А. М. Спринц, Н. Ф. Михайлова,
Е. П. Шатова

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

С ЭЛЕМЕНТАМИ ОБЩЕЙ ПСИХОЛОГИИ

УЧЕБНИК ДЛЯ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

Санкт-Петербург
СпецЛит

Учебник для средних
медицинских учебных заведений

Надежда Михайлова

Медицинская психология с элементами общей психологии

«СпецЛит»
2009

УДК 616.7

Михайлова Н. Ф.

Медицинская психология с элементами общей психологии / Н. Ф. Михайлова — «СпецЛит», 2009 — (Учебник для средних медицинских учебных заведений)

ISBN 978-5-299-00360-4

Учебник соответствует принятым государственным образовательным стандартам и программе обучения. Он состоит из 12 глав, отражающих различные аспекты медицинской психологии. Основной задачей учебника является ознакомление студентов с психологией больного человека: его отношением к болезни и к окружающему. Подробно рассмотрена психология лечебного взаимодействия. Описаны и проанализированы психологические механизмы возникновения болезней. С этой целью введена глава о психосоматических состояниях, содержащая сведения по возрастной и семейной психологии. Заключительные главы посвящены психокоррекции и психотерапии, в частности восстановлению адекватного отношения к болезни и восприятию окружающего. Учебник снабжен рядом таблиц, схем и рисунков, способствующих лучшему усвоению материала. Издание предназначено для студентов медицинских колледжей, училищ и продолжающих обучение на курсах усовершенствования медицинских работников. Во 2-м издании учебника исправлены некоторые неточности. Кроме того, логически объединены разделы, касающиеся терминальных состояний и ситуаций траура.

УДК 616.7

ISBN 978-5-299-00360-4

© Михайлова Н. Ф., 2009
© СпецЛит, 2009

Содержание

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ 7
ПРЕДИСЛОВИЕ 8
Глава 1 10
1.1. Определение предмета. Задачи медицинской психологии 10
1.2. Связь медицинской психологии с другими ответвлениями общей психологии и клиническими дисциплинами 13
1.3. О парапсихологии, экстрасенсорике и более низменном 15
1.4. Современные методы исследования в медицинской психологии 17
Темы для рефератов и дискуссий по материалам главы 1 21
Глава 2 22
2.1. Основные исторические вехи развития медицинской психологии 22
2.2. Психологические школы 27
Основные положения психоаналитической теории. Практическое применение 28
Другие психологические школы 30
Темы для рефератов и дискуссий по материалам главы 2 34
Глава 3 ОТДЕЛЬНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ. МЕДИЦИНСКИЙ АСПЕКТ. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ 11 35
3.1. Ощущения 35
3.2. Восприятие 38
3.3. Внимание 42
3.4. Память 48
Патология памяти 51
Методы исследования памяти 52
Способы оптимизации памяти и обучения 54
3.5. Мышление, речь, интеллект 56
Патология мышления 58
Методы исследования мышления 59
3.6. Эмоции 64
Методы исследования эмоций 69
3.7. Волевые процессы 71
3.8. Сознание. Определения 74
Нарушения сознания 75
Сон и сновидения. Прогностическое значение последних 76
Темы для рефератов и дискуссий по материалам главы 3 79
Глава 4 80
4.1. Темпераменты 81
4.2. Экстраверты и интроверты. Художественный и мыслительный типы 86
4.3. Самооценка и уровень притязаний 88
Методы исследования самооценки и уровня притязаний 89
4.4. Другие индивидуальные различия 91

4.5. Связь типов телосложения и типов личности. Закономерности перехода варианта личности в аномалию и болезнь 16 92
4.6. Личности и характеры, акцентуации и аномалии 94
Паранойяльный характер, «застревающая» акцентуация, параноидное расстройство личности 18 96
Конец ознакомительного фрагмента. 97

Надежда Михайлова, Шатова Е. П., Спринц А. М. Медицинская психология с элементами общей психологии

