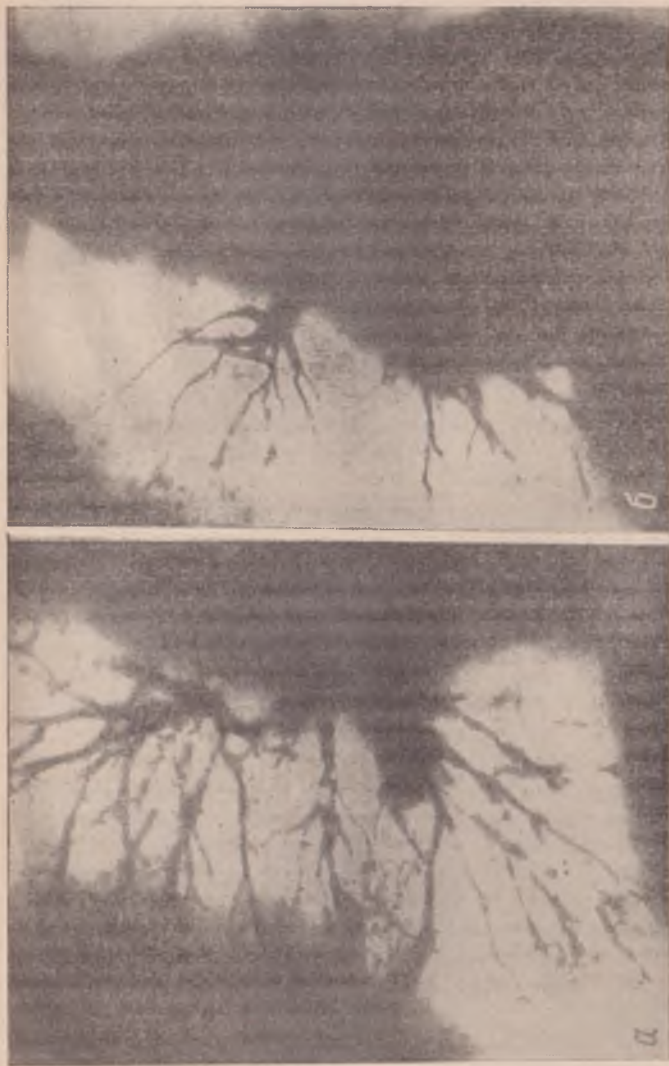


Рис. 18. Бронхограмма больной.

*а* — в состоянии глубокого гипнотического сна; контрастное вещество заполняет все бронхиальное дерево; *б* — бронхограмма той же больной, сделанная через 5 мин после предыдущей бронхограммы, когда у больной развились приступы астматического приступа. Определяется значительное сужение просвета бронхов (спазм) и исчезновение контрастного вещества с периферии бронхиального дерева (выжато в более крупные бронхи) (по П. И. Булю).

ния и возникновения болезненного нарушения является эмоция. Для понимания механизмов возникновения симптомов болезни от представления или при самовнушении имеют значение наблюдения за возникновением болезненных нарушений под влиянием внушений в гипнозе. Внушением в гипнозе может быть вызвана временная утрата движений в конечностях, речи, слуха и пр. Возможно, так же действует и представление о неспособности двигаться, слышать, говорить. Разумеется, механизмы указанных психогенных расстройств являются крайне сложными. Для понимания их большую роль сыграло учение И. П. Павлова о высшей нервной деятельности. По-видимому, указанные выше нарушения возникают в результате торможения в том или ином анализаторе, которое возникает под влиянием сверхсильного раздражителя. Но, конечно, сила раздражителя здесь должна быть понята в ее значении для личности заболевшего и не оцениваться только односторонне, по одним физическим качествам раздражителя. И совсем тихо произнесенные слова, если они оскорбительные или содержат угрозу, могут вызвать такого рода психогенное нарушение.

Одним из наиболее существенных в проблеме психосоматических зависимостей является вопрос о том, имеется ли специфическая связь между особенностями психического фактора и изменениями в организме, которые он вызывает, иными словами — чем определяется место соматического нарушения при психогенных заболеваниях?

По этому поводу имеется немало клинических и экспериментальных данных. Указывается на определенное значение по крайней мере следующих факторов предрасположения: а) наследственность, прежде всего в смысле создания в организме слабого места или места наименьшего сопротивления, которое в условиях психического воздействия поражается прежде всего; б) предрасположение, являющееся результатом жизненного опыта, включая травмы, инфекции и другие заболевания, приводящие к ослаблению соматической системы; в) активная деятельность системы при психогенном напряжении. Так, например, невротическая головная боль, обусловленная повышением тонического

напряжения мышц головы и шеи, нередко возникает при психическом перенапряжении у людей, производственная деятельность которых связана с длительным фиксированным положением головы и шеи (работа на конвейере, водителем транспорта и пр.), т. е. происходит в условиях напряжения прежде всего шейных и затылочных мышц.

Механизмы психогенных соматических заболеваний широко изучаются в зарубежной психосоматической медицине. Большинство представителей психосоматического направления сводит этиологию заболеваний внутренних органов к влиянию сексуальных конфликтов. При этом широко используется выдвинутое З. Фрейдом понятие «конверсии», означающее якобы имеющий широкое значение в патологии факт перехода энергии сексуальных влечений в болезненные нарушения различных органов тела.

Представители психосоматического направления игнорируют этиологическое своеобразие ряда болезней, неправильно используют новейшие достижения нейрофизиологии.

Так, например, такое заболевание сердца, как стенокардия, некоторые представители психосоматической медицины рассматривают как результат конфликта «между мышлением головой и мышлением сердцем». Рак молочной железы является, по их мнению, результатом неудачного брака, отрицательного отношения к родам и пр., а мигрень — следствием неумения выразить враждебность к родителям.

В вопросе о психическом напряжении или психическом стрессе важное значение имеют работы патофизиолога и эндокринолога Г. Селье. Селье в течение многих лет изучал нарушения различных сторон организма под влиянием внешних воздействий. Он показал, что всякое раздражение (*стрессор*) вызывает напряжение — *стресс*. Реакция организма может быть местной или системной. Она тем более выражена, чем большее жизненное значение имеет воздействующий на организм раздражитель. Селье создал учение об «*адаптационном синдроме*», состоящем из трех стадий: тревоги, сопротивления и истощения. Его работы проливают свет на общий эндокринно-биохимический механизм патологических процессов, возникающих при внешних воздействиях, но роль нервной и психической сторон им не освещается.

## НЕВРОЗЫ

Наиболее распространенными формами психогенных заболеваний являются неврозы — *неврастения, истерия и невроз навязчивости*.



Подлинно научному пониманию физиологических механизмов возникновения неврозов, а также и других соматических и психических заболеваний, вызываемых нервно-психическим перенапряжением, способствовали работы выдающихся физиологов Н. Е. Введенского о парабнозе и в особенности И. П. Павлова о патофизиологии высшей нервной деятельности.

В учении И. П. Павлова о неврозах нашли правильное освещение определение невроза и ряд других принципиальных положений, относящихся к этой проблеме. Так, указывалось, что к неврозам у человека могут быть отнесены лишь психогенные заболевания, т. е. те случаи, в которых срыв высшей нервной деятельности происходит в результате неблагоприятных влияний на психику трудных жизненных обстоятельств и потрясений. Таким образом, были установлены четкие границы между неврозами как психогенными функциональными заболеваниями нервной системы и функциональными заболеваниями нервной системы непсихогенной природы, имеющими другую этиологию (инфекции, интоксикации, травмы). Для классификации неврозов большое значение имело учение И. П. Павлова о типах высшей нервной деятельности человека, согласно которому форма невроза в известной степени определяется типологическими особенностями больного при наступлении срыва высшей нервной деятельности. Чаще неврозы возникают у представителей слабого или сильного неуравновешенного типа нервной системы.

Подчеркивая значение выделенных И. П. Павловым типов высшей нервной деятельности человека в возникновении неврозов, В. Н. Мясищев указывает, что в их происхождении играет роль вся личность человека в целом и ее особенности, сформировавшиеся в истории ее развития. Не сам по себе тип нервной системы определяет стремления, конфликты, переживания, борьбу, страдания, неумение преодолевать препятствия, т. е. то, что способствует развитию невроза. В происхождении неврозов имеет значение не только неблагоприятная ситуация, но и прежде всего неправильная переработка ее больным под влиянием его личности и ее жизненных отношений, сформированных

в процессе жизни и не отделимых от свойств нервной системы.

Все основные формы неврозов, включая истерию, могут возникнуть и у здоровых до того людей при особенно трудных и длительно существующих неблагоприятных обстоятельствах.

Однако чаще истерия возникает на почве предрасположения в виде истерического характера.

Истерический характер формируется главным образом неправильным изнеживающим воспитанием, порождающим черты неприспособленности и негибкости человека. Сущность характера, формируемого изнеживающим воспитанием, заключается в претенциозности, капризности, неспособности считаться с требованиями среды, неспособности добиваться цели или с отказом в удовлетворении прихоти.

На основе изучения истории жизни больных неврозами указываются те особенности неправильного воспитания личности, которые в неблагоприятных условиях предрасполагают к развитию различных форм невроза.

Особенностью характера, способствующего возникновению неврастения, нередко является более или менее выраженное стремление к чрезмерным, превышающим возможности нервной системы усилиям в преодолении сложных задач в быту или в труде. Такой характер формируется с раннего детства в тех случаях, когда родители развивают в детях нездоровые стремления к успеху, без учета их сил и возможностей. При этом часто односторонне переоценивается значение умственной деятельности и принижается значение физического труда, сочетание которых является условием гармонического развития личности.

Невроз навязчивости характеризуется образованием болезненных симптомов, неотвязно преследующих больного, несмотря на то, что он может критически осознать их неправильность и необоснованность. Обычно это навязчивые переживания и действия, иногда имеющие характер символических, так называемых ритуальных (определенные, часто повторяемые движения, мытье рук и др.).

Развитию невроза навязчивости нередко способствует воспитанная с детства повышенная чувствитель-

ность и склонность к задержке своих проявлений в условиях необходимости выбора решения в сложной, противоречивой ситуации.

И. П. Павлов считал, что ритуальный, символический характер некоторых навязчивых состояний имеет в своей основе инертность нервного процесса с извращенным характером реакции. Однако, наряду с физиологическим толкованием, возможно и психологическое понимание этих явлений. Они становятся понятными, если проследить их развитие и выявить источники возникновения, лежащие в реальных фактах истории жизни больного.

Приведем пример (по наблюдению Е. К. Яковлевой и Р. А. Зачепиского).

Больной Юрий К., 24 лет, поступил в клинику с постоянной навязчивой потребностью стряхивать что-то со своей одежды. Почти непрерывно производил соответствующие движения руками. Очень волновался при этом. Понимал нелепость этих навязчивых действий, но не мог от них освободиться. Вначале появление этого симптома казалось загадочным. Лишь ознакомление с жизнью больного позволило понять его происхождение. Выяснилось, что он был в семье старшим ребенком. Мать была властной женщиной, подавляла его своей требовательностью. Он стал робким, нерешительным. Когда он окончил школу и начал работать, она стала внушать, что он не должен без ее согласия жениться, так как из-за неопытности может сделать неправильный выбор. В 22-летнем возрасте он полюбил девушку и, решив жениться, представил ее матери. Мать запретила брак, так как девушка ей не понравилась. Однако сын, поддавшись сильному увлечению, все же решил жениться. С женой стал жить хорошо, дружно и сперва был ею вполне доволен. Мать же продолжала его осуждать, оскорбляла в его присутствии невестку, обвиняла ее в перьяшливости. Видя безуспешность своих действий, она подговорила товарищей сына повлиять на него. Те стали осмеивать его жену, говорили: «На ком ты женился? Где твои глаза были?» «Она ведь дурная!». К. заколебался. В нем стала происходить внутренняя борьба — между любовью к жене и мыслью, что она, по словам окружающих, плохая. Страдал также и от постоянных упреков матери, обвинял себя в неповиновении. Однажды за столом, когда один из товарищей в отсутствие жены сказал о ней, что она «грязная» и не пара ему, К. очень разволновался. Случайно крошки со стола упали ему на пиджак, он стряхнул их рукой. Показалось, что часть их осталась на нем. Он несколько раз повторил движения стряхивания. С тех пор эти движения стали невольно воспроизводиться во всякой обстановке, превратившись в мучительную навязчивость. Конечно, крошки явились здесь случайным моментом. Когда больной с помощью врача постепенно разобрался в причине своего заболевания, он пришел к выводу, что движения стряхивания закрепились потому, что

обидные замечания товарищей о якобы «грязной» жене как бы «толкали его руки к очищению от грязи». Конечно, внутренне противоречивые отношения к жене, чрезвычайно волновавшие его и не разрешавшиеся из-за особенностей характера больного, ослабили его нервную систему и привели к образованию застойного большого пункта, лежащего в основе навязчивых действий.

### ПСИХОГЕННЫЕ ПСИХОЗЫ

Психогенно могут возникать и психотические состояния, такие, как психогенные депрессии, психогенные бредовые расстройства. Примером этих нарушений являются обусловленные психическими причинами состояния угнетения, так называемые *психогенные депрессии*. Диагностика их основывается на выявлении психических причин заболевания и на установлении некоторых особенностей их клинических проявлений. В центре психопатологической картины в этих случаях находится реакция на то патогенное обстоятельство, которое вызвало депрессивное состояние. Для психогенной депрессии характерно смягчение ее при отвлечении внимания от психо-травмирующих моментов, и, например, чем больше внешние моменты напоминают о психической травме, тем больше ухудшается состояние больного.

Тяжелые потрясения и переживания могут привести к возникновению так называемого психогенного, в частности *истерического, ступора*. Это состояние характеризуется застыванием в неподвижной позе, молчанием, отсутствием реакции на окружающее. Однако при психогенном ступоре психо-вегетативная реактивность сохраняется, несмотря на разлитую заторможенность, в то время как при другой форме ступора — кататонической, при шизофрении отмечается ареактивность.

Психогенными могут быть и бредовые расстройства, вызываемые болезненно острыми переживаниями.

При лечении психотических заболеваний психогенной природы большое значение приобретают различные методы психотерапии. Некоторые из этих состояний могут полностью излечиваться психотерапией.

### СОМАТОГЕНИИ

Психические нарушения могут вызываться соматическими причинами. Такие психические расстройства называются *соматогенными*. Инфекции, интоксикации,

заболевания внутренних органов, в частности желез внутренней секреции, часто являются источником психических нарушений. При приступах стенокардии не-

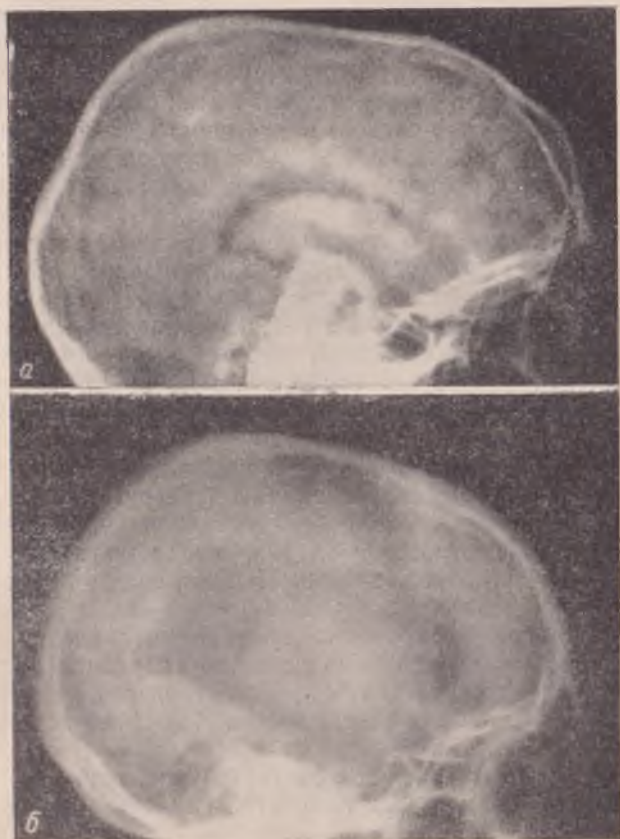


Рис. 19. Пневмоэнцефалограммы.