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

АД – артериальное давление
АТ – аутогенная тренировка
БОС – биологическая обратная связь
ВКБ – внутренняя картина болезни
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ВСД – вегетативно-сосудистая дистония
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт
ЗПР – задержка психического развития
ИБС – ишемическая болезнь сердца
КГР – кожно-гальваническая реакция
ЛОР – лечебно-охранительный режим
МБК-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра
ЛОБИ – личностный опросник бехтеревского института
М. р. – медработник
НЛП – нейролингвистическое программирование
П. – пациент
ПДО – подростковый патохарактерологический диагностический опросник
ПСР – психическая саморегуляция
РНК – рибонуклеиновая кислота
ЧД – частота дыхания
ЧСС – частота сердечных сокращений
ЭМГ – электромиография
ЭЭГ – электроэнцефалограмма
MMPI – Миннесотский многофакторный личностный опросник

ПРЕДИСЛОВИЕ

Значение медицинской психологии для медицинских работников среднего звена трудно переоценить. Понимание того, что каждый пациент по-разному реагирует на собственное заболевание, позволит будущему медработнику дифференцированно осуществлять уход за больными. Понимание того, что качество медицинского и семейного окружения существенно сказывается на течении заболевания и на эффективности терапии, позволит медработнику среднего звена создать вокруг пациента благоприятную психотерапевтическую среду и проводить необходимую работу с близкими пациента. Это тем более важно, что *сестринский процесс* все более активно внедряется в жизнь лечебных учреждений, а при этих условиях медработник среднего звена, наряду с врачом, становится центральной фигурой в уходе и лечении, и также, наряду с врачом, занимается психотерапией. Знание медицинской психологии позволит медработнику среднего звена освоить и правила адекватного общения с пациентом.

Необходимо еще учитывать, что в повестке дня отечественного здравоохранения значится переход к *семейной медицине*,и медсестра должна стать помощником и партнером семейного врача. В этих условиях знание медицинской психологии приобретает еще большее значение; конкретно – возрастной психологии и психологии семейных отношений, поскольку в поле зрения семейной медсестры окажется все окружение больного. Совершенно справедливо утверждение американских специалистов по уходу: «Если в семье больной, значит, больна вся семья». Возрастным и семейным аспектам медицинской психологии мы посвящаем отдельные главы.

Наконец, излишне доказывать необходимость детального знания медицинской психологии работниками учреждений сестринского ухода, все более появляющихся в последнее время. Это геронтологические отделения, дома инвалидов, хосписы и некоторые другие.

Медицинская психология в своем развитии в России прошла сложный путь (см. гл. 2).

При создании учебника мы опасались впасть в две крайности: *во-первых*, уклониться в сторону физиологии за счет психологии (что являлось недостатком учебников и монографий по психологии до середины 1980-х гг.) и, *во-вторых*,чересчур глубоко вторгнуться в сферу психиатрии (хотя провести четкую границу между ней и медицинской психологией невозможно). Поэтому при рассмотрении, например, отдельных психических функций (см. гл. 3) или темперамента (см. гл. 4) мы давали о физиологических основах внимания, памяти, эмоций и прочих психологических функций самые краткие сведения. В местах же неизбежного соприкосновения с психиатрией (например, при описании личностных аномалий – см. гл. 5 или девиантного поведения – см. гл. 6) мы рассматривали только пограничные состояния – неврозы, психопатии, но не основные душевные расстройства, например шизофрению.

При компановке учебника мы наметили определенное «поле тяготения» – центральную главу «Психологию больного» и именно к этой главе адаптировали данные предыдущих и последующих глав, сохраняя таким образом специфику нашего предмета (цели и задачи его см. подробно в гл. 1).

Отдельные главы, помимо вышеупомянутых, мы посвятили также психосоматическим и соматопсихическим взаимодействиям, а также психокоррекции и психотерапии. Отметим, что психосоматические состояния должны рассматриваться медицинской психологией неизбежно, так как в основе их возникновения лежат психологические причины, а лечение включает психотерапевтический подход. Что касается соматопсихических влияний, то они во многом определяют психологический профиль пациентов при отдельных заболеваниях, который при уходе, естественно, учитывать необходимо (см. гл. 7).

Медицинская психология, помимо специальных знаний, дает возможность *самопознания* для молодого человека, только вступающего в жизнь, а таковыми в большинстве своем являются наши студенты. Самопознание необходимо для адекватного выбора сферы будущей деятельности – то ли, скажем, в качестве медсестры хирургического, или педиатрического профиля, то ли выбравшей себе «кабинетные условия», например проведение инструментальных либо лабораторных исследований. Излишне доказывать значение знания нашими выпускниками психологии семейных отношений или психологии детей разного возраста.

Глава 1
ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ. СВЯЗЬ С ДРУГИМИ ОТРАСЛЯМИ ПСИХОЛОГИИ И КЛИНИЧЕСКИМИ ДИСЦИПЛИНАМИ. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

1.1. Определение предмета. Задачи медицинской психологии

Медицинская психология является одним из ответвлений общей психологии: науки, изучающей нормальные психические процессы и личностные свойства человека.

В то же время однозначного определения медицинской психологии не существует. Практически в каждой известной монографии или учебнике приводятся то более, то менее отличающиеся определения (Блейхер, 1976; Конечный, Боухал, 1983; Кабанов [и др.], 1983; Матвеев, 1989; Волков [и др.], 1995; Левченко, 2000; Шкуренко, 2002; Менделевич, 2002; [и др.]). Более того, оспаривается и правомерность определения предмета как «медицинской психологии». Предлагается заменить его названием «клиническая психология» (хотя некоторые авторы считают их синонимами). В некоторых из приведенных выше литературных источников то же содержание объединяется термином «патопсихология». Мы не собираемся анализировать правомерность или неправомерность тех или иных названий предмета; для нас главным является то, что этот предмет именно под названием «медицинская психология» значится в плане учебных процессов в медицинских училищах или колледжах.

Определения медицинской психологии представлены в разных источниках то слишком узко, то неправомерно широко. Наиболее общие определения: «новая область знаний, являющаяся соединением психологии и медицины» (Кабанов [и др.], 1983); «переплетение вопросов психологии и основных задач медицины» [Матвеев, 1989].

Авторы, проанализировав многообразные литературные источники, избрали следующее определение.

> В проблемы и задачи медицинской психологии входит исследование личности пациента в болезни, как соматической так и психической; изучение психических факторов, влияющих на развитие болезней, их профилактику и лечение; изучение влияния тех или иных болезней на психику; изучение отношений больного человека с окружающей его микросредой.

В психологии различают теоретические направления и ответвления; медицинскую психологию подразделяют на общую и частную.

Теоретические направления включают историю, философские основы и методологию предмета. *Медицинскую психологию* рассматривают как одно из «ответвлений», однако в нашем учебнике не раз придется касаться теоретических основ психологии. *Общая часть* включает изучение основных закономерностей психологии больного человека, учение о личности больных, о психологии медработников, их оптимальных взаимоотношениях как с пациентом, так и между собой; вопросы этики, деонтологии; изучение соматопсихических и психосоматических отношений, а также вопросы психокоррекции и психотерапии.

Частная медицинская психология включает изучение тех же вопросов, но относительно отдельных заболеваний и состояний. Особенно при этом выделяется важность иссле-

дования состояния больных на этапе подготовки к хирургическим операциям, психологии больных с дефектами отдельных органов и систем (слепота, тугоухость и т. п.), а также регистрацию пограничных невропсихических нарушений при отдельных заболеваниях.

(!) Недооценка значимости медицинской психологии в лечебном процессе ведет к обезличиванию пациента и в конечном счете к безразличию к нему.

Ниже перечислены задачи медицинской психологии, определяющие названия отдельных ее разделов:

1. Изучение изменения отдельных психических функций при соматических и психических заболеваниях.

2. Исследование типов личности пациентов (включая акцентуации и аномалии)[1], определяющих реакцию пациента на болезнь. Определение и обобщение типов реакции на болезнь.

3. Изучение психологии медработников, их взаимоотношений (врача, медсестры, младшего медперсонала).

4. Изучения психологии лечебного взаимодействия, в том числе психологии общения с пациентом; медицинской этики и деонтологии.

5. Изучение соматопсихических взаимоотношений и психосоматических состояний как существенных при происхождении, течении и терапии болезни.

6. Исследование психологического профиля больных при различных заболеваниях.

7. Изучение так называемого «девиантного» (отклоняющегося) поведения, во многом определяющего реакции пациента на окружение.

[1] Предваряя данные гл. 4, где акцентуации и аномалии будут описаны подробно, даем для понимания текущего материала их краткие определения. *Акцентуация* – чрезмерная выраженность отдельных черт характера без нарушения социальной адаптации индивидуума. *Аномалии* — грубые и постоянные расстройства личности с невозможностью полной социальной адаптации.

Рис. 1.1. Круг лиц, оказывающих медико-психологическую помощь пациенту (Менделевич В. Д., 2002)

8. Исследование возрастной клинической психологии; возраст также во многом определяет психологию больного, возможность возникновения при разных ситуациях психосоматических и невротических состояний.