*а* — здорового человека; *б* — больного водянкой головного мозга после перенесенного эпидемического энцефалита.

редко возникают состояния тревоги и страха. Подобные же состояния наблюдаются и при заболеваниях щитовидной железы. Понижение функции щитовидной железы характеризуется умственной вялостью, апатией, задержкой развития. Напротив, повышение ее



деятельности (состояние гипертиреоза) проявляется в ускорении психического темпа, повышенной впечатлительности, возбудимости.

Многие нейроинфекции характеризуются психическими, в частности неврозоподобными, нарушениями (снижение умственной работоспособности, памяти, внимания и пр.). При отсутствии убедительных симптомов поражения нервной системы в этих случаях иногда устанавливается диагноз психогенного заболевания. Между тем только наличие травмирующих психику обстоятельств и болезненных переживаний может позволить диагностировать психогению.

Предположение о психогенном характере расстройства лишь на основании отсутствия признаков органического поражения нервной системы нередко становится источником ошибок. На рис. 19 приведены пневмоэнцефалограммы больного, перенесшего энцефалит, который ошибочно был принят за невроз. Для сравнения приводится нормальная пневмоэнцефалограмма (а).

Психогенные факторы могут комбинироваться с соматогенными, взаимно усиливая друг друга. Эти случаи особенно трудны для диагностики и дифференциальной диагностики. Очевидно, что правильное ее проведение требует знания медицинской психологии.

Медицинские работники всех специальностей, не только врачи, но и средний и младший персонал, должны понимать, какие условия, обстоятельства, какое обращение с больными может быть источником психически обусловленных болезненных состояний. Это необходимо знать как для предотвращения психогенных расстройств, так и для того, чтобы помочь больному преодолеть их.

### Контрольные вопросы

1. Что называется психогенией? Перечислите основные формы психогенных заболеваний.
2. Приведите примеры соматических нарушений, которые могут возникать психогенным путем.
3. В чем ошибочность психосоматического направления в капиталистических странах?

4. Может ли заболеть истерией человек со здоровой нервной системой? Опишите особенности истерического характера.
5. Какова роль личности и ее отношений в возникновении психогенных заболеваний?
6. Приведите пример психогенного психотического заболевания.
7. Что такое соматогения?

## Глава 12

### ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ

**Психотерапия** — это процесс лечебного воздействия врача на психику больного или группы больных (одновременно). Однако не всякое лечебное воздействие на психику больного относится к психотерапии. Например, воздействие на психику психофармакологическими препаратами не относится к психотерапии.

Лечебные психотерапевтические воздействия являются воздействиями психическими, т. е. такими, как слово (а также мимика, жест, поведение и действие) врача и влияние окружающей обстановки, режима, среды (лечение средой).

Основное психотерапевтическое воздействие — воздействие словом. Однако не каждое слово является лечебным. Оно может пройти мимо больного, оставить его безучастным, равнодушным. Слово может лечить, когда оно несет с собою информацию, нужную больному, дающую ему ответ на самые важные для него вопросы, когда оно эмоционально заряжено, т. е. способно затронуть больного, ободрить его, воодушевить, успокоить, открыть перед ним новые цели, дать новую перспективу его жизни.

Медицинские работники играют большую роль в осуществлении психотерапевтического процесса. Особенно это относится к сравнительно новой специальности средних медицинских работников — специалистов по восстановительной терапии (специалистов по *социальной реадaptации*). Это также относится и ко всем другим работникам — детских и онкологических

учреждений, психоневрологических больниц и диспансеров — в первую очередь. Но знание основ психотерапии и умение применять их на практике необходимо всем без исключения медицинским работникам.

Применение психотерапии, т. е. психических методов лечения, требует глубокого знания больного. В зависимости от очень многих факторов изменяется объем и место психотерапии в общем лечебном комплексе. В одном случае психотерапия является основным методом лечения (при неврозах, алкоголизме, заикании, некоторых внутренних и кожных заболеваниях и т. д.), при других болезнях она является необходимым вспомогательным средством (при большинстве внутренних болезней, для подготовки к операции и в послеоперационном периоде, в акушерстве и гинекологии и др.). Особое значение приобретает психотерапия в комплексном лечении психических заболеваний. Объем и методика психотерапии меняются в зависимости от возраста больных (дети, пожилые больные, больные преклонного возраста), характера болезни, особенностей личности, особенностей медицинского учреждения, в котором она проводится (больница, диспансер, поликлиника, санаторий).

Всякий психотерапевтический процесс начинается с ознакомления с больным и установления эмоционального контакта между больным и врачом. На этом этапе роль медицинского работника сводится к тому, чтобы вызвать и укрепить доверие больного к лечащему врачу, к работе всего коллектива лечебного учреждения. Высказывания персонала в этом периоде должны быть особенно осторожными. Одни и те же, даже успокоительные, заверения персонала разные больные могут по-разному истолковать. Надо запомнить, что даже ободряющим высказываниям врачей и персонала больные с тревожно-мнительным характером склонны придавать обратный смысл. Например, фразу: «Успокойтесь, у Вас нет никаких симптомов рака кишечника», больной может понять так, что у него подозревается рак кишечника.

Медицинский персонал может помочь врачу в собирании анамнестических сведений. Внимательное выслушивание больного — большое искусство. Оно требует, во-первых, терпения, во-вторых, способности к

так называемому сопереживанию (т. е. такому эмоциональному состоянию, когда медицинский работник живо разделяет эмоциональное состояние больного, чутко реагирует на него). Такое сочувствие проявляется во внимании к рассказу больного, отражается на мимике, жестах, на всем поведении слушающего. Разумеется, выслушивание больного не должно мешать медицинской сестре выполнять другие обязанности (наблюдение за больными, раздача лекарств, процедуры и пр.). Однако часто бывает, что некоторые больные, которые утром были замкнутыми, к вечеру становятся более общительными и стремятся поделиться с сестрой фактами своей жизни, надеждами и опасениями в связи с болезнью. Все это следует тщательно фиксировать, чтобы сообщить лечащему врачу. Однако в присутствии больного лучше не записывать то, что он говорит: многих больных это может отпугнуть. Необходимо записи делать в отсутствие больного (в дневнике наблюдения или на отдельных листках бумаги).

#### ОБЩИЕ ДАННЫЕ О СПЕЦИАЛЬНЫХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДИКАХ

Специальные психотерапевтические методики осуществляет врач. Однако и среднему медицинскому работнику надо также хорошо ориентироваться в существе психотерапевтических воздействий, чтобы правильно оценить состояние больного до и после психотерапии.

Все психотерапевтические методики можно условно разделить на *внушение*, *убеждение* и *активирующую психотерапию*. Кроме того, различают *индивидуальную* и *коллективную* психотерапию.

**Внушение** — это своеобразное психологическое воздействие одного человека на другого. При внушении воздействие производится не столько на сознание и интеллект больного, сколько на его чувства и воображение. Следовательно, по существу своему внушение есть воздействие эмоциональное. Так как внушение в основном адресуется чувству (эмоции) и воображению больного, оно не встречает с его стороны критического отношения, и это позволяет внушению довольно легко проникать в психику больного и приобретать прочность и длительность действия.

С физиологической точки зрения внушение есть концентрированный очаг раздражения в коре головного мозга, который в силу отрицательной индукции вызывает вокруг себя зону торможения. Наличие этой зоны сообщает внушению изолированность и прочность.

Внушение, применяемое врачом в лечебных целях, называется лечебным внушением.

Различают внушение в гипнотическом состоянии, внушение в состоянии естественного сна, внушение после введения спотворных или наркотических средств (наркогипноз), внушение в состоянии бодрствования и самовнушение.

Гипнотическое состояние (гипноз) — частичный сон, состояние перехода между бодрствованием и сном. Часть коры головного мозга затормаживается, что способствует устранению восприятия посторонних раздражителей, в других частях коры развиваются гипнотические фазы — уравнительная, парадоксальная ультрапарадоксальная (сущность этих фаз известна из курса физиологии). Внушение врача, не встречая посторонних, отвлекающих больного влияний и критических мыслей, приобретает «неодолимое значение» (И. П. Павлов).

Существует много способов гипнотизации (усыпления) больного. Приведем главнейшие. Усыпление может быть достигнуто монотонным повторением коротких однообразных фраз, описывающих засыпание больного (словесное усыпление). Например: «Ваше тело полностью отдыхает. Мышцы расслабляются. Вас охватывает глубокий покой. Приятное тепло медленно разливается по телу. Глаза слипаются. Руки и ноги тяжелеют. Вам очень хочется спать. Мысли расплываются и затуманиваются. Все заботы и волнения уходят. Приятная дремота окутывает Вашу голову. Все больше и больше хочется спать. Вы засыпаете все глубже... глубже... Погружайтесь в сон... Погружайтесь в сон...».

Иногда в конце словесного усыпления (формулы усыпления) начинают считать до 10 или 20, указав больному, что когда врач сосчитает до 10 (20), больной заснет.

Другой прием состоит в воздействии на больного монотонными звуками (стук метронома, тиканье ча-



сов), световыми (мигание синей лампочки), тепловыми (водят вдоль тела тепловой лампой) раздражителями. Иногда усыпление начинают с того, что предлагают больному пристально смотреть на блестящий шарик или конец неврологического молоточка в руках врача. Это делают для быстреего утомления глаз больного. Через несколько десятков секунд его веки обычно тяжелеют и закрываются. Особый прием представляют *пассы* (поглаживания лба, рук и вдоль тела больного). Все дополнительные приемы усыпления (воздействие монотонными раздражителями, фиксация взгляда, пассы) обычно комбинируются со словесным усыплением.

Гипнотическое состояние по глубине разделяется на поверхностный, средний и глубокий гипноз. Поверхностный гипноз представляет собой состояние дремоты, тяжести в веках и конечностях, часто урежение пульса и дыхания. После сеанса больной помнит все, происходившее с ним.

Средний гипноз — легкий сон, больной не может открыть глаза, путем внушения можно вызвать изменения в двигательной (внушенные парезы, гиперкинезы, каталепсия) и чувствительной сферах (анестезия, гиперестезия). После среднего гипноза также сохраняется воспоминание о том, что происходило во время сеанса.

Глубокий гипноз (иначе — сомнамбулизм, от латинских слов *somnus* — сон и *ambulare* — ходить — спохождение) — выраженный гипнотический сон. *Раппорт* (связь врача и больного за счет изолированного бодрствующего пункта в коре мозга) становится полностью изолированным (т. е. другой человек не может вступать в контакт с больным помимо врача). Мышцы тела полностью расслаблены, поднятая рука падает, иногда отвисает челюсть. Больным можно внушить галлюцинаторные образы (зрительные, слуховые, обонятельные), внушить, что они находятся в иных ситуациях (дома, купаются в озере, едут в автомобиле, находятся в театре и пр.). Возможно осуществление постгипнотических внушений (т. е. внушение действий, которые выполняются через несколько часов, дней и даже недель после пробуждения больного). После сеанса наблюдается амнезия.

Состояние гипноза может быть использовано в лечебных целях двояко — само по себе («гипноз — отдых» по К. И. Платонову) и для проведения во время него словесного внушения. Последнее применяется чаще. Словесное внушение бывает *императивным* (повелительным) и *мотивированным* (разъяснительным). Во втором случае внушение мотивируется, комбинируясь с разъяснением, убеждением больного.

В некоторых случаях после сеанса внушения в гипнозе наблюдается повторное наступление гипнотического состояния (особенно если больной не был тщательно и полностью выведен из гипноза). Поэтому больные, лечащиеся в стационаре внушением в гипнозе, должны в течение нескольких часов находиться под наблюдением персонала, а в амбулаторных условиях — находиться в поликлинике или диспансере в течение часа после окончания сеанса гипноза. Если применяются удлиненные до 2—3 часов сеансы гипноза (В. Е. Рожнов) или лечение гипнотическим сном — такие больные также находятся под наблюдением среднего медицинского персонала.

В редких случаях во время гипноза у больного может наступить истерический припадок. Опасности такой припадок не представляет. Больного следует вывести из гипнотического состояния. Не надо суетиться вокруг него, подчеркивать тяжесть осложнения, или выражать по этому поводу тревогу.

Внушение в состоянии естественного сна. Внушение в естественном сне применяется редко (чаще у детей). Иногда применяют постепенный перевод естественного (полного) сна в гипнотический (частичный) сон. Вообще следует помнить, что во время сна многие люди сохраняют способность воспринимать человеческую речь. Это важно знать медицинскому персоналу. Даже когда больной спит, нельзя рядом с ним говорить о вещах, о которых нежелательно упоминать при больном в случае его бодрствования.

Внушение при введении снотворных или наркотических средств. При недостаточной гипнабельности (способности погрузиться в гипноз) и в некоторых других случаях применяют *наркогипноз*. Больному дают снотворное либо *per os*, либо вводят его внутривенно. Обычно дают 0,1—0,2 ами-

тал-натрия, 0,1 нембутала, 0,3—0,5 мединала или вводят в вену 3—5—7 мл 5% раствора амитал-натрия, гексенал, пентотал или подобное вещество.

Доза подбирается индивидуально. Состояние больного контролируется во время введения. Больного просят считать вслух или рассказывать что-либо. В начале наступает эйфория с двигательным растормаживанием, затем сонливость, которая переходит в сон. В состоянии сонливости делается словесное внушение. Роль медицинской сестры сводится к поддержанию состояния глубокой сонливости до окончания внушения.

Внушение в состоянии бодрствования. Внушение оказывает значительное лечебное влияние и вне гипноза. Врачи, в сущности, пользуются внушением во время каждой беседы с больными. Сила внушающего влияния врача зависит от того, каково отношение больного к этому врачу. Авторитет врача, умелый подход к больному, знание им психологии больного человека позволяют ему широко пользоваться внушением в лечебных целях. Крупнейший русский ученый В. М. Бехтерев писал: «Если больному после разговора с врачом не становится лучше, то это не врач».

Многие врачи пользуются так называемым мотивированным внушением. Больного укладывают на кушетку, просят закрыть глаза. Не усыпляя больного, добиваются лишь расслабления мускулатуры и ощущения отдыха и покоя. Внушение делают тихим голосом, разъясняя (мотивируя) внушаемые положения. Например, говорят: «Сейчас нервные клетки отдыхают, укрепляются. Поэтому после внушения Вы будете чувствовать себя гораздо бодрее». Или: «Ваша раздражительность зависела от слабости нервной системы. Однако нервные клетки целы, они лишь устали. Сейчас они укрепляются. После сеанса Вы будете совершенно спокойны».

Внушение в бодрствующем состоянии особенно эффективно на фоне значительного эмоционального подъема (аффективная предрасположенность к внушению). Именно такие условия часто создаются в группе больных. Между больными происходит процесс индукции (передачи аффективного состояния).

Внушение в состоянии бодрствования применяется для лечения заикания, алкоголизма, неврозов.

**С а м о в н у ш е н и е.** Многочисленными опытами ученых, в том числе и отечественных (И. Р. Тарханов, В. М. Бехтерев, К. И. Платонов и др.), показано, что внушение, которое больной делает самому себе, вызывает физиологические изменения в различных системах организма. Самовнушение, так же как и внушение извне, является концентрированным очагом возбуждения в коре головного мозга, который создается в данном случае самим больным при помощи определенных словесных формул или мысленных представлений. Влияние представлений на физиологические процессы в организме доказано с очевидностью такими фактами, как выделение желудочного сока в ответ на представление о вкусной пище, появление «гусиной кожи» — на представление о воздействии холодом, частое мигание — на представление об инородном теле, попавшем в глаз, и пр.