9. Изучение психологии семейных отношений, также имеющих немалое значение при возникновении болезни, влияющих на течение болезни и эффективность терапии.

10. Психокоррекция, психотерапия, психологическое консультирование (последнее является исключительной прерогативой специалиста-психолога) (рис. 1.1).

1.2. Связь медицинской психологии с другими ответвлениями общей психологии и клиническими дисциплинами

Роль психологии в общественной жизни неуклонно возрастает, и специалист, вооруженный знанием психологии, становится все более востребованным. Помимо медицинской психологии, от общей психологии ответвляется еще целый ряд отраслей.

1. Психология труда.

2. Инженерная психология (изучает вопросы, связанные с деятельностью человека, стоящего у пульта управления автоматизированными системами).

3. Психология торговли (в современных условиях, скорее, бизнеса).

4. Социальная психология (психология взаимодействия социальных групп).

5. Педагогическая психология.

6. Юридическая психология (в свою очередь имеющая ответвления – криминальная психология и др.).

7. Психология искусств (творчества).

8. Военная психология (авиационная, космическая и др.).

9. Спортивная психология.

10. Сравнительная психология (использующая филогенетический подход – в том числе зоопсихологию).

11. Возрастная психология (использующая онтогенетический подход).

12. Психология аномального развития (разделяется, наверное, на наибольшее число отраслей: олигофренопсихологию; сурдопсихологию – слабослышащих; тифлопсихологию – слабовидящих и незрячих; и др.)[2].

Нетрудно заметить, что провести строгие границы между сферами исследования отдельных отраслей психологии совершенно невозможно. В том числе и медицинская психология связана практически с каждой из них. Основная задача медицинской психологии – изучение психологии больного – касается и лиц с аномальным развитием, это в доказательствах не нуждается. Точно так же медицинская психология немыслима без привлечения данных возрастной психологии, изучающей разные группы – от младенцев до глубоких стариков.

Социальная психология включает конфликтологию, а неразрешимый межличностный конфликт (в так называемой «деструктивной» фазе) – прямой путь к возникновению невротических и психосоматических состояний. Такие же последствия, помимо медицинской психологии, изучает психология труда, военная, спортивная психология (вспомните, какой трагедией для человека являются поражение, конец карьеры, невостребованность). Все это, по сути дела, касается и психологии искусств. И, несмотря на кажущуюся большую «низменность» занятий, это касается и психологии бизнеса (может быть, в наше неустойчивое время – в большей степени). Частые невротические заболевания детей, вызванные той же неустойчивостью, ситуацией насилия в семьях и рядом других причин, обусловливают переплетение интересов медицинской и педагогической психологии. Наконец, криминальная психология, как и медицинская (как и педагогическая), изучает лиц с так называемым девиантным (отклоняющимся) поведением, например со злоупотреблением психоактивными веществами (так называемым «аддиктивным» поведением), с асоциальным расстройством

[2] Здесь перечислены не все отрасли.

личности и др. На стыке криминалистики и медицины родилась, например, теория о «врожденном преступнике» Ч. Ломброзо.

Что же касается связи медицинской психологии с клиническими дисциплинами, то суть этого кратко и точно выражена в монографии В. Т. Волкова [и др.] (1995).

> «…Правомерно говорить, что медицинская психология является пропедевтикой ко всем клиническим дисциплинам».

«Пропедевтика» в переводе с древнегреческого означает «предварительное обучение». Следовательно, будущий специалист-медик должен вступать в клиническое отделение любого профиля, уже вооруженным знанием медицинской психологии, и это становится ясным, если еще раз просмотреть перечень ее задач.

1.3. О парапсихологии, экстрасенсорике и более низменном

Безусловно, что одной из задач выпускников медицинских училищ и колледжей, так же как и уже работающих специалистов среднего звена, должно быть увеличение медицинской культуры населения, предостережение людей от увлечения модными, но бездоказательными явлениями, особенно если они предлагаются в качестве основы методов лечения.

Встречается мнение, что одним из разделов медицинской психологии является «парапсихология». Несмотря на семантическое сходство терминов, теоретические основы подхода к пациенту в медицинской психологии и парапсихологии являются совершенно противоположными. Парапсихология к нашему предмету не имеет ни малейшего отношения. Парапсихология в практическом аспекте ее применения является не методом лечения, а целительством; феномены, которые она провозглашает, пока не реальностью, а верованием.

Парапсихология исходит из веры в существование сверхъестественных, сверхсознательных (то есть не поддающихся пониманию) явлений. Среди них особенное значение придается «экстрасенсорике», т. е. в буквальном переводе – «сверхвосприятию», способности чувствовать без участия органов восприятия какие-то изменения в теле другого человека либо его душевные проблемы. На основе этой веры предлагается «экстрасенсорное целительство». Оно, как и другие пропагандируемые феномены, основано на вере в существование особого «поля», которое называется «биоэнергетическим» или «биогравитационным», исходящим и от клиента, но, особенно, от самого целителя, то есть способностью к биоэнергетике обладают не все.

Биоэнергетикой объясняются и другие парапсихологические феномены – телепатия (способность к передаче мыслей на расстоянии); телекинез (способность к передвижению предметов без участия органов движения) и другие пропагандируемые «экстрасенсорные явления».

Скажем лишь, что многолетние дебаты и даже эксперименты существования «биоэнергетического поля» так же, как и прочих парапсихологических явлений[3], пока не подтвердили. В настоящее время страницы газет, особенно рекламных, пестрят предложениями об излечении с помощью экрасенсорики самых разных болезней и облегчении человеческих проблем. На тех же страницах можно найти объявления о снятии «порчи», «сглаза» и т. п., и это не случайно, так как экстрасенсорика и ворожба одинаково основаны на вере в сверхъестественное. Среди сторонников экстрасенсорики мелькают лица с учеными степенями. Зачастую трудно определить, являются ли упорные сторонники парапсихологии лицами с чертами характера фанатиков либо речь идет о мошенничестве. Особенно настораживает то, что экстрасенсорное целительство предлагается зачастую как «панацея» – средство от всех болезней, и этим в круг клиентов парапсихологов вовлекается большое число людей. Между тем изучение клинических дисциплин, этиологии и патогенеза болезней должно убедить специалиста-медика среднего звена (не говоря о высшем), что панацея в терапии любых патологических состояний не возможна.

Увлечение сверхъестественными явлениями всегда возникало в переходные периоды истории (в начале XX в. – при разочаровании в революционном движении; в «оттепель» – после развенчания «культа личности»; наконец, в «перестройку» и послеперестроечный сегодняшний период). Общая причина взлета сегодняшних верований – неуверенность в завтрашнем дне, в возможность добиться благополучия и удовлетворительного качества

[3] Хотя попытки их познания предпринимались в ряде авторитетных научных учреждений, и они до сих пор продолжаются.

жизни. Частная причина верования в «экстрасенсорное целительство» – бессилие современной медицины перед лицом большого количества болезней.

Весьма детально различия в психотерапевтическом подходе и экстрасенсорном целительстве анализирует В. Д. Менделевич (2002).

Экстрасенса не интересует диагностический процесс, он не учитывает противопоказаний к применению своего метода, он не требует активного участия пациента в лечебном процессе. Ответственности за собственные результаты он не несет, а сами результаты лечения – субъективны.

Многолетние попытки применения экстрасенсорного целительства обозначились четким нулевым эффектом (вспомните канувшие в Лету имена Кашпировского или Чумака). Единственным исключением могут быть истерические расстройства, при которых ярко представлены явления повышенной внушаемости и самовнушения. Однако то же излечение истерических расстройств наблюдалось после применения гипноза, пустых пилюль (так называемого «плацебо») и даже «святой воды» в средние века. Так что и к излечению истерии парапсихология ничего не прибавила.

В то же время, обращение к целителю вместо специалиста-медика, в том числе специалиста-психолога, может иметь самые печальные последствия: запоздалую диагностику и отсюда неэффективность лечения целого ряда болезней (назовем хотя бы злокачественные новообразования или нервно-психические болезни). Да и при другой патологии ряд болезней, излечимых в острой фазе, при запоздалом обращении к настоящему специалисту *после* целителя могут принять более тяжелое хроническое течение (приведем в качестве примера неврозы).

Грамотный медицинский работник среднего звена должен предостерегать своих пациентов и членов их семей (особенно при внедрении «семейной медицины») от веры в панацею, приводя доказательные примеры; должен внедрять в их сознание преимущество «доказательной медицины» перед неимеющим никакой теоретической основы бездумным целительством.