В настоящее время применяются различные методики самовнушения. Одна из них состоит в том, что врач вместе с больным составляет так называемую «формулу самовнушения», т. е. короткий текст, содержащий лечебные самовнушения (4—5 фраз). Например: «Я чувствую себя вполне хорошо. Мое настроение ровное, приятное. Сон и аппетит становятся все лучше и лучше. Лечение мне очень помогло» и т. д. После общих самовнушений проводятся специальные, направленные на отдельные симптомы заболевания. Эту «формулу» больной повторяет мысленно или шепотом несколько раз подряд в состоянии покоя и расслабления мышц (утром в постели, после обеда и перед сном).

**Аутогенная тренировка.** Распространенной психотерапевтической методикой является аутогенная тренировка (т. е. тренировка, выполняемая самим больным).

Аутогенную тренировку предложил немецкий ученый И. Шульц. У нас она применяется в различных вариантах (М. С. Лебединский, А. М. Свядош, С. С. Либих, А. Н. Шогам, Г. С. Беляев и др.). Больной ложится на кровать или садится на стул, немного наклонившись вперед. Приготовившись, он старается

отчетливо представить себе I упражнение: «Моя правая рука становится тяжелой». Такое упражнение больной повторяет 2—3 раза в день, лучше всего перед сном и сразу после пробуждения. Когда в правой руке появляется выраженное ощущение тяжести, переходят к левой руке, а потом к ногам. II упражнение: «Моя правая рука становится теплой». III упражнение: «Мое солнечное сплетение стало теплым, оно излучает тепло». IV упражнение: «Сердце бьется сильно и ровно». V упражнение: «Дыхание глубокое и спокойное». VI упражнение: «Лоб прохладный». Иногда ограничиваются первыми 2—3 упражнениями. После выполнения упражнений наступает расслабление мышц, ощущение глубокого покоя, часто наступает сонливость. В этом состоянии полезно проводить лечебные самовнушения, которые рекомендует врач.

Роль медицинской сестры при проведении лечения внушением и самовнушением велика. Она особенно тщательно должна наблюдать за этими больными. Несмотря на безопасность указанных видов лечения, иногда бывают осложнения: например, отставленные гипнотические состояния, головная боль, а при аутогенной тренировке — снижение артериального давления и другие. Однако не менее важной задачей медицинского персонала является изучение психологического состояния больного в связи с лечением, его отношения к лечению.

**Психотерапевтическое убеждение.** Другим очень важным видом психотерапии является лечение убеждением. Для того, чтобы применять этот метод, врач должен хорошо знать больного. Только индивидуально построенное убеждение, основанное на учете всех особенностей личности больного, может стать лечебным убеждением, т. е. способствовать перестройке болезненных переживаний, смягчению их, вызвать мобилизацию активности больного, поставить перед ним ясные, интересующие его цели.

Сказанное видно из следующего примера.

У больного Б. длительное время наблюдалось нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта. Это проявлялось в том, что у него от малейших погрешностей в диете возникал сильнейший понос, сопровождавшийся болями в животе и общей слабостью, заставлявшей его оставаться в постели. Врачи-терапевты



назначили Б. очень строгую диету, и больной длительное время находился на ней. Б. потерял около 10 кг в весе. Будучи по характеру тревожно-мнительным и наблюдая падение веса, Б. пришел к выводу о том, что у него, по-видимому, рак кишечника, который врачи скрывают от него. Возникший страх раковой опухоли («канцерофобия») привел к тому, что Б. перестал заниматься своими делами, оставил работу, ничего не читал, перестал общаться с людьми. Многие врачи убеждали его, что у него нет рака, но такое убеждение не действовало на него.

Когда Б. попал к психотерапевту, врач не стал сначала убеждать больного в том, что у него нет рака. Вместо этого он подробно стал расспрашивать Б. о его детстве, семье, условиях воспитания, школьных годах, его характере, особенностях жизни в различном возрасте. Выяснилось, что Б. рос в семье с очень строгой дисциплиной, его отец наказывал своих детей за самые маленькие проступки и был суровым замкнутым человеком. Б. очень боялся его, и, когда совершал какой-нибудь проступок, у него возникало нервное состояние, проявлявшееся поносом. Позднее, в школьные годы, понос возникал у Б. во время экзаменов, а также контрольных работ. Когда Б. стал работать, оказалось, что он очень хорошо справлялся с небольшим объемом работы, который ему поручали. Однако, когда Б. перевели на более ответственную работу, где он должен был руководить другими людьми, у него возникло нервное напряжение и началось желудочно-кишечное расстройство. Врачи, назначившие ему строгую диету, совершили ошибку, так как педантичное соблюдение диеты привело к падению веса больного и возникновению у тревожно-мнительной личности страха злокачественного заболевания.

Установив цепь развития нервных симптомов болезни, врач начал убеждать больного в нервном происхождении его расстройства. Он последовательно разбирал вместе с ним изложенные ранее факты. Одновременно больному расширили диету, а потом и совсем отменили ее, тренируя желудочно-кишечный тракт больного, приучая его снова есть любую пищу. Больной выздоровел.

**Коллективная и групповая психотерапия.** Коллективная и групповая психотерапия — близкие понятия. Разница между ними состоит в том, что при групповой психотерапии основное психотерапевтическое воздействие исходит от врача и направлено на всю группу в целом. Например, проводится сеанс гипноза или психотерапевтическая беседа, во время которой врач разбирает причины нервных заболеваний, способы борьбы с ними.

При коллективной психотерапии используется также лечебное влияние коллектива больных на каждого больного.

В. М. Бехтерев и его сотрудники показали, что суждения членов психотерапевтической группы о каком-либо предмете или явлении после обсуждения их

в коллективе становятся более правильными и устойчивыми. К этому можно добавить, что в коллективе увеличивается объем внимания, количество воспринимаемой полезной информации также возрастает. Все это указывает на пользу коллективного метода психотерапии.

Что касается эмоций, то в коллективе происходит эмоциональное влияние одних больных на других, что при правильном подборе больных для психотерапевтической группы приводит к общему повышению настроения в группе, созданию благоприятного фона для «лечебного ободрения» в группе (Н. В. Иванов).

Неправильные установки больных, пессимистические взгляды, скептическое отношение к лечению некоторых больных подвергаются критике и развенчанию со стороны других, более активных больных. Подбор больных для коллективной психотерапии по принципу: «выздоровливающий — начинающий» создает для последних «лечебную перспективу», стимулирует их «волю к здоровью».

**Активирующая психотерапия.** Цель активирующей психотерапии — мобилизация сохранных сторон личности больного, включение его в реальные жизненные условия, тренировка функций, нарушенных в результате заболевания. Огромную роль активирующая психотерапия играет при психических заболеваниях, особенно протекающих с явлениями вялости, снижения активности, инципативы (так называемый *анато-абулический синдром*). Такие состояния бывают при шизофрении, органических заболеваниях головного мозга (особенно с участием лобных долей). Активирующая психотерапия, возбуждая новые интересы и стремления больных, затормаживает такие болезненные проявления, как ипохондрические состояния<sup>1</sup>, отвлекает больных от фиксации на своем самочувствии, на деятельности внутренних органов. Больные с астено-ипохондрическими состояниями (невротики, психопаты, больные органическими заболеваниями нервной системы и др.) также пуждаются обычно в активировании и переключении на другие жизненные пути.

<sup>1</sup> Ипохондрия — болезненные опасения за состояние своего здоровья, уверенность в палиции тяжелых заболеваний, в действительности не существующих.

Активирующая психотерапия приносит пользу при навязчивых состояниях (страхах, навязчивых мыслях и сомнениях и др.). Полезны систематические тренировки для лиц, страдающих боязнью пространства (*агорафобия*), страхом сердечного заболевания (*кардиофобия*) и рядом других страхов.

**Психотерапия и лечебные тренировки.** В медицинской практике широко применяется метод лечебных тренировок. Лечебная тренировка заключается в систематическом и последовательном упражнении отдельных органов и систем организма, отдельных психических функций или всей личности больного в целом. Перед больным ставятся определенные задачи, которые он должен преодолевать, причем по ходу лечения эти задачи усложняются все больше и больше. Так, больным, впервые начавшим пользоваться протезом, даются все более сложные двигательные задания; больным, перенесшим инсульт с нарушением речи, постепенно дают возрастающую речевую нагрузку; при заболеваниях сердечно-сосудистой системы назначают прогулки, причем расстояние, которое должен пройти больной, а также уклон (подъем) поверхности земли, по которой он идет, последовательно увеличиваются.

Такая же система тренировок применяется и в психиатрии, и в невропатологии. Так, при *корсаковском психозе* (болезнь, для которой характерны нарушения памяти и полиневрит), наряду с медикаментозным лечением и физиотерапией, больным проводят курс лечебных упражнений, направленных на восстановление или хотя бы улучшение памяти. Больные со многими видами невротических расстройств (*агорафобией*, *кардиофобией*, *астазией-абазией*) нуждаются в систематических тренировках.

Лечебные тренировки представляют собой комплексное мероприятие. В назначении их участвуют терапевт, в случае необходимости — хирург, ортопед, а также невропатолог, логопед, психиатр, специалист по лечебной физкультуре, педагог.

Врач должен выяснить отношение больного к предполагаемому тренировочному лечению, степень надежд, которые он возлагает на него. Во-вторых, он выявляет наличие компенсаторных возможностей пси-

тики и всей личности больного, чтобы рекомендовать наиболее продуманный план лечебных тренировок. В третьих, он подготавливает больного психологически к этим мероприятиям.

Средний медицинский работник активно помогает и выполнению этих задач. Часто больные сомневаются и в возможностях выполнения задач, которые врачи ставят перед ними. Так, например, одни из них считают невозможным перейти от постельного режима к самостоятельному передвижению по комнате, другие — отказываются выйти из дому, третьи — приступить к какому-либо виду труда или другому занятию. Встречаются и такие больные, которые считают, что все это они смогут делать только после того, как они выздоровеют полностью. Они так и говорят: «Как же я могу ходить, если у меня все время возникают сердцебиения?» или: «Я не могу есть (тот или иной вид пищи), так как у меня сразу же возникает тошнота» и пр. Медицинский работник должен знать, что указанные ситуации возникают не от сознательного сопротивления больного, капризности (хотя, конечно, бывают и такие случаи), а от особого невротического отношения, невротической переработки заболевания, которое закрепилось и привело к созданию неправильных, болезненных стереотипов поведения.

В этих случаях необходима неустанная кропотливая работа по убеждению больного в необходимости приступить к тренировкам, невзирая на еще имеющиеся место неприятные ощущения и проявления болезни. Такое убеждение не должно быть формальным. Необходимо убеждать, иногда неоднократно, ссылаясь на положительные факты из жизни самого больного, приводить примеры улучшения состояния других больных, разъяснять физиологическую обоснованность и ценность тренировки пораженной функции, приводить примеры из литературных произведений, кинокартин и т. д. Иногда полезно провести своеобразное «подкрепление» инициативы больного, «награждая» его за полезные действия (хотя, конечно, нельзя возвести это в систему), организовать групповые тренировки с тем, чтобы одни больные активировали других, пробудить элементы соревнования между ними. В ряде случаев, особенно в самом начале, приходится активно

настаивать на включении в тренировочный режим, дисциплинировать больного, проводить тренировки в строго определенное время.

**Психотерапия в виде «лечения средой».** Средой или микросредой называются, во-первых, люди, относящиеся к ближайшему окружению больного (семья, близкие друзья, товарищи по работе, а в больнице — другие больные, врачи, медицинские сестры, непосредственно участвующие в его лечении), во-вторых, вся обстановка, окружающая его в жизни и во время пребывания в лечебном учреждении.

Больной человек находится со средой в самом тесном контакте; среда в значительной степени определяет круг его интересов, его социальный и моральный облик, а также его эмоциональное состояние, настроение. Правильно организованное воздействие среды на больного является мощным лечебным средством.

Воздействие среды можно разделить на: 1) воздействие вне лечебного учреждения и 2) воздействие внутри лечебного учреждения.

Врач, а также средний медицинский работник всегда интересуются условиями среды, в которых жил больной до поступления в больницу. С этой целью врач обязательно знакомится с родственниками больного, а иногда и с сослуживцами, выясняет характер работы, взаимоотношения больного в коллективе, семье и т. д. В ряде лечебных учреждений с родственниками больных проводятся систематические коллективные беседы, во время которых им разъясняют суть заболевания, физиологические механизмы развития болезней, их причины, особенности течения, с тем, чтобы родственники ясно представляли себе, чем болен член их семьи, как надо к нему относиться, какой режим он должен соблюдать.

Средний медицинский персонал играет большую роль в такой работе. Особенно важны так называемые социальные обследования, которые специально обученные медицинские сестры выполняют вне стен медицинского учреждения. Они направляются в семью, на квартиру, на производство, в учебное заведение, им приходится беседовать с родственниками, соседями, товарищами, администрацией. Такая работа заключается в сборе подробных сведе-



ний о влиянии окружающей обстановки на больного, а также в организации правильной среды, в которую должен вернуться больной, в улаживании разнообразных трудностей бытового, административного, юридического характера. Помимо этого, медицинская сестра-обследовательница, беседуя с большим кругом лиц, проводит и психотерапевтическую работу, помогая врачу осуществлять «лечение средой», а также участвовать в процессе оздоровления этой среды.

Второй тип «лечения средой» — это воздействие внутри больницы, санатория, диспансера. Здесь большую роль играет так называемый психотерапевтический режим. Можно выделить две основные разновидности его: 1) лечебно-охранительный и 2) лечебно-активирующий.

Лечебно-охранительный режим показан для ослабленных, истощенных больных, для больных после перенесенной острой психической травмы. Он сводится к изоляции больных от травмировавшей их обстановки, предоставлению им покоя, отдыха, удлинению и укреплению их сна (иногда до 16—18 часов в сутки). В этот период с больными проводятся успокаивающие беседы, а также назначаются седативные и общеукрепляющие препараты (бромиды, транквилизаторы, витамины, глюкоза и пр.).

Однако следует учитывать, что такой режим не должен быть длительным и что пользу он приносит не при всех нервных заболеваниях. Так, например, при *неврозе навязчивых состояний и психастении* (заболевания, характеризующиеся бесплодным размышлением, навязчивыми действиями и ритуалами, мнительностью и пр.) лечебно-охранительный режим определенно вреден. Он ведет к удалению отвлекающих факторов, не дает больному переключаться на другие виды деятельности, и в результате больной все больше сосредоточивается на своих болезненных переживаниях.

Не показан лечебно-охранительный режим для *ипохондрических* больных, т. е. таких, все внимание которых сосредоточено на ощущениях в различных частях своего тела (в сердце, желудке, кишечнике, легких, мочеполовых органах и т. д.). Такие больные, отличаясь болезненной мнительностью, легко приходят к

выводу о наличии тяжелых заболеваний, которыми они якобы страдают.

Остановимся более подробно на лечебно-активирующем режиме.

Лечебно-активирующий режим стремится создать обстановку, приближенную к реальной жизненной среде. В то же время он обеспечивает наилучшие возможности для психотерапии, так как дает возможность не только проводить успокаивающие беседы, но и переклывать больного на различные виды деятельности, активизировать сохранные стороны его личности, влиять на него при помощи коллектива.

Для среднего медицинского работника важно в первую очередь знать, что лечебно-активирующий режим проводится в условиях двухступенной системы обслуживания больных (врачи, медицинские сестры). За счет сокращения количества младшего медицинского персонала увеличивается число средних медицинских работников, что важно для проведения активного лечебного психотерапевтического режима. Ведь в условиях этого режима сестра становится не только исполнителем лечебных назначений врача, но также и организатором коллектива больных, в известных пределах она осуществляет психотерапевтическое и медико-педагогическое воздействие.

Двухступенная система связана с самообслуживанием больных (уборка палат, раздача пищи, поддержание режима) и с развитием самоуправления в их среде. Выбираются старосты палат, совет больных, который руководит хозяйственно-бытовой и культмассовой работой.