1.4. Современные методы исследования в медицинской психологии

Методы общей и медицинской психологии во многом пересекаются, и это естественно, поскольку методы, например, исследования памяти, внимания, мышления, темперамента, применимы как в «здоровой» группе, так и для больных; более того, «здоровая группа» используется как эталон сравнения.

В то же время некоторые разработанные методы учитывали потребности именно медицинской психологии. Они разрабатывались преимущественно в Санкт-Петербургском (ранее Ленинградском) психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева. Это ЛОБИ – «личностный опросник бехтеревского института», с помощью которого исследуются самочувствие пациентов, их отношение к болезни, лечению, медперсоналу, семье, будущему и многое другое. Это ПДО – «патохарактерологический диагностический опросник», с помощью которого определяются: тип личности подростков, акцентуации и аномалии, наклонность к уже упомянутому нами девиантному поведению[4].

Большое практическое значение имеет разделение методик на пригодные к использованию в сестринском процессе, т. е. медработниками среднего звена, и пригодные лишь для использования специалистами-психологами либо лицами, прошедшими соответствующую специализацию.

Для медработников среднего звена вполне доступны большинство методов исследования состояния отдельных психических функций, некоторых свойств личности (например, темперамента, самооценки, степени тревожности). Это методы с несложной, нетрудоемкой процедурой проведения, а главное с однозначной интерпретацией результатов и простой их обработкой. В то же время, методы исследования свойств личности, типов акцентуаций и аномалий, интеллекта доступны лишь для специалиста-психолога. Их процедура трудоемка, неприменима в рутинной работе медсестры; обработка и интерпретация результатов сложна и неоднозначна.

Ниже приводим классификацию методов психологических исследований (за исключением психоаналитических подходов).

В. Д. Менделевич подразделяет методы, применимые в медицинской психологии, на *три основные группы*:

1. Клиническое интервьюирование.

2. Экспериментально-психологические методы исследования (психологический эксперимент).

3. Методы оценки эффективности психокоррекционного и психотерапевтического воздействия[5].

Клиническое интервьюирование. В некоторых учебниках и монографиях «клиническое интервьюирование» раньше именовалось методом «беседы». Кроме того, иногда отдельно выделялся метод «наблюдения», который, впрочем, неотделим от беседы (Конечный Р., Боухал М., 1983).

Существенно, что интервьюированием обозначается и первая стадия сестринского процесса см., например (А. М. Спринц [и др.], 2002). И при проведении сестринского процесса интервьюирование включает определение отношения пациента к болезни, медицин-

[4] На данные методы ссылаться будем неоднократно.

[5] Для оценки эффективности терапии могут в принципе применяться методы всех трех групп.

скому и семейному окружению и многое другое, совпадающее с целями клинико-психологического интервьюирования.

Целями клинического интервьюирования в медицинской психологии является выявление жалоб (проблем) пациента, отношения пациента к болезни, «внутренней картины болезни», помощь пациенту в формулировании собственных проблем и осознании скрытых мотивов его поведения, психотерапевтическая помощь пациенту (при первом интервью – предварительная). Важнейшая задача первого интервью – оценка так называемой «фрустрационной толерантности» пациента, что в дальнейшем подкрепляется проведением соответствующих психологических тестов.

> Под «*фрустрацией*» (хотя определения и несколько разнятся) понимаются особенности переживаний и поведения человека, вызванные объективно непреодолимыми или субъективно воспринимаемыми трудностями, возникающими на пути к достижению реальных целей и задач (см. раздел 7.2).
>
> «*Фрустрационная толерантность*»[6] – способность переносить фрустрацию, без нарушения психологической и социальной адаптации.

Условиями успешного клинического интервьюирования являются достижение максимальной доверительности и применение адекватных невербальных и вербальных методов общения: правильная социальная дистанция между собой и пациентом – около 1,5 м; мягкий тембр голоса и жесты, избегание вопросов «в лоб» («А не бывает ли у вас галлюцинаций? Вы ведь плохо спите?»), правильная последовательность вопросов (желательно после предварительного ознакомления с медицинскими данными составить рабочую схему), частые одобрения пациента при детальных ответах на вопросы и успешности проведения беседы. Если клиническое интервьюирование и экспериментальное исследование проводятся в один день, желательно разделить беседу на два этапа: до и после эксперимента. При предварительной беседе следует составить впечатление о самооценке пациента, его отношении к интервью, эксперименту и лицу, их производящему. После эксперимента следует еще раз пациента одобрить и выяснить у него, получил ли он и в какой степени помощь в результате беседы. Естественно, во время интервью необходимо наблюдать за мимикой, интонациями голоса пациента, его реакциями при удачных и неудачных ответах. Следует максимально возможно воздерживаться от замечаний.