Психологическое значение лечебно-активирующего режима заключается в том, что больные становятся не пассивным «объектом» лечения и иного воздействия врачей и персонала, а «субъектом», т. е. активным участником лечения и всей коллективной жизни в медицинском учреждении. Отношения больного с медицинским персоналом строятся не на принципе «командования — подчинения», а согласно правилу «врач и больной — полноправные партнеры в общей борьбе за здоровье». Такое новое психологическое содержание взаимоотношений медицинских работников и больных становится возможным благодаря резкому повыше-

нию культурного уровня советских людей, осуществлению всеобщего среднего образования в стране, усилению внимания к медико-психологической стороне лечебного процесса.

### **Контрольные вопросы**

1. Что такое психотерапия? В чем ее значение?
2. Перечислите основные методики психотерапии.
3. Что такое внушение и гипноз? Укажите приемы гипнотизации больного.
4. Каковы функции среднего медицинского персонала при лечении больного внушением в гипнозе и наркогипнозе?
5. Что такое самовнушение и аутогенная тренировка?
6. Что такое психотерапевтическое убеждение?
7. Что такое коллективная и групповая психотерапия?
8. Каковы функции медицинской сестры при лечении больного аутогенной тренировкой, убеждением, при проведении коллективной психотерапии?
9. Что такое активизирующая психотерапия и лечебные тренировки? Каковы функции медицинской сестры при лечении больных этими методами?
10. Укажите основные черты психотерапевтических режимов.

## **Глава 13**

### **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО И ДРУГИХ ВИДОВ ЛЕЧЕНИЯ**

В предыдущей главе указывалось, что психика является мощным источником лечебного действия. Уверенность и убежденность больного в лечебном эффекте являются активным фактором, который постоянно играет важную роль при проведении всех видов терапии. При лечении больных, наряду с разнообразными медикаментозными средствами, широко применяются различные физические методы в виде отдельных физиотерапевтических процедур и в комплексе в

санаторно-курортных условиях. Многочисленными исследованиями было показано, что условнорефлекторные механизмы в процессе физиотерапии могут как усиливать, так и тормозить безусловные. Благоприятная общая обстановка лечения, укрепление медицинским работником надежды больного на действенность лечебной процедуры способны усилить ее действие. С другой стороны, больной может относиться отрицательно (по разным причинам) к лечению, может сомневаться в отношении его эффективности. Наличие такого рода тормозящих отрицательных влияний может привести к ослаблению лечебного действия. Термин «вооруженное внушение», введенный в медицинскую практику выдающимся невропатологом Шарко, как раз и подчеркивает тот факт, что в действии любого лечебного препарата, каждой физиотерапевтической процедуры необходимо учитывать в различной степени выраженный психотерапевтический компонент. При лечении больных особенно важен учет соотношения психического и фармакологического. Здесь необходимо выделить два основных вопроса, особенно актуальных в настоящее время, когда значительно возросло число лекарственных препаратов, используемых в различных областях медицины: 1) *действие фармакологических веществ на психическое состояние человека* и 2) *действие фармакологических веществ на человека в зависимости от состояния его психики*. Эффективность лечебного процесса во многом определяется знанием этих вопросов медицинскими работниками, как врачами, так и средним медицинским персоналом, являющимся активным помощником врача в исполнении лекарственных назначений и в наблюдении за их действием на больного.

#### **ДЕЙСТВИЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ НА ПСИХИКУ ЧЕЛОВЕКА**

Некоторые из средств, используемых в современной медицине, с незапамятных времен применялись с целью изменения психического состояния. Растения, содержащие наркотические вещества, такие, как мак, содержащий опиум, гашиш или индийская конопля, применялись внутрь, а также как курение для вызывания грезоподобных состояний и устранения боли. Древ-

перимские воины натирали тело листьями красавки (белладонны), вызывавшей у них ярость в бою. Чай, кофе, листья растения кока применялись как возбуждающие и освежающие средства. Известно широкое применение алкоголя с целью улучшения настроения.

Было замечено не только положительное влияние указанных веществ, но и те пагубные последствия по отношению к психике, к которым приводило их длительное употребление. Болезненное пристрастие к алкоголю, наркотическим средствам, проявляющееся в неудержимом тяготении к этим веществам в нарастающих количествах, ведет к тяжелым телесным и психическим нарушениям. Наркотическое действие ряда веществ нашло применение в хирургии — в наркозе. Наркоз по-гречески значит сон. Но вызываемое наркотическими веществами состояние медикаментозного сна столь глубоко, что допускает сложное и длительное хирургическое вмешательство. Известен наркоз с помощью хлороформа, эфира и других веществ.

Наряду с разработкой различных методов наркоза, с конца XIX в. начинается применение кокаина, добываемого из листьев растения кока для местного обезболивания. В XX в. кокаин был заменен новым синтетическим химическим препаратом — новокаином, который стал широко применяться при разного рода хирургических вмешательствах как анестезирующее вещество.

*Наркотические вещества*, прежде всего препараты опиия (морфин, кодеин, пантопон и др.), хлоралгидрат получили широкое распространение как успокаивающие средства, а также при лечении столь частого болезненного состояния, как бессонница. В дальнейшем с этой же целью стали применяться производные барбитуровой кислоты (люминал, мединал, нембутал, амитал-натрий и др.), а также «небарбитуратные» спотворные — ноксирон, димерин.

Наряду с седативными, успокаивающими средствами, в медицинской практике широко применяются вещества, стимулирующие нервную систему. К ним относятся кофенин, ранее получаемый из листьев чая и зерен кофе, а в настоящее время — синтетическим путем, а также женьшень, паптокрин, добываемый из пантов молодых оленей, и особенно фенамин.



И. П. Павлов показал, что кофеин усиливает раздражительный процесс и улучшает таким образом работоспособность экспериментального животного. У человека кофеин повышает умственную работоспособность, снижает утомляемость, уменьшает потребность во сне.

В последнее время все более широко применяется группа психофармакологических средств, названных *транквилизаторами* (успокоителями). Они снижают возбудимость центральной нервной системы, устраняют психическое возбуждение. Одновременно они вызывают легкую сонливость, поэтому применяются как снотворные, либо вместе с другими снотворными, так как усиливают их действие. Среди этих препаратов можно указать в первую очередь на аминазин и резерпин. Малые транквилизаторы — мепробамат, либриум и др. находят широкое применение для уменьшения раздражительности, беспокойства, устранения страха и напряженности.

Другую группу психофармакологических средств составляют *антидепрессанты* (тофранил и др.). Они положительно действуют при угнетенных настроениях, в особенности при так называемых эндогенных депрессиях, обусловливаемых внутренними условиями. При психогенных депрессиях, вызываемых травмирующими психику внешними обстоятельствами, они оказывают гораздо менее выраженное действие.

Применение транквилизаторов и антидепрессантов совершенно изменило лицо современных психиатрических отделений, в них резко уменьшилось число возбужденных больных.

Антидепрессанты успешно применяются также при телесных нарушениях, сопровождаемых умственной и эмоциональной заторможенностью.

Особую группу составляют так называемые *симптомиметические средства*, вызывающие различного рода нарушения психики. Уже отмечалось, что своеобразные психические расстройства возникают под влиянием препаратов опия, например морфина, гашиша, кокаина. Они вызывают повышение настроения — эйфорию, грезоподобное состояние, снижают активность, уменьшают чувствительность к боли. Более выраженным действием подобного рода обладают галлюцино-

гены — вещества, способные вызывать яркие галлюцинации. В клинических и экспериментальных условиях наиболее изучено действие диэтиламида лизергиновой кислоты. Прием галлюциногенов обычно



Рис. 20. Астения у собаки с экспериментальным психозом, вызванным интоксикацией тофранилом (по М. А. Гольденбергу).

сопровождается зрительными галлюцинациями, иногда бредовыми идеями.

Нужно отметить, что и некоторые обычные медикаментозные средства, если они применяются в больших дозах, способны вызвать нарушения психики. Под влиянием акрихина, атропина, симптомина и

других веществ у животных вызывали различные нарушения поведения, напоминающие расстройства психики у людей.

На рис. 20 представлены явления астении при экспериментальном психозе. Для астенического синдро-



Рис. 21. Кататонические явления у собаки с экспериментальным «психозом», вызванным чрезмерными дозами фармакологического вещества (по М. А. Гольденбергу).

ма характерна резкая физическая истощаемость, вялость животного, оно как бы дремлет.

Рис. 21 иллюстрирует кататонические проявления у собаки с экспериментальным психозом. Характерным для кататонического синдрома является выра-

женное снижение двигательной активности животного (обездвиженность), животное застывает в самых различных, искусственно приданных позах, длительно сохраняя их даже в том случае, если эти позы вызывают нарушения равновесия. Животное превращается как бы в статую («статуйное положение»).

Выше были приведены примеры непосредственного влияния фармакологических веществ на психику. Однако существуют и такие вещества, которые, не обладая специфическим влиянием на психику, способны изменять ее в различных направлениях. Приведем примеры. При лечении прогрессивного паралича — тяжелого психического заболевания — в настоящее время применяются различные антибиотики, в том числе пенициллин. Уничтожая инфекционного возбудителя болезни — бледную спирохету, — пенициллин тем самым приводит к восстановлению психического здоровья. Уже отмечалось, что под влиянием психического перенапряжения могут возникать некоторые психогенные заболевания, в том числе болезни эндокринных желез. Сахарный диабет, гипертиреоз и другие эндокринные нарушения нередко сопровождаются психическими нарушениями. В этих случаях вещества, нормализующие эндокринную систему, устраняют и психические нарушения.

#### **ДЕЙСТВИЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ НА ЧЕЛОВЕКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ ЕГО ПСИХИКИ**

Клинические наблюдения и специальные физиологические исследования свидетельствуют в пользу зависимости действия лекарственного вещества от психического состояния человека. В лаборатории И. П. Павлова были проведены интересные опыты на собаках. Собаке, поставленной в станок, вводился морфин, после чего она погружалась в сон. После ряда сеансов с впрыскиванием морфина собака начинала засыпать, когда в той же обстановке ей впрыскивали физиологический раствор. Затем она начинала засыпать только от укола иглы шприца в этой же обстановке. И, наконец, один вид шприца с иглой, одно помещение в станок начинали вызывать у нее засыпание. И. П. Павлов трактовал это как образование

условного рефлекса на все элементы обстановки, связанные с введением безусловно действующего фармакологического вещества — морфина. Таким образом, после ряда сеансов одна обстановка стала условным раздражителем, вызывающим такое же действие, как морфин.

Опыты в гипнозе, когда больному давали индифферентную жидкость и при этом внушали, что дается то или иное лекарственное вещество, эффект действия которого был ему известен, показали, что словесные внушения оказывают то действие, которое должно, по представлению больного, вызывать даваемое ему вещество. Так, если ему давали воду и говорили, что это раствор кислоты или кислый напиток, то лицо его изменялось, приобретало черты характерной гримасы. Если говорилось, что это очень вкусный напиток, то лицо изменялось, выражая удовольствие. Повседневный клинический или даже житейский опыт показывает, что внушение врача или даже не медика, но лица, пользующегося доверием и авторитетом у больного, вызывает тот же эффект, который соответствует словам делающего внушение.

При проведении лечения фармакологическими, в том числе и психофармакологическими, средствами необходимо учитывать влияние коллектива больных. Положительное или отрицательное действие некоторых препаратов, таких, как андаксин, мелипрамин и др., нередко зависит от отношения к этим препаратам активных больных той или иной группы («лидеров групп»).

В связи с тем, что действие фармакологических веществ в значительной степени зависит от состояния нервной системы и психики больного, в последнее время при исследовании новых лекарственных веществ используют прием плацебо. *Плацебо* — это контрольное вещество, по внешним свойствам, цвету, запаху, вкусу сходное с лекарственным средством, но не содержащее действующего начала. Эффект плацебо сказывается на всех людях. У некоторых людей реакция плацебо может даже превышать эффект действия подлинного вещества, у других — реакция значительно меньше. Это определяется степенью желаний исследуемого или больного и связанной с этим верой или неверием в этот эффект.



В литературе указывается на положительный эффект плацебо у 38% больных грудной жабой, в 30% — при тяжелых послеоперационных болях, в 58% — при морской болезни.

В работе Вольфа приводится пример действия плацебо во время приступа мигрени, возникшего под влиянием психического напряжения (рис. 22). Приступ мигрени возник у этого больного после неприятной

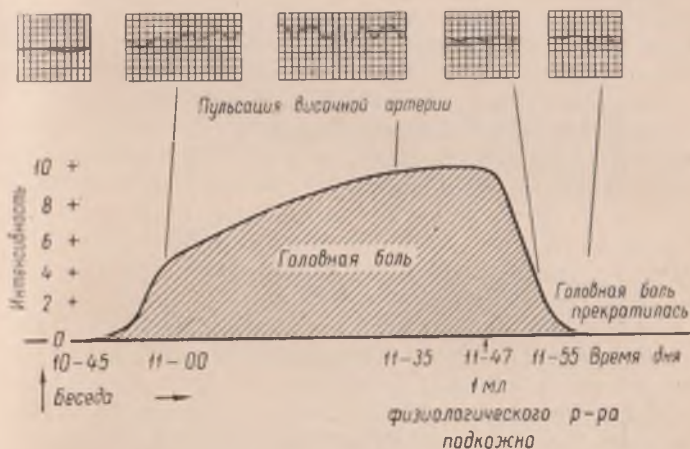


Рис. 22. Приступ головной боли, вызванный волнением, и прекращенный с помощью плацебо (по Вольфу).

беседы. В момент наиболее выраженной головной боли ему было сделано подкожное введение физиологического раствора, т. е. вещества, которое не должно было оказать действия на болезненный симптом. Но вслед за впрыскиванием приступ мигрени быстро прошел. В этом случае физиологический раствор сыграл роль плацебо.

В то же время необходимо отметить, что у некоторых больных, в особенности больных неврозами с состояниями тревоги и страха, даже повышенные дозы лекарственных веществ нередко оказываются неэффективными. Так, например, больные неврозами, страдающие бессонницей, часто не могут уснуть после приема снотворных, которые даются в больших, чем

обычно, дозах. Наблюдение больного с фистулой желудка показало, что лекарственные вещества, которые в спокойном состоянии действуют на больного, в состоянии тревожного возбуждения или напряжения пикакого действия не оказывали.

Уже отмечалось, что некоторые вещества вызывают привыкание, могущее перейти в злоупотребление ими. Особенно это относится к наркотикам. Поэтому эта болезненная склонность к злоупотреблению наркотиками получила название наркомании. При прекращении приема наркотического вещества обнаруживается явление так называемой *абстиненции*, которая особенно ярко выражена при кокаинизме и морфинизме.

Явления абстиненции сопровождаются крайне тягостными психическими и физическими нарушениями. Изменяется эмоциональное состояние, появляется тоска и тревога. Нередко возникают обманы чувств. Резко снижается работоспособность. Нарушаются сердечная деятельность и дыхание. Возникают боли в различных частях тела.

Абстиненция объясняется определенными биохимическими изменениями в организме и действием ряда психологических факторов. Больной, привыкая к наркотику, находит в нем источник успокоения, утешения, восстановления эмоционального тонуса. Лишаясь этого источника, он страдает не только от биохимического изменения, но и психологически, он перестает быть «человеком», по выражению многих больных, страдающих наркоманиями. Поэтому воздействие различными психотерапевтическими приемами на психику больного, в особенности на его эмоциональное состояние, является совершенно необходимым при лечении наркоманий.

Роль психики ярко выступает при лечении алкогольной наркомании. В настоящее время очень распространена условнорефлекторная терапия алкоголизма в виде лечения апоморфином, антабусом и некоторыми другими средствами. Все они вызывают более или менее выраженные вегетативные реакции в виде тошноты, рвоты, изменения сердечной деятельности, дыхания и пр. Прием этих веществ сочетается с употреблением алкоголя. В конце курса, когда выработается условный рефлекс, прием одного лишь алко-

голя вызывает выраженные вегетативные реакции, из-за которых больной отказывается от дальнейшего его употребления.