Количество **экспериментально-психологических методов** исследования весьма велико. В общем их классификации и перечни, приводимые в разных литературных источниках, совпадают. Представляется возможным привести два рода классификаций.

А. По форме:

1) тестовые задания;
2) вопросники (в некоторых литературных источниках – «опросники»);
3) проективные методики.

Б. По назначению:

1) простые методы исследования состояния отдельных психических функций;
2) психометрические шкалы исследования интеллекта;
3) методы исследования индивидуальных различий;
4) методы исследования основных личностных свойств.

---

[6] Представим себе пациента, впадающего в панику даже при нетяжелых первых признаках болезни, мгновенно забывающего о своих общественных и семейных обязанностях; либо пациента с действительно серьезным заболеванием, проводящего дни в «прослушивании» места тела, где, по его мнению, сосредоточена болезнь. Это – примеры низкой фрустрационной толерантности. С другой стороны, вспомним А. П. Чехова, неизлечимо (по тем временам) больного туберкулезом легких, написавшего в последние годы жизни самые замечательные пьесы, поддерживающего контакты с друзьями – писателями, актерами.

Тесты представляют собой специальные наборы и материалы, с которыми работает испытуемый. Процедура теста должна быть максимально ограждена от случайных влияний. Результаты их применения должны быть четко обозначены: норма, пограничные результаты, патология.

> Приводим в качестве примера пробу с запоминанием 10 не связанных по смыслу двусложных слов, произносимых с интервалом в 2 с. Здоровые испытуемые воспроизводят их полностью после 5 – 7 повторений, не больше; более низкие результаты рассматриваются как патология.

В отдельных *вопросниках* может содержаться от полутора десятков до двух сотен вопросов, в зависимости от их назначения. Вопросники делятся на открытые и закрытые. В вопросниках открытого типа ответы могут даваться в свободной форме; в вопросниках закрытого типа предусмотрены ответы типа «да – нет», либо выбор одной из градаций ответа: обычно в цифрах от 1 до 4.

> Примеры. При исследовании уровня притязаний (см. гл. 4) по Б. И. Бежанишвили испытуемого просят воспроизвести названия определенного количества имен, городов, названий цветов и т. д. Выбор свободный, тест – открытый. Противоположный пример: при проведении теста Леонгарда – Шмишека для исследования акцентуаций (см. радел 1.1.) испытуемому задают ряд вопросов; в ответ на каждый из них он должен выбрать один из 4 вариантов ответа. Вопрос: «Вы чувствительны к оскорблениям?» Варианты ответов: «Нет, это совсем не так» – 1 балл; «Пожалуй, так» – 2 балла; «Верно» – 3 балла; «Совершенно верно» – 4 балла. Это вопросник закрытого типа. В исследовании темперамента и некоторых других свойств личности по методу Айзенка предусмотрены ответы «да» или «нет». Например: «Верно ли, что вас легко задеть?» или «Вы любите часто бывать в компаниях?» Это также вопросник закрытого типа.

При проведении *проективных методик* испытуемому предлагается неопределенный стимульный материал, который он должен дополнить, развить или интерпретировать.

> Например, в одном из вариантов метода незаконченных предложений испытуемому предлагаются первые части предложений: «Хотелось бы мне перестать бояться…» или «Больше всего я люблю людей…».

Приводим общее описание *экспериментально-психологических методов* по их назначению[7].

1. Методы исследования состояния отдельных психических функций – внимания, памяти, мышления, эмоций, сенсомоторных реакций и др. В этих случаях используются тестовые задания; большинство из них пригодно для использования в сестринском процессе.

2. Психометрические методы исследования интеллекта. Все предлагаемые для этого методы сложны и трудоемки и в рутинной работе медработников среднего звена непригодны. Предлагается выполнение ряда субтестов; некоторые представлены вопросниками, обычно открытого типа (например, на общую осведомленность или на определение значения слов); некоторые представляют стандартизированные тестовые задания (например, нахождение недостающих деталей в картине). Достаточно сложна и процедура обработки

[7] В последующих главах методики, доступные для использования в сестринском процессе, будем описывать подробно; предназначенные для специалиста-психолога – только в части их назначения, самого общего описания процедуры и возможных интерпретаций.