Однако такое лечение не снимает вопроса об уверенности или неуверенности больного, не изменяет его перспектив и отношения к жизни, а при условиях, которые в прошлом вызывали возникновение наркомании, она легко может вновь возобновиться. Поэтому для того, чтобы лечение алкоголизма было эффективным, оно должно обязательно сопровождаться созданием благоприятной для больного социально-психологической обстановки, применением психотерапии с целью перевоспитания больного, укрепления в нем сознательного и критического отношения к злоупотреблению алкоголем. Важная роль в проведении этой работы принадлежит среднему медицинскому работнику.

### **Контрольные вопросы**

1. Почему важно учитывать психологические факторы при лечении больных, что означает термин «вооруженное внушение»?
2. Укажите некоторые из фармакологических веществ, стимулирующих нервную систему.
3. Каково действие транквилизаторов на нервную систему человека?
4. В каких случаях применяются антидепрессанты, каково их действие?
5. Приведите примеры влияния психики на действие фармакологических веществ.
6. Что такое «плацебо»? Приведите примеры плацебо-эффекта?
7. Что такое состояние абстиненции? Опишите основные его психические и физические проявления.

## **Глава 14**

### **ПСИХОЛОГИЯ И ТРУДОВАЯ ТЕРАПИЯ**

Трудовую терапию или лечение трудом следует отличать от использования труда больных в хозяйстве медицинского учреждения, а также от трудоустройства их после проведенного лечения. Трудовая

терапия представляет собой систему лечебных воздействий, которые оказывают стимулирующее и регулирующее влияние на все процессы в организме больного, главным образом через высшую нервную и психическую деятельность.

Теория трудовой терапии тесно связана с вопросами медицинской психологии, психофизиологии и физиологии трудовых процессов.

Под влиянием труда существенно улучшается работа всех органов и систем организма, в первую очередь нервной системы, а также костно-мышечного аппарата, органов кровообращения и дыхания, обмена веществ. Лечебный труд имеет и большое психологическое, психотерапевтическое значение (больные вновь ощущают себя полезными людьми, налаживают психотерапевтический контакт в коллективе, обретают уверенность в своем будущем и т. д.). Самыми важными вопросами в теории и практике трудовой терапии являются: 1) строгое дозирование лечебного труда в соответствии с особенностями и стадией заболевания, возрастом, состоянием организма, интересами больного; 2) принцип постепенности и последовательности включения все новых и новых стимулирующих и обогащающих личность трудовых факторов; 3) дифференцированность трудотерапии в зависимости от особенностей личности больного; в частности, очень важную роль играет отношение больного к тому виду труда, которым он занимается; 4) коллективный характер лечебного труда и ряд других моментов.

Лечебный труд имеет многообразное значение в общем комплексе лечебных мероприятий, а именно:

1) стимулирует процессы, происходящие в организме, облегчает и благоприятствует компенсации имеющегося дефекта;

2) способствует отвлечению больного от болезненных переживаний, так как он содействует возникновению в головном мозгу новых очагов возбуждения, которые по принципу отрицательной индукции затормаживают старые очаги, связанные с болезнью;

3) содействует укреплению и дальнейшему восстановлению активности интеллектуально-волевой сферы;

4) имеет также и социально-психотерапевтическое значение — он способствует восстановлению связи

больного с коллективом и помогает ему вновь осознать себя полезным членом общества.

Показания к трудовой терапии очень широки. Лишь значительно истощенным больным, больным лихорадочными заболеваниями, а также находящимся в острой стадии психического заболевания (возбужденным, с расстройством сознания) трудовая терапия не показана.

Первоначальное привлечение больных к трудотерапии часто связано с необходимостью преодолеть их инертность, вялость, отрицательное отношение к труду, а в других случаях — неуверенность, боязнь и тревогу перед трудовой деятельностью. Некоторые больные (особенно страдающие невротами, психопатиями) говорят, что они начнут работать, «как только почувствуют себя здоровыми людьми».

Как правило, не следует дожидаться полного исчезновения болезненных симптомов. Наоборот, применение лечебного труда будет способствовать их смягчению и преодолению.

Перед применением того или иного вида лечебного труда нужно изучить трудовой анамнез больного, особенности его преморбидной<sup>1</sup> личности, его склонности и интересы в прошлом, деловую квалификацию, профессию и пр. Следует также соотнести характер его заболевания с видом и качеством предлагаемой ему трудовой деятельности. Например, больным эпилепсией (учитывая возможность припадков и мгновенных выключений сознания) нельзя предлагать работу на движущихся станках и машинах, около огня и воды. Больным шизофренией с склонностью к образованию патологических стереотипий или больным органическими заболеваниями мозга, отличающимся вялостью, скованностью движений, нецелесообразно давать стандартный, монотонный, однообразный труд. Во всех случаях больной должен видеть конечный продукт труда, видеть свой конкретный вклад в создание этого продукта. Вот почему чересчур расчлененный труд, при котором каждый работник выполняет какую-либо одну однообразную операцию (например, на

---

<sup>1</sup> Преморбидный — доболезненный (от *prae* — до, *morbus* — болезнь).



конвейере), не может быть признан подходящим для лечебных целей.

Назначая тот или иной вид труда, следует точно представлять себе, какие стороны психики больного он будет укреплять и стимулировать. Так, в одних случаях требуется лечебное воздействие на внимание, память, эмоциональную сферу, а в других случаях необходимо корригировать более сложные стороны личности (как темперамент, характер и др.). Надо также следить за тем, чтобы не возникла перегрузка больного физической работой или чересчур большим напряжением той или иной психической функции.

Процессы трудовой деятельности неизбежно влекут за собой возникновение и упрочение новых полезных взаимоотношений между больными. Этот фактор трудотерапии очень важен и должен постоянно учитываться. Больных следует рассаживать во время занятия трудотерапией таким образом, чтобы одни больные давали хороший ободряющий пример другим и в то же время не получали от них отрицательных влияний. Замкнутых, отгороженных от окружающего больных легче сблизить с другими больными и персоналом, не просто беседуя с ними, а в процессе трудовой деятельности, где эти больные могут обнаружить споровку и хорошие трудовые навыки.

Развитие трудовой терапии требует хорошо обученных кадров. Помимо специалистов по трудовой терапии и трудинструкторов (т. е. мастеров, техников по различным видам производственного труда), необходимо еще большое количество среднего медицинского персонала — людей, которые, с одной стороны, обладают значительными знаниями в области психологии, физиологии труда, психотерапии и общей медицины, а с другой стороны, — обладают навыками организаторов трудового процесса. Такой средний медицинский работник не должен начинать свою деятельность с приглашения больного к труду. Его работа начинается значительно раньше. Как только больной поступает в медицинское учреждение, специалист по трудовой терапии начинает изучать его (беседуя с ним, с его родственниками, изучая документы, относящиеся к делу, советуясь с лечащим врачом и т. д.) с точки зрения последующего включения его в трудовую тера-

нию. Такой работник должен хорошо изучить психологию больного, определить его отношение к труду, извесить его надежды и опасения, ободрить и стимулировать к трудовой деятельности. В самом начале, конечно, предлагается простая и неустомительная работа, а затем постепенно переходят ко все более сложным видам труда. Однако это не абсолютное правило. В некоторых случаях назначение слишком примитивного труда может отпугнуть больного и даже нанести ему вред. Больной может прийти к выводу, что его болезнь более тяжела, чем он думал, так как ему предлагают такую легкую и примитивную работу.

В процессе трудовой терапии недопустимы, конечно, какие-либо взыскания, упреки в адрес больного, указания на низкое качество его труда. Напротив, поощрения должны применяться постоянно, начиная от вовремя сказанного ободряющего слова и кончая материальной заинтересованностью больного. Кроме того, нужно указывать больным, что трудовая терапия не есть самоцель и предел достижений больного. Трудовая терапия — это определенный этап, соответствующий трудовому и социальному восстановлению личности больного, после чего он включается в обычный, свойственный ему вид производственной деятельности.

Несколько слов об организации трудовой терапии. В стационарах трудовая терапия обычно организуется: а) в больничных отделениях (палатах для лежачих больных, в столовых или специальных помещениях — для больных, способных передвигаться); б) в специальных лечебно-трудовых мастерских или комбинатах, где имеются различные цехи, и в) на свежем воздухе (в садах при больнице, на дворе, огороде и т. д.) Особенно широко практикуется трудовая терапия в загородных больницах и колониях, где имеются лечебно-производственные хозяйства, фермы, проводятся сельскохозяйственные работы и пр.

Общие требования к помещениям, в которых проводится трудотерапия, должны быть следующие: а) они должны быть просторны; б) иметь достаточную освещенность рабочих мест и вентиляцию; в) само помещение должно быть привлекательным (стены окрашиваются в приятные, разнообразные и не раздражающие тона); г) должно обеспечиваться своевременное удаление отходов производства.

Очень важное значение имеет музыкальное сопровождение трудотерапевтического процесса. При наличии магнитофона эта задача нетрудна. Музыка должна звучать негромко, не мешая разговаривать больным между собой. Музыкальные произведения должны быть мелодичны, доступны и понятны. Исключается

медико-педагогического характера. Психотерапия (лечение психическими методами) содержит в себе значительную долю педагогического воздействия, причем роль педагогики в психотерапии возрастает тем значительнее, чем больше роль сознательного усилия и самовоспитания больного. У больных хроническими болезнями требуется воспитать правильное отношение к своему заболеванию, к потере трудоспособности, необходимости длительное время находиться в постели и пр. Больного, потерявшего в результате ампутации руку или ногу, следует обучить владеть протезом. Во время психопрофилактической подготовки к родам беременных женщин обучают правильному поведению во время родов, приемам противодействия боли (И. З. Вельвовский).

Особенно большое значение приобретает медико-педагогическая работа с детьми. Не менее важным являются дозирование и медицинский контроль педагогического процесса при занятиях с больными детьми и подростками, их обучение общеобразовательным и специальным предметам. Все это требует знания медицинскими работниками основ педагогической науки.

Медико-педагогическая работа имеет большое значение и в контингентах здоровых людей. В этом случае она играет профилактическую роль. Так, школьный врач и школьная медицинская сестра наблюдают за здоровьем детей, своевременно подмечают начальные патологические отклонения — близорукость, неправильное развитие опорного аппарата, нарушения питания и, в особенности, черты нервно-психических нарушений (расстройства сна, разнообразные страхи, ночное недержание мочи, заикание, тики и пр.). Школьный медицинский работник должен быть осведомлен в вопросах гигиены умственного и физического труда.

Медико-педагогическая работа с детьми и подростками обязательно включает в себя санитарное просвещение и воспитание у них правильных представлений в области взаимоотношения полов и сексуальной жизни. Принятая до последнего времени система игнорирования, замалчивания этих вопросов не может быть признана правильной. Наоборот, она часто вела к психическим травмам и душевным конфликтам у подростков, юношей и девушек. Но, конечно, эта работа дол-

жна вестись серьезно и научно, с учетом возраста подростков, их подготовки и других факторов.

Много полезного может дать психогигиеническая консультация школьного врача для родителей, для построения правильных взаимоотношений между ними и подростками, для укрепления семьи. Например, некоторые родители чрезмерно переоценивают вредное влияние онанизма у детей. Они резко, в грубой травмирующей форме наказывают подростков, запугивают их «страшными последствиями» этой вредной привычки, что в ряде случаев может привести к фиксации внимания ребенка на сексуальных вопросах и даже к появлению страхов перед этими «последствиями».

Особенно значительные медико-педагогические задачи стоят перед медицинскими работниками детских психоневрологических учреждений (больниц, диспансеров) и специальных вспомогательных школ. В таких учреждениях лечатся и обучаются дети с различными нервно-психическими болезнями и задержками умственного развития (олигофрения).

Следует помнить, что, помимо самого болезненного мозгового процесса, на психическое состояние ребенка накладывают отпечаток и дополнительные факторы: педагогическая запущенность, недостаточный уход и внимание к нему, отрыв от коллектива, а также и чрезмерное заласкивание, баловство. Так, например, у ребенка с истерическими чертами характера — капризностью, эгоцентризмом, повышенной эмоциональностью, упрямством — баловство и потворство могут привести к закреплению и дальнейшему развитию этих черт. Разумная твердость, игнорирование истерических проявлений, строгий режим дня, интересные занятия, поощрение положительных поступков способствуют ослаблению и в дальнейшем — исчезновению указанных черт.

У детей, страдающих нервно-психическими отклонениями в результате перенесенных менинго-энцефалитов или травм головного мозга, наблюдаются явления другого порядка — взрывчатость, раздражительность, головные боли, судорожные припадки, расстройства настроения. Поэтому и тактика медицинского персонала по отношению к ним должна отличаться от той, которая применяется при заболеваниях неврозами.

Ярким примером сочетания психотерапевтических и медико-педагогических воздействий является лечение детского ночного энуреза (недержание мочи психогенного происхождения). Значительную медико-педагогическую работу необходимо проводить при лечении детей, страдающих заиканием. Заикание часто приводит к затруднению общения ребенка с другими детьми, появлению у него невротических наслоений (страха перед речью, чувства застенчивости, мыслей о собственной неполноценности). В связи с этим роль психотерапии в отношении детей, страдающих расстройствами речи, очень велика. Кроме психотерапии (внушение в гипнозе и в бодрствующем состоянии, беседы, аутогенная тренировка), значительную помощь в лечении заикания оказывают занятия ритмической под музыку, лечебной гимнастикой, художественной самодеятельностью.

Не следует думать, что медико-педагогическая работа проводится только с детьми. И при лечении взрослых больных врачи и медицинский персонал должны осуществлять целый ряд воспитательных и педагогических мероприятий. Так, некоторых психически больных приходится приучать к самым элементарным процессам — поддержанию опрятности, самостоятельному приему пищи. Больных, перенесших нарушения мозгового кровообращения (кровоизлияние в мозг), обучают говорить, ходить, читать. Некоторых больных (после операций на пищеводе, желудке) обучают есть и пить.

#### **ПОНЯТИЕ О ПРИСПОСОБЛЕНИИ И КОМПЕНСАЦИИ**

В медицине довольно часто бывает, что после какой-то болезни или несчастного случая остается необратимый дефект, т. е. стойкое отсутствие или нарушение той или иной функции организма, и задача заключается в том, чтобы восстановить трудоспособность человека полностью или частично, несмотря на этот дефект. Это достигается путем приспособления больного или удовлетворительной компенсации его дефекта.

**Компенсация дефекта** — это процесс хотя бы частичного восстановления потерянных функций за счет



функциональной перестройки обеспечивающей их анато-физиологической системы. Так, при отсутствии одной почки компенсация наступает за счет усиленной работы другой, при разрушении определенного участка мозга в результате кровоизлияния или травмы соответствующая функция постепенно восстанавливается за счет других областей мозгового вещества.

Помимо собственно анато-физиологической компенсации, выделяют еще *викариат* (замещение функции одного органа или системы органов другими органами или системами) и *психологическую компенсацию* (за счет перестройки навыков, приемов деятельности).

**Испоспособление** достигается не путем перестройки анато-физиологических систем больного человека, а при помощи либо вспомогательных аппаратов (протезы, слуховые аппараты и т. д.), либо изменения социальных условий существования человека (изменение характера работы, социальное обеспечение и пр.).

Ярким примером компенсации дефекта является замена функции одного анализатора, отсутствующего, недоразвитого или нарушенного вследствие болезни другим. Глухой выучивается понимать чужую речь при помощи чтения движений мышц речевого аппарата своего собеседника. У слепых функция зрительного анализатора замещается слуховой и тактильной функцией. Особенный интерес с точки зрения медико-педагогических возможностей использования механизмов компенсации представляют собой случаи выключения нескольких анализаторов одновременно. Так, у слепоглухонемых людей при помощи специальной системы медико-педагогических воздействий удалось достичь очень хороших результатов, добиться того, что психика этих людей достигла уровня развития здоровых людей (Скороходова, Келер и др.)

Значительную роль в медико-педагогической работе с больными играет тренировка пораженных функций, методическое развитие их. Тренировка приучает пользоваться пострадавшей функцией. Часто для достижения этой цели приходится тренировать также и родственные функции.

## ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

В настоящее время большое внимание уделяется восстановительному лечению. О нем можно говорить, когда больному оказывается специальная помощь в целях достижения наиболее успешной компенсации и приспособления. Восстановительное лечение наиболее эффективно, если оно осуществляется по определенному плану, учитывающему степень и характер пораженных функций в их совокупности. В соответствии с этим используются различные лечебные и педагогические приемы.

Так, в психиатрии одним из наиболее действенных и научно разработанных видов восстановительного лечения является трудовая терапия. Многочисленные наблюдения показали, что трудотерапия не только отвлекает больных, занимая их время и внимание, но активно влияет на сам характер и интенсивность болезненного процесса, способствуя его смягчению и более благоприятному течению (урежается, например, частота эпилептических припадков, уменьшается отгороженность и недоступность больных шизофренией).

Важную роль играет социальное восстановление больного, т. е. восстановление его общественного уровня, который был до болезни. Сюда относятся, кроме трудовой терапии, восстановление социальных связей (контактов) с окружающими людьми, интересов, способностей и потребностей больного. Для решения этой задачи недостаточна медико-педагогическая работа только с самими больными, но необходима систематическая психо-педагогическая работа с их родственниками, ближайшими знакомыми и сослуживцами (вообще, теми людьми, которые относятся к ближайшему кругу общения больного). Особенно это необходимо для больных, страдающих психическими расстройствами, неврозами, алкоголизмом.

## МЕДИЦИНСКАЯ ПЕДАГОГИКА И САНИТАРНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ

Санитарное просвещение является одним из разделов медицинской педагогики. Особенно важно остановиться на вопросе о том, как должна строиться санитарно-просветительная работа при освещении различного рода болезней.

Так, например, различные люди по-разному относятся к полученной информации о тяжелых заболеваниях. Пережившие смерть близкого человека от рака особенно тяжело могут реагировать на лекцию о раке, так как эта лекция вновь оживит их тяжелые воспоминания. У тревожно-мнительного человека даже наиболее оптимистически построенная лекция о раке может оставить в основном только мысли о возможности заболеть этой болезнью. Это приходится всячески учитывать лектору. Он должен прежде всего очень осторожно определять содержание лекции и ее словесное оформление, а также тщательно продумать ее манеру и стиль. Здесь важно, чтобы все выразительные средства лектора были мобилизованы для предотвращения устрашения хотя бы малой части слушателей. В лекциях по санитарному просвещению надо уделять достаточно внимания особенностям психики больных и возникающим в связи с ними требованиям к окружающим. Не только врач и его помощники могут нанести больному психическую травму. Это гораздо чаще, конечно, сделают окружающие его люди: родные, другие больные, знакомые и проч. Очень важно широко обучать тому, как следует вести себя в отношении больных с особым состоянием психики. Особенно следует рекомендовать в санитарно-просветительной работе воздержание от советов некомпетентных людей, способных причинить вред больному, от неуместных бесед с больными об их болезнях.

В общей педагогике много исследований посвящено вопросу о наиболее целесообразном соотношении словесного и наглядного материала в лекции. Однако, когда речь идет о санитарном просвещении, надо помнить, что муляжи, рисунки, фотографии и пр. должны быть тщательно проконтролированы перед началом лекции. Перед лектором санитарного просвещения должна стоять задача не запечатлеть чрезмерно образ болезни в сознании слушателей.

Коснемся еще одного вопроса санитарного просвещения. Некоторые лекции имеют по своей теме особенно большое значение для слушателей, в частности такие, в задачу которых входит не только просвещение, но и убеждение. Именно в последнего рода лекциях приходится особенно думать об авторитетности

лектора для аудитории, о его пропагандистских способностях.

Санитарно-просветительные лекции должны всегда иметь психогигиенические и психотерапевтические задачи. Они должны не только просвещать, но и убеждать, внушать веру в медицину, укреплять бодрость и оптимизм.

### **Контрольные вопросы**

1. Что такое медицинская педагогика?
2. Каковы задачи медико-педагогической работы?
3. Каковы особенности медико-педагогической работы с детьми?
4. Что такое приспособление и компенсация?
5. Что такое дефект функции? Приведите примеры дефектов.
6. Каковы задачи восстановительного лечения?
7. Какие требования предъявляются к организации и методике санитарного просвещения?

## **Глава 16**

### **ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОГИГИЕНА**

**Психогигиена** — это наука о сохранении и укреплении психического здоровья человека. Психогигиена тесно связана с психопрофилактикой — предупреждением нервно-психических заболеваний.

Психогигиена занимается широким кругом вопросов. В настоящее время выделились в самостоятельные отрасли знания — возрастная психогигиена, психогигиена труда, психогигиена быта, психогигиена семьи и половой жизни. Большое значение имеет специальная психогигиена (военная, авиационная, космическая и др.).

#### **ВОЗРАСТНАЯ ПСИХОГИГИЕНА**

Задачи охраны и укрепления психического здоровья человека меняются вместе с его возрастом. Наиболее ответственными в этом отношении периодами следует признать детский, пубертатный и период ин-

волюции (обратного развития, увядания). В это время происходят наибольшие сдвиги в психике человека (формирование личности и характера, процессы старения), а также в различных отделах нервной системы и всего организма.

В раннем детском возрасте большое психогигиеническое значение имеет строгий режим кормления. Далее необходимо подчеркнуть огромную роль здоровой атмосферы в семье, правильных взаимоотношений между отцом и матерью. Дети не должны быть свидетелями конфликтов и тем более скандалов в семье. Отрицательными факторами являются бурно выраженная ревность одного из родителей, алкоголизм отца, возможность для ребенка оказаться свидетелем половой жизни взрослых. Большое психогигиеническое значение имеет правильное воспитание. Нарушения и недостатки воспитания — отрицательный психогигиенический фактор. Так, например, неумеренное баловство, потакание капризам ребенка способствуют формированию изнеженности, неуравновешенности личности; подавление самостоятельности ребенка, насмешки над ним часто приводят к возникновению застенчивости, неуверенности в себе, мнительности. Важную роль играет питание детей. Недостаток витаминов в рационе вызывает ряд заболеваний, которые отражаются на нервно-психической сфере (рахит, пеллагра, спру, цинга и др.), недостаток кальция задерживает развитие костей, в частности черепа, отражается на деятельности эндокринных желез (паращитовидные железы), недостаток йода способствует снижению функции щитовидной железы (развитие кретинизма). В число психогигиенических задач входит обеспечение достаточного сна, правильного развития двигательной сферы (физкультура) и многое другое.

В более поздний период психогигиена изучает вопросы, связанные с обучением в школе. Сюда относятся перегрузка учащихся школьными предметами, взаимоотношения между учениками, а также между учеником и педагогом, нарушения режима школьника дома.

В переходном возрасте (период полового созревания) перед подростком встают новые проблемы, требующие психогигиенического подхода. Сюда относятся вопросы выбора дальнейшего жизненного пути,



критического осмысливания и оценки окружающей действительности, оценка собственной личности, а также вопросы, связанные с сексуальной жизнью. В этом же периоде иногда начинается курение и употребление спиртных напитков. Некоторые подростки мучительно переживают недостатки своей внешности, робость, угловатость, а также некоторые вредные привычки (например, онанизм). В этом возрасте возможны реакции протеста (в виде ухода из дому, оставления учения и пр.), которые требуют правильного психологического и педагогического подхода.

Остановимся также на психогигиене лиц пожилого и старческого возраста.

В этом периоде ухудшаются процессы приспособления психики к новым требованиям и обстоятельствам, труднее изменять привычные жизненные стереотипы, снижаются память и внимание. Психогигиена лиц этого возраста неразрывно связана с геронтологией, т. е. наукой, которая изучает весь комплекс изменений в организме, связанных с его старением.

Уход с привычной работы, перевод с одной работы на другую, изменения условий труда в пожилом возрасте следует осуществлять лишь после предварительной психогигиенической оценки целесообразности такого шага. Следует позаботиться об удалении таких раздражителей, как резкий шум, яркий свет, различные отвлекающие моменты. Особое внимание должно быть обращено на правильный режим дня, в особенности сна. Ночная работа не рекомендуется. Питание должно быть рациональным (уменьшение жиров, жареных блюд, крепких супов, острых и пряных приправ; увеличение удельного веса овощей и фруктов, молочных продуктов. Особенно вредны в этом возрасте употребление алкогольных напитков, курение, а также половые излишества. Полезны прогулки, особенно в лесу или близ моря, неустойчивый физический труд, специальный комплекс физических упражнений для пожилых людей.

#### **ПСИХОГИГИЕНА ТРУДА И ОБУЧЕНИЯ**

Как правило, с психогигиенической точки зрения труд полезен и необходим человеку. Очень важный фактор — эмоциональное отношение человека к труду,

Труд должен быть радостным, увлекательным, приносить моральное удовлетворение. Поэтому так важен правильный выбор профессии. Молодым людям, стоящим перед этим выбором, должна оказываться не только производственная, но и психогигиеническая консультация. В это время крайне важно воспитание сознания необходимости труда, как одного из главных факторов формирования отношения к жизни и обществу.

Есть специальности, которые предъявляют повышенные требования не только к физическому здоровью, но и к психическим возможностям человека. Особые условия труда (например, в горячих цехах, работа на автоматах, однообразно-монотонная работа на некоторых машинах) требуют специальных психогигиенических рекомендаций. Так, рабочим, занятым монотонным трудом, следует чередовать этот вид труда с работой другого типа. Лица, обслуживающие автоматические устройства, должны по своим психофизиологическим качествам подходить к этой работе (быстрота реакции на сигнал автомата). В свою очередь, конструкции автоматов должны создаваться с учетом возможностей и особенностей психофизиологических реакций человека.

С каждым годом возрастает роль научной организации труда (НОТ). Психогигиена труда — важная составная часть НОТ. Следует отметить значение промышленной эстетики как психогигиенического фактора на производстве. Современные формы машин, окраска помещений, чистота, красивая удобная мебель, цветы являются значительным психогигиеническим фактором, уменьшающим утомление, улучшающим эмоциональное состояние рабочего.

Важное значение имеет психогигиена умственного труда. Умственный труд при неправильной его организации может быть фактором, нарушающим здоровье. Особенно это может быть в тех случаях, когда человек не научился еще правильно заниматься умственным трудом. Всем известны явления переутомления и даже нервных срывов у некоторых студентов (особенно перед экзаменами).

Умственный труд особенно продуктивен и полезен на свежую голову (в первую половину дня). Он не

должен длиться без перерыва более 3—4 часов, но в то же время продолжительность его не должна быть слишком короткой, так как известное время уходит на «вработывание» — достижение оптимального ритма и включения в работу. Частое отвлечение человека, занимающегося умственным трудом, шум, телефонные звонки нарушают эту работу. Умственный труд следует чередовать с движением, физкультурой, физическим трудом, прогулками. Курение мешает умственному труду. Возбудители, стимуляторы нервной системы (фенамин, кофеин, китайский лимонник, кофе, крепкий чай) также не рекомендуются.

Прежде чем начать работу, следует составить общий план ее, подготовить рабочее место, все необходимые материалы. Все должно быть под рукой. Необходимо обдумать сначала основные пункты работы, а затем переходить к деталям. Некоторые авторы подчеркивают то обстоятельство, что иногда решение сложных вопросов, творческая идея возникают не за рабочим столом, а на прогулке, в трамвае или ночью во время сна. Весьма важен вопрос об использовании технических приспособлений, облегчающих умственный труд (пишущая машинка, арифмометр, логарифмическая линейка, микрофильмы, магнитофон и др.).

Психогигиена обучения в настоящее время особенно интенсивно разрабатывает вопросы, связанные с проблемой программированного обучения.

### **ПСИХОГИГИЕНА БЫТА**

В сферу вопросов, которыми занимается психогигиена быта, входит жилищная проблема. Как известно, у нас она с каждым годом разрешается все более успешно. Однако в ряде случаев еще приходится сталкиваться с переуплотнением в квартирах, что мешает отдыху и сну. Другой вопрос — взаимоотношения людей в быту. Наличие в квартире алкоголика или психопата может быть источником длительной психической травматизации остальных жильцов. Особенно большой вред приносят алкоголики членам своих семей. Важная проблема, которую поднимают многие врачи и общественные деятели, — это сквернословие.

Современная семья претерпела существенные изменения. В количественном отношении она уменьшилась (3—4 человека). Изменилась функциональная роль и нагрузка ее членов (муж, жена, дети). Между тем в некоторых семьях, в силу ложных «традиций», пережитков и мещанских взглядов, муж не принимает участия ни в хозяйственных заботах, ни в воспитании детей. Это создает значительную перегрузку женщин, что является отрицательным моментом. Правильное распределение обязанностей в семье, привлечение к участию в семейных заботах старших детей в значительной степени способствует сохранению здоровья всех ее членов.

### ПСИХОГИГИЕНА СЕМЬИ СЕКСУАЛЬНОЙ ЖИЗНИ

Основными травмирующими факторами в семье являются неправильно построенные взаимоотношения ее членов. Один из вариантов — деспотизм отца, «главы семьи», отстаивающего порядки «домостроя», другой — ссоры из-за воспитания детей, которое каждый из супругов понимает по-своему, третий — так называемое «несходство характеров».

Психогигиена семьи тем более необходима, что проведение ее в жизнь улучшает состояние человека не только в семье, но тем самым и на работе, в учебном заведении и в других местах. В семье личность человека наименее защищена, в то время как эмоциональное значение семейных отношений обычно весьма велико. Вот почему большинство неврозов имеет своим происхождением семейный конфликт.

Конечно, следует заранее воспитывать детей и молодежь таким образом, чтобы они были подготовлены для семейной жизни. К сожалению, в настоящее время школа и другие воспитывающие инстанции систематически такой работы не ведут. В результате молодые люди, вступившие в брак, часто с трудом, путем проб и ошибок, находят правильную линию семейных взаимоотношений.

Семейные взаимоотношения должны строиться на основе не только любви, но и глубокого уважения супругов друг к другу. Воспитанные в таком духе люди будут внимательны и чутки не только к себе, но и к

другому члену семьи. Вопросы, которые являются спорными, не станут приводить к бурным эмоциональным реакциям. Они будут рассматриваться благожелательно и в спокойной обстановке.

Половая жизнь, будучи важным элементом человеческой жизни, также должна быть объектом психогигиены. К несчастью, в настоящее время молодые люди, вступающие в брак, часто не являются достаточно осведомленными. Поэтому возникает много конфликтов и разочарований, которых можно было бы избежать. Например, элементарное неумение может быть расценено как тяжелый срыв, половая слабость и в дальнейшем закрепится как своеобразный невроз. Частота половых сношений, предупреждение беременности, половая холодность женщины и пр. для многих молодых супругов представляют собою полную неизвестность.

В связи с этим целесообразно указать те основные направления, по которым должна идти психогигиена брака и половой жизни.

1. Половое просвещение и половое воспитание молодежи, которое неотделимо, конечно, от общего этического воспитания и должно ориентировать молодежь на высокие идеалы в этом отношении.

2. Психогигиеническая консультация при вступлении в брак. Эта консультация касается возраста вступления в брак, возрастного соответствия супругов, значения наследственной отягощенности; при соответствующих вопросах обратившегося за консультацией могут быть даны и более детальные сексологические советы.

3. Психогигиеническая консультация лиц, состоящих в браке. В содружестве с сексологом и гинекологом психогигиенист может дать рекомендации о режиме половой жизни, наилучшем способе предохранения от беременности, создании надлежащей обстановки, правильного подхода к женщине.

4. Психогигиеническая консультация лиц, поставивших вопрос о разводе. В данном случае психогигиенист, изучив обстоятельства дела, может рекомендовать сохранение семьи (особенно при наличии в семье детей) и указать конкретные пути ликвидации внутрисемейного конфликта.



Роль психогигиениста велика и в случаях сексуальной патологии, которые обычно находятся в компетенции врача-сексопатолога. Психогигиеническая консультация имеет значение при лечении половой слабости мужчины, фригидности женщины, а также половой неврастении у лиц обоего пола.

### СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОГИГИЕНА

Космические путешествия, полеты на сверхскоростных самолетах поставили новые задачи перед психогигиеной. Одна из серьезных психогигиенических проблем космических полетов — изучение влияния невесомости на психику космонавтов. При длительных межпланетных полетах приобретает большое значение так называемая психологическая совместимость членов экипажа космического корабля. В дальнейшем, когда космические полеты будут длиться неделями и месяцами, станет актуальной и проблема «сензорного голода», т. е. недостатка внешних впечатлений в связи с отсутствием изменений окружающей обстановки. Все эти проблемы изучает космическая психогигиена.

Особенности влияния условий войны на психику людей, подготовку и тренировку психических функций человека для управления новейшей военной техникой в боевых условиях, приспособление к требованиям боевой обстановки изучает и разрабатывает военная психогигиена.

К специальным видам психогигиены относится также психогигиена спорта. Современные большие спортивные соревнования, особенно международные, предъявляют высокие требования к психическому состоянию спортсменов. Известны случаи неудачных выступлений, причина которых заключалась в так называемом «предстартовом волнении», психическом дискомфорте или в недостаточной адаптации к новым психологическим условиям. В каждой спортивной команде желательно, наряду с тренером, иметь психолога, который давал бы соответствующие психогигиенические советы.

## Контрольные вопросы

1. Что такое психогигиена и психопрофилактика?
2. Каковы задачи психогигиены?
3. Перечислите основные виды психогигиены.
4. В чем содержание возрастной психогигиены?
5. Каковы особенности психогигиены лиц пожилого и преклонного возраста?
6. В чем содержание психогигиены труда и обучения?
7. Каковы психогигиенические условия умственного труда?
8. В чем состоит значение научной организации труда и производственной эстетики?
9. Каковы основные задачи психогигиены быта?
10. Каковы основные задачи психогигиены семьи и сексуальной жизни?

## Глава 17

### **ПСИХОЛОГИЯ И ДЕОНТОЛОГИЯ. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА И БОЛЬНОГО**

**Медицинская деонтология** тесно связана с медицинской психологией, она освещает вопрос о том, как должен вести себя медицинский работник для того, чтобы максимально охранять психику больных от травмирующих влияний в стенах лечебного учреждения, в чем состоят долг и этика медицинского работника.

Медицинский работник и больной вместе решают одну и ту же задачу, в которой необходимо их сотрудничество, взаимодействие, взаимное доверие. Больной более или менее активно выполняет требования врача и медицинской сестры, принимая лекарства, придерживаясь предписанного режима. Нередко ему приходится, подчиняясь указанию врача и медицинского персонала, испытывать боль и другие неприятные ощущения (например, при спинномозговой пункции, бужировании мочеиспускательного канала и т. д.). Больной пойдет на это потому, что доверяет врачу, верит в необходимость и правильность его действий. Отсюда

видно первое и очень важное обстоятельство — наличие доверия больного к медицинскому учреждению, его работникам.

Второе обстоятельство, которое также часто встречается во взаимоотношениях медицинских работников и больного, — наличие у последнего известной настойчивости, иногда подозрительности, обостренного внимания к высказываниям, поведению и действиям медицинского персонала. Это накладывает на медицинских работников особые обязанности безупречного соблюдения правил деонтологии.

Взаимоотношения медицинского персонала с больным строятся различно, в зависимости от заболевания и его стадии, индивидуальных особенностей больного, характера медицинской помощи (ее длительности, сложности, опасности для больного), а также от индивидуальных особенностей подхода врача.

Однако есть обязательные типичные пути медицинского подхода. К ним относятся: индивидуальный подход, всесторонний учет факторов, влияющих на течение болезни, понимание особенностей каждого больного (отсюда принцип «лечить не болезнь, а больного»), рациональность (т. е. научная обоснованность, целесообразность) лечения, чуткое и бережное обращение с больным.

Остановимся на некоторых типичных переживаниях больных, требующих особого внимания врача при построении правильных взаимоотношений. При определении и построении этих взаимоотношений медицинский работник должен всегда помнить, что больной является страдающей личностью и в силу этого нуждается не только в особом внимании, чуткости, но и в рационально построенном ободрении и утешении.

У больных нередко возникают тревожные мысли о наличии у них смертельно опасной болезни даже в том случае, если врач сообщает им о диагнозе другого заболевания. Так, у больного гастритом возникают тревожные мысли о злокачественной опухоли желудка и кишечника. При этом симптомы, связанные с гастритом (рвота, тяжесть в области желудка, отрыжка, изжога и пр.), трактуются больным как признаки рака. Вообще следует сказать, что некоторым больным свойственно даже единственный симптом,

встречающийся при самых разных заболеваниях, относить к наиболее опасным для жизни болезням. Например, приступы головных болей такие больные истолковывают как свидетельство опухоли мозга или надвигающегося инсульта; любые нарушения кожи, язвочки — как проявления сифилиса; легкие астенические явления или нарушения сна — как признак «сумасшествия»; боли в различных частях тела — как рак, саркому.

Часто у больных возникают подобные представления после чтения специальной медицинской литературы, а также и плохо составленных изданий научно-популярного характера. Медицинскому работнику приходится встречаться также с еще достаточно распространенными вульгарными представлениями и предрассудками о происхождении заболеваний (например, о «переходе невроза в психоз», о «тяжелейших последствиях» онанизма, чрезмерно преувеличенные представления о вредном действии лекарств).

Часто неправильные тревожные представления больных связаны с нарушением функции сердца (сердцебиения, аритмии, боли), желудка, печени и других органов. Чрезмерная фиксация внимания на деятельности органа у тревожно-мнительных больных приводит к развитию у них психоневротических состояний. Развитие таких состояний часто меняет всю жизнь больного (он перестает один выходить на улицу, так как боится остаться без посторонней помощи, или постоянно носит с собой лекарства, без конца считает свой пульс, прибегает к многочисленным исследованиям, консультациям, анализам). В результате дезорганизуется вся жизнь больного, а очень часто и жизнь всей семьи. Такой больной становится объектом усиленной заботы, опеки со стороны своих близких, что, в свою очередь, действует на него внушающим образом и закрепляет имеющиеся страхи и тревожные опасения.

Иногда тревога больного связана с потерей трудоспособности, переходом на инвалидность, с перспективой отказаться полностью или частично от любимого дела.

Некоторые больные весьма неохотно признают, особенно при других людях, что они перенесли или

переносят опасную болезнь (инфаркт миокарда, гипертоническую болезнь, тяжелые болезни печени и почек и др.). Такая позиция больного может объясняться нежеланием дать окружающим основание думать и говорить о себе как о тяжело больном. Такое положение создает значительные затруднения для правильного лечения, соблюдения предписанного режима.

Нередко больные стесняются некоторых заболеваний, которые они и многие в их среде считают «неприличными» и о которых не принято говорить. Особенно это относится к венерическим (сифилис, гонорея), урологическим и гинекологическим заболеваниям. Относительно широко распространено нежелание обращаться к психиатру из-за боязни, что кто-либо из знакомых узнает об этом.

Такие переживания часто имеют место у больных сексуальными нарушениями (половая слабость, опанизм, фригидность, вагинизм). Больные этого рода часто стесняются признать у себя эти нарушения не только перед близкими людьми, но и перед врачом. Размышляя в одиночестве о своих нарушениях, они не могут правильно разобраться в болезни, в ее причинах и нередко приходят к переоценке имеющегося нарушения, к фиксации своих переживаний, к «уходу в болезнь» и к дальнейшему углублению нарушений.

Резко изменяют состояние психики больного боли, особенно длительные и связанные с представлением об усиливающейся опасности для жизни. Реакции больных, длительно страдающих болями (хирургические, онкологические больные, больные язвенной болезнью желудка), становятся неадекватными (не соответствующими раздражителю). Такие больные невыносимы к яркому свету, громкому звуку, иногда просто к голосу людей, прикосновению, посторонним людям. Они становятся раздражительными, вспыльчивыми по малейшему поводу, капризными, эгоцентричными. Следует помнить о том, что резкость и неадекватность реакций таких больных зависят от изменения нейродинамических процессов в коре головного мозга, являются следствием ослабления коры, развития в ней фазовых состояний.

Наличие в одной палате нескольких больных, отличающихся друг от друга по характеру, реакции на



свою болезнь, а часто и по культурному уровню и жизненному опыту, приводит иногда к нежелательному воздействию больных друг на друга. Такое воздействие сводится обычно к разговорам о болезни, причем одни больные зачастую передают неправильную, ошибочную информацию о причине болезни, ее прогнозе другим больным. Они рассказывают также о своем неудачном или безуспешном лечении в прошлом, критикуют или скептически относятся к лекарствам и лечебным процедурам, к которым у вновь поступившего в отделение больного имеется положительное отношение, доверие, на которые больной возлагает большие надежды. В ходе этих разговоров может подвергаться сомнению и критике правильность тактики лечащего врача, его врачебный авторитет.

Вся совокупность изменений психики, реакций личности больного в сторону ухудшения его состояния под влиянием подобного поведения других больных по аналогии с иатрогией может быть названа *эгротогенией* (от *aegrotus* — больной). Эгротогения — частое явление в коллективах больных, и их профилактика требует тщательно продуманных организационных мероприятий (правильного размещения больных по палатам и отделениям, постоянного изучения психологической атмосферы отделения, проведения коллективной психотерапевтической работы).

Как уже было отмечено, врач знакомится с больным во время расспроса, собирания анамнеза. Однако далеко не все важное может быть получено в результате одной беседы. Особенно это касается больных с теми или иными психическими болезнями. Медицинский персонал при умелом, ненавязчивом наблюдении больного, часто вступая в беседу с ним, может значительно дополнить анамнестический материал, собранный врачом.

Вообще следует подчеркнуть, что средний медицинский персонал должен глубже изучать больных именно с психологической точки зрения, а для этого, помимо выполнения таких общепринятых мероприятий, как раздача лекарств, измерение температуры, инъекции, вливания, лечебные процедуры, массаж, лечебная гимнастика и пр., они должны находить с больными общий язык, эмоциональный контакт, беседо-

вать с ними на разные темы. Такой подход позволит составить представление о настроении больного и о колебаниях этого настроения в течение суток. Часто бывает так, что настроение больного удовлетворительно в утренние часы, когда в отделении находятся врачи и время больного занято осмотрами, консультациями, процедурами, прогулками. Однако к вечеру или ночью настроение больного становится неустойчивым или подавленным. Наблюдение медицинского персонала имеет большое значение и после свидания больного с родственниками. Такое свидание может ободрить и воодушевить больного, но оно может явиться источником тревоги и переживаний, если родственники травмируют больного рассказами о неблагоприятии в семье и других неприятных событиях.

### **ТАКТИКА МЕДИЦИКСКОГО РАБОТНИКА В ЛЕЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ**

Современный лечебный процесс во всех областях медицины является сложным делом и для своего осуществления требует большой слаженности и четкости действий всех звеньев медицинских работников. Средний медицинский работник в современной больнице, поликлинике, диспансере, санатории должен хорошо понимать психологическое состояние больного, его отношение к процессу лечения, должен уметь проводить простые экспериментально-психологические исследования (анкеты, корректурную пробу и др.), а также владеть приемами психического воздействия на больных и применять их.

Велико значение всей обстановки лечебного учреждения, начиная с приемного покоя, для создания у больного спокойного положительного отношения к лечению, уверенности в благоприятном исходе заболевания, надежды на избавление от страдания. Великий деятель русского театра К. С. Станиславский говорил о том, что театр начинается с гардероба, и требовал создания такой обстановки в театре, которая бы с самого начала настраивала зрителя на соответствующий лад. В еще большей степени сказанное относится к больнице. Уже само расположение лечебного учреждения, окружающие здания, красивый сад, удобные подходы и проезды к больничным зданиям, привлека-

тельный вид этих зданий, их окраска—все это должно быть учтено при строительстве и переоборудовании лечебных учреждений. Особое значение указанные моменты имеют для детских медицинских учреждений. В приемном покое крайне важен продуманный и организованный порядок приема и регистрации больных. Одним из основных факторов должна быть быстрота обслуживания больного на этом этапе. Недопустимо, чтобы больной длительное время ожидал врача в приемном покое, а также являлся свидетелем приема других больных, особенно находящихся в тяжелом состоянии, в бессознательном состоянии, с травмами. Излишний формализм, заполнение громоздкой документации, различные канцелярские манипуляции также отрицательно действуют на больных. Отношение к больному должно быть участливым, теплым, но без излишней слащавости или фамильярности. Многие больные тягостно переживают необходимость расстаться с личными вещами, которые они сдают на хранение, а также переодевание в казенное больничное платье, не всегда отличающееся привлекательным цветом и покроем.

Обстановка лечебного учреждения и многие звенья лечебного процесса в настоящее время значительно изменяются с учетом новейших достижений психологической науки. Признается целесообразным приблизить во многих отношениях больничную обстановку к обстановке домашней, расширить права больных. Посещения больных родственниками организуются более часто, чем раньше, а также в ряде случаев и в течение более длительного времени. Усиливаются и становятся более разнообразными различные виды культурно-массовой работы. Больные широко пользуются кино, телевизорами, радио; во многих больницах организуются вечера отдыха, танцы, музыкальные вечера, беседы, экскурсии, товарищеские чаепития (например, по случаю дня рождения) и т. д. Указанные относительно новые виды культуры возлагают на медицинский персонал и новые, ранее им не свойственные функции. К таким функциям относятся: изучение влияния подобных мероприятий на больных различными заболеваниями, подбор наиболее рациональных форм культуры для различных континентов

больных (например, особым образом должна строиться работа для детей, страдающих костным туберкулезом и длительно прикованных к кровати), учет эффективности таких мероприятий в терапевтическом отношении, непосредственное участие во всех проявлениях коллективной жизни больных.

Медицинские психологи сейчас тщательно изучают вопрос о взаимоотношениях медицинского персонала и больных и находят, что эти два контингента еще отделены друг от друга исторически сложившимся укладом больничной жизни. Это приводит в некоторых случаях к авторитарности (командованию) по отношению к больным, иногда к формализму, а чаще всего к равнодушию и отдаленности медицинской сестры от больного.

Современные отношения больного и медицинского работника должны строиться как равноправные, как отношения двух друзей, двух единомышленников, кровно заинтересованных в деле, которое они вместе выполняют. Если работа организуется именно так, то тогда не может быть случая, чтобы процедурная сестра оборвала больного, сказала, что не его дело, какое лекарство ему вводится, хмуро молчала во время неприятной или болезненной инъекции. Медицинская сестра не забудет поздороваться с больным, улыбнуться ему, в рамках своей компетенции объяснит смысл процедуры или иного мероприятия, которое она осуществляет. Она подчеркнет хорошие результаты, которые наступят у больного в процессе лечения, приведет примеры отличных результатов у других больных (точно назвав их, чтобы больной мог всегда справиться у этих больных). Даже мимика медицинской сестры должна отражать участие, сочувствие и внимание в то время, как больной рассказывает ей о своем состоянии.

Следует подчеркнуть, что указанные отношения дружбы и известного сближения больных и персонала не должны переходить в отношения фамильярные, вульгарные, не должны выходить за пределы медицинской компетенции сестры, должны строиться на взаимном уважении. Так, например, при самых хороших отношениях не следует больных называть на «ты». Рекомендуются избегать ненужных проявлений физи-

ческой близости — похлопывать по плечу, поглаживать по спине и голове, прикасаться при разговоре, брать за руку и пр.

Роль медицинского персонала в смысле психологического воздействия на больных велика при различных дополнительных исследованиях (рентгеновское исследование, электрокардиография, электроэнцефалография, ректороманоскопия и др.). Медицинский работник не должен быть немым и безучастным исполнителем технической процедуры. Бесспорно, что если во время исследования в кабинете находится врач, то основная психотерапевтическая работа выполняется им. Однако и в этом случае роль персонала весьма значительна. Следует позаботиться о том, чтобы больной не явился свидетелем исследования других больных, а также разговоров врача и его помощников между собой о результатах исследования предыдущего больного. Кратко, но в доступной и ясной форме больного следует познакомить с сущностью проводимого исследования, а лицо, непосредственно обслуживающее его (чаще всего фельдшер, техник, методист), инструктирует больного, как он должен себя держать во время исследования, и предупреждает о всех ощущениях, которые больной почувствует в ходе исследования (например, раздражение светом и звуком при снятии электроэнцефалограммы, покалывания в коже лба и затылка при процедуре электросна, ощущениях, связанных с зондированием желудка или двенадцатиперстной кишки). Следует там, где это возможно, подчеркнуть безболезненность манипуляции, применение обезболивания (хлорэтил, новокаин и пр.), а в том случае, если ожидаются неприятные или болезненные ощущения, — подчеркнуть их кратковременность и полную обратимость.

Отрицательные эмоции, такие, как тревога, страх, напряженное ожидание, вызывают значительные изменения во многих системах организма (повышение артериального давления, усиление аритмии сердечной деятельности, увеличение содержания сахара и адреналина в крови, изменение продукции многих гормонов и т. д.). Различные медицинские вмешательства (например, хирургические операции и др.) протекают более тяжело, имеют больше осложнений в том слу-



чае, если на эмоциональное состояние больного не обращается достаточного внимания.

Из сказанного ясно, что врач и медицинская сестра должны уметь говорить и обращаться с больным. Больному, в меру его культурного развития, в соответствии с особенностями его личности и характера, нужно разъяснить смысл и значение проводимых диагностических мероприятий, а в дальнейшем — смысл и значение лечения. Конечно, здесь не может быть стандарта и шаблона. Один больной нуждается в обстоятельном и убедительном разъяснении, другой — в коротком объяснении, без излишних деталей и подробностей. Однако общей чертой всех разъяснений этого рода должны быть — оптимистический характер, конкретность, живой, яркий пример положительного значения указанных мероприятий. Медицинский работник не может отделяться общими фразами, уклоняться от ответа на вопросы больного, отвечать формально.

Ложь в отношении больных даже «с добрыми намерениями» недопустима. Помимо этической стороны дела, ложь может быть быстро разоблачена больным; это резко подорвет его доверие к лечащему врачу и проводимому лечению. Сведения, которые могут травмировать больного, лишить его необходимой активности в борьбе с болезнью, не должны сообщаться больному. Нужно сказать больному все обнадеживающее, что может быть извлечено из особенностей его болезни и личности.

Больных часто травмирует, пугает несовпадение диагнозов, поставленных разными врачами. В связи с этим врач сделает правильно, если перед тем как сообщить больному свое мнение, он спросит его, что говорили ему врачи, обследовавшие и лечившие его раньше. Часто одно и то же болезненное состояние врачи могут обозначать разными диагностическими формулировками. Например: реактивный невроз и неврастения, нейрогенная стадия гипертонической болезни и нейроциркуляторная дистония, миокардиосклероз и атеросклеротический кардиосклероз, коронарная болезнь и стенокардия и т. п. Больных волнует «несовпадение» диагнозов, они приходят к выводу о том, что их болезнь особенно сложная, врачи «не могут в ней разобраться». «Возможно,—думает обычно такой боль-

ной, — у меня имеется еще какое-либо заболевание, которое не было распознано врачами». Сомнения в правильности диагноза рождают сомнения и в правильности врачебных назначений, а отсюда возникает недоверие и к проводящемуся лечению.

Действие любых лекарств, помимо их специфического фармакодинамического влияния, в весьма значительной степени зависит от условнорефлекторного фактора, т. е. от тех индифферентных раздражителей, которые связываются с представлением больного о действительности того или другого лекарства. Многие весьма ценные сами по себе лекарства и процедуры окажут значительно более слабое действие, если больной будет настроен против них, если он будет бояться их или скептически к ним относиться. И, наоборот, психологическая подготовка больного к приему лекарства, к лечебной процедуре, ободрение его соответствующими высказываниями врача, фельдшера, медсестры, общение с больными, которые с успехом лечились этими видами лечения, в значительной мере усиливают специальное действие лекарств и процедур. Эту закономерность прекрасно знали выдающиеся врачи всех времен. Уже упоминавшийся нами крупнейший русский клиницист М. Я. Мудров писал о том, что врач должен выписывать рецепт таким образом, чтобы «больной принимал его с восхищением».

Отношение врача к больному, внимательное и теплое, не должно, однако, быть неразумно уступчивым, потакающим ему. Это же относится и к среднему медицинскому персоналу. Медицинской сестре часто приходится отказывать больному, домогающемуся, например, снотворных или наркотических средств, злоупотребляющему болеутоляющими или возбуждающими лекарствами. То же относится и к соблюдению режима, иногда весьма тягостно переносимого некоторыми больными. Отказ медицинского работника должен быть, конечно, обоснованным, мотивированным, дружелюбным. Не должны применяться такие ответы, как «не положено», «не назначено», «не выдумывайте сами себе назначения».

Необходимо полное единство тактики врача и среднего медицинского персонала. Бывает так, что врач скрывает от больного какой-нибудь диагноз, например

инфаркт миокарда, а приходящие для проведения тех или иных процедур сестра, лаборант, рентгенотехник и др., не предупрежденные лечащим врачом, прямо или косвенно сообщают больному об этом диагнозе.

## НАТРОГЕНИЯ

В главе 1 было дано общее описание натрогений. Остановимся на них более подробно. Иатрогенными называют заболевания или осложнения заболеваний, вызванные тяжелыми переживаниями больного, порожденными словами или действиями врачей или средних медицинских работников. Конечно, грубые ошибки медиков, порождающие иатрогении, не такое уж частое явление. Однако все же они встречаются в практике. Например, одна сестра сказала больному: «Если будете лечиться пенициллином, у Вас в организме заведутся грибки». Яркий пример иатрогенного высказывания врача: «Новые сосуды и сердце мы Вам не вставим» или «Как Вы можете жить с такими разболтанными нервами?». Очень часто высказывания процедурных сестер обесценивают действия лекарств. Например: «Напрасно Вы боитесь этого лекарства, срок его годности давно кончился». Эти примеры можно умножить. В рентгенологическом кабинете один врач сказал другому: «Похоже на опухоль, надо сделать прицельный снимок».

Помимо таких ярких примеров грубых натрогений, чаще встречаются более сложные и тонкие случаи, когда высказывания или действия врача или медицинской сестры, не будучи сами по себе натрогенными, становятся таковыми в особой ситуации или применительно к особенностям личности данного больного. Например, врач-психиатр, обратившись к больному с сохранными интеллектом и памятью, попросил ответить ему, сколько будет  $2+5$ , другой врач просил объяснить смысл пословицы «Ночью все кошки серы». Хотя в самих этих тестах (пробах) нет ничего ошибочного, применение их без учета особенностей больных, характера заболевания и уровня образования представляло собою существенную ошибку.

Иатрогенным может быть и наигранно-ласковое, сюсюкающее обращение персонала к больному, на-

пример такое: «Сейчас мы возьмем Вам кровь из пальчика, а затем Вы можете лечь в кровать» (речь идет о взрослом больном). Даже незначительная оговорка, неточность в языке может глубоко травмировать больного. Массажистка, уложив больного и приготовившись к массажу, сказала ему: «Протяните ноги».

Наконец, существуют так называемые отрицательные «немые» иатрогении. Это заболевания или осложнения заболеваний, вызванные не словами и действиями травмирующего характера, а порожденные отсутствием необходимых разъяснений больному, которое вызывает у него различные представления о наличии тяжелого страдания. В период становления лечебно-охранительного режима в ряде мест наблюдались уродливые искажения этого принципа в виде полного отсутствия всякой информации больного о положении его дел. Больному не только не сообщались результаты анализа, дополнительных исследований и консультаций, но даже после осмотра больного врач молча назначал неизвестное лечение, не удосужившись разъяснить сущность болезни и ее перспективы. Так как обследование и лечение шло своим чередом, а больной ничего о них не знал, то он обращался с вопросами к медицинскому персоналу, который также отказывался что-либо сообщить. В результате больной предавался тревожным домыслам, получал искаженную информацию от других больных (эгротогения) или переходил к самостоятельному чтению медицинской литературы, которое приводило к дополнительным иатрогениям, теперь уже «библиогенного» характера.

Лучший способ борьбы с иатрогениями — профилактический. Терапия иатрогений представляет собой гораздо более трудную задачу.

#### **ОБ ЭТИКЕ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА**

Этика медицинского работника — это моральные нормы, относящиеся к специальным вопросам медицинской профессии. Помимо общечеловеческих моральных принципов, медицинский работник должен обладать и такими моральными (нравственными) качествами, которые вытекают из особенностей его деятельности.

Поведение медицинского работника должно соответствовать принципам нашего здравоохранения. Лучшим представителям его всегда было присуще бескорыстие, глубокий демократизм, гуманное отношение к больным. Образцами в этом отношении должны служить Н. И. Пирогов, С. П. Боткин, С. С. Корсаков, В. М. Бехтерев и др. Этим крупнейшим врачам был чужд дух чиновничества, карьеризма, приспособленчества.

Большую роль в формировании нравственного облика русского врача сыграли лучшие деятели земской медицины. Они были не только медиками, но и просветителями, гуманистами, распространявшими в меру своих возможностей культуру в русской деревне. Передовые русские врачи были активными общественными деятелями. Высокие образцы морального облика проявили врачи, работавшие во время эпидемий холеры, оспы, чумы.

В наше время указанные этические принципы получили дальнейшее развитие, и сейчас медицинские работники в любой обстановке и в любое время приходят на помощь больному. Их не разделяют теперь ни сословные перегородки, ни денежная зависимость.

Особо следует сказать о так называемой врачебной (или шире — вообще медицинской) тайне. Это вопрос этики медицинского работника. Благодаря особенностям работы медиков больная открывает им глубочайшие свои переживания, делится такими сведениями о своих семейных и других делах, которые он не сообщает никому другому. Могут быть сведения и такого характера, которые больная доверяет лишь врачу или медицинской сестре. Если доверенные больным сведения не являются общественно вредными, не следует их кому-либо сообщать.

К этическим вопросам относится и собственная репутация среднего медицинского работника. Эта репутация должна быть безупречной. Медицинский работник не может, например, эффективно принимать участие в лечении страдающих алкоголизмом, если известно, что он пьет; если фельдшер или медицинская сестра курят в присутствии больного, они не смогут убедить его в том, что курить вредно. Наконец, медицинский работник должен оставаться на высоте и в



сексуальном отношении. Иногда в процессе собирания анамнеза, а также во время проведения индивидуальных психотерапевтических бесед приходится касаться различных проблем полового характера. Медицинские работники, особенно работающие в области урологии, сексологии, гинекологии и венерологии, также соприкасаются с этими проблемами. В связи с этим особенно необходим чуткий и тактичный подход к больным; поведение всех медицинских работников в этих ситуациях должно быть безупречным.

### **Контрольные вопросы**

1. Что такое медицинская деонтология?
2. Как строятся взаимоотношения медицинского персонала и больного на современном уровне развития медицины?
3. Что такое реакция больного на болезнь (приведите примеры)?
4. Какие отношения возникают между больными в лечебном учреждении?
5. Какова роль медицинской сестры в изучении психологии больного человека?
6. Какие требования предъявляются в настоящее время к психологической обстановке в лечебном учреждении?
7. Что такое иатрогения, эгрогения?
8. Какова роль медицинского работника в психологической подготовке больных к манипуляциям, процедурам, лабораторным исследованиям, операциям?
9. Что такое этика медицинского работника?
10. Каков должен быть нравственный облик среднего медицинского работника?

## ЛИТЕРАТУРА

- Авербух Е. С. Психика и гипертоническая болезнь. Л., 1965.
- Ананьев Б. Г. Теория ощущений. Л., 1961.
- Банщикова В. М., Гуськов В. С., Мягков И. Ф. Медицинская психология. М., 1967.
- Зачепацкий Р. А., Яковлева Е. К. Роль неправильного воспитания в происхождении неврозов. Л., 1960.
- Зейгарник Б. В. Патология мышления. М., 1962.
- Лебединский М. С. Очерки психотерапии. М., 1959.
- Лебединский М. С., Мясищев В. Н. Введение в медицинскую психологию. Л., 1966.
- Либих С. С. Коллективная психотерапия в стационарных и амбулаторных условиях. (Методическое письмо). Л., 1967.
- Лурия А. Р. Высшие корковые функции у человека. М., 1962.
- Мясищев В. Н. Личность и неврозы. Л., 1960.
- Платонов К. И. Слово, как физиологический и лечебный фактор. М., 1963.
- Платонов К. К. Вопросы психологии труда. М., 1962.
- Психология. Учебник под ред. А. А. Смирнова, А. Н. Леонтьева, С. Л. Рубинштейн, Б. М. Теплова. М., 1962.
- Психология. Учебник под ред. А. Г. Ковалева, А. А. Степанова, С. Н. Шабалина. М., 1966.
- Психологические методы исследования в клинике. Под ред. В. Н. Мясищева, Б. Д. Карвасарского и И. М. Тонконового. Л., 1967.
- Рубинштейн С. Я. Методика экспериментальной психологии. М., 1962.
- Теплов Б. М. Психология. 1946.
- Тонконогий И. М. Речевые расстройства, их предупреждение и лечение. Л., 1963.
- Ярмоленко А. В. Очерк психологии слепоглохлых. Л., 1961.

## СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	3
Глава 1. Предмет и задачи общей и медицинской психологии	5
Глава 2. Развитие психики и человеческого сознания. Психика и мозг	11
Глава 3. Понятие личности и его значение для психологии и медицины	23
Глава 4. Ощущение, восприятие и их нарушения	34
Глава 5. Память и ее расстройства	60
Глава 6. Внимание и его нарушения	78
Глава 7. Мышление, интеллект и их нарушения	85
Глава 8. Речь в норме и патологии	103
Глава 9. Эмоции и их болезненные изменения	117
Глава 10. Двигательные акты и волевые процессы в норме и патологии	129
Глава 11. Психогении и соматогении	139
Глава 12. Психологические основы психотерапии	153
Глава 13. Психологические вопросы медикаментозного и других видов лечения	169
Глава 14. Психология и трудовая терапия	179
Глава 15. Вопросы психологии в медицинской педагогике	185
Глава 16. Психология и психогигиена	192
Глава 17. Психология и деонтология. Взаимоотношения медицинского работника и больного	200
Литература	215

**Владимир Николаевич Мясищев,  
Борис Дмитриевич Карвасарский,  
Сергей Сергеевич Либих,  
Иосиф Моисеевич Тонконогий**

### ОСНОВЫ ОБЩЕЙ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Редактор *И. М. Тонконогий*  
Переплет художника *И. Н. Кошаровского*  
Художественный редактор *А. И. Приймак*  
Технический редактор *Г. Т. Лебедева*  
Корректор *Е. Ф. Казак*

Сдано в набор 25/V 1963 г. Подписано к печати 24/VII 1968 г.  
Формат бумаги 84×108/32. Печ. л. 6,75. Бум. л. 3,375. Уч.-изд. л. 11,23. Усл. л. 11,34.  
ЛУ-47. Заказ № 1292. Тираж 100 000 экз. Цена 26 коп.  
Бумага типографская № 2.

Издательство „Медицина“, Ленинградское отделение.  
Ленинград, Д-104. ул. Некрасова, 10.

Ленинградская типография № 2 имени Евгении Соколовой  
Главполиграфпрома Комитета по печати при Совете Министров СССР.  
Измайловский проспект, 29.