результатов. Таким образом, эти методы предназначены для использования только специалистом-психологом.

3. Методы для исследования индивидуальных различий (или особенностей). Имеются в виду методы исследования темперамента, уровня самооценки, уровня притязаний, степени тревожности, наконец – типов личности, в том числе акцентуаций и аномалий. Как правило, для этого используются вопросники, более или менее объемные. Некоторые из них доступны к использованию в сестринском процессе (например, исследование ситуационной и личностной тревожности по шкале Спилбергера – Ханина, где обработка результатов несложна). Некоторые трудоемкие методы предназначаются только для работы лиц со специальной психологической подготовкой.

4. Проективные методы исследования личности. При их использовании дается обобщенная оценка ряда личностных свойств (например, неосознаваемых побуждений), внутриличностных конфликтов, идентификации испытуемого с его «героем», степени давления среды и способов защиты. Определяется и степени фрустрации, и направленность реакции на фрустрационную ситуацию («*экстрапунктивная*» – направленная на окружение; *«интрапунктивная»* – на самого себя; «*импунктивная*» – признание ситуации малозначащей). Проективные методы сложны, и скорее не трудоемкостью, а сложностью и неоднозначностью интерпретации результатов. Их проведение доступно лишь психологу с определенным опытом и высокой квалификацией.

Методы оценки эффективности психокоррекционного и психотерапевтического воздействия. Для этого предлагается использовать специальные шкалы, разработанные М. Д. Карвасарским (1985).

Исследуются следующие показатели:

1) степень симптоматического улучшения;

2) степень осознания психологических механизмов болезни;

3) степень изменения нарушенных отношений личности;

4) степень улучшения социального функционирования.

Работа должна проводиться опытным специалистом-психологом.

Как правило, для контроля эффективности проводимой терапии может использоваться большая группа тестов, например приводимые нами методы исследования памяти либо шкалы для исследования тревожности.

Темы для рефератов и дискуссий по материалам главы 1

Рефераты:

1. Чем меня привлекает изучение психологии (практической пользой, возможностью самопознания, другим)?

2. Какие разделы (ответвления) психологии мне кажутся наиболее интересными и почему?

3. Какие из задач и разделов медицинской психологии мне кажутся наиболее интересными и полезными практически и почему?

4. Пример больного, которого вы наблюдали в клинике (писали сестринскую историю болезни). Как правильно построить интервьюирование?

Дискуссия:

Мое отношение к парапсихологическим феноменам – отрицание, вера, другое; на чем оно основано?

Глава 2
КРАТКИЙ ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ШКОЛЫ

2.1. Основные исторические вехи развития медицинской психологии

В ряде литературных источников, в том числе отечественных, основателем медицинской психологии называется выдающийся немецкий ученый *Эрнст Кречмер*, разработавший стройную систему классификации типологии личности. Он же указал на закономерности перехода определенного типа личности в определенные же аномалии (см. гл. 1) и болезни. Другой, может быть, еще большей, заслугой Эрнста Кречмера было установление взаимосвязи между типами личности и типами телосложения[8]. Ученым в 1922 г. была впервые опубликована монография «Медицинская психология», из-за чего частично Э. Кречмер и считается первооткрывателем данного предмета.

На самом деле медицинская психология не могла возникнуть на пустом месте, вдруг. И здесь обращаемся к именам, составляющим гордость российской науки. В 1885 г. в Казани *Владимир Михайлович Бехтерев* (будущий санкт-петербургский ученый) открыл первую лабораторию экспериментальной психологии и среди ее задач выделил «изучение ненормальных проявлений психической сферы, поскольку они освещают задачи психологии нормальных лиц» (рис. 2.1).

В 1896-м г. выдающийся отечественный психиатр *Сергей Сергеевич Корсаков* открывает аналогичную лабораторию в Москве. Оба они стоят у истоков одной из ветвей нашей дисциплины – «Патопсихологии», изучающей изменения отдельных психических процессов в разных условиях и при различных заболеваниях.

[8] Разработкам Эрнста Кречмера посвящен целый раздел в гл. 4.

Рис 2.2. Герман Эббингауз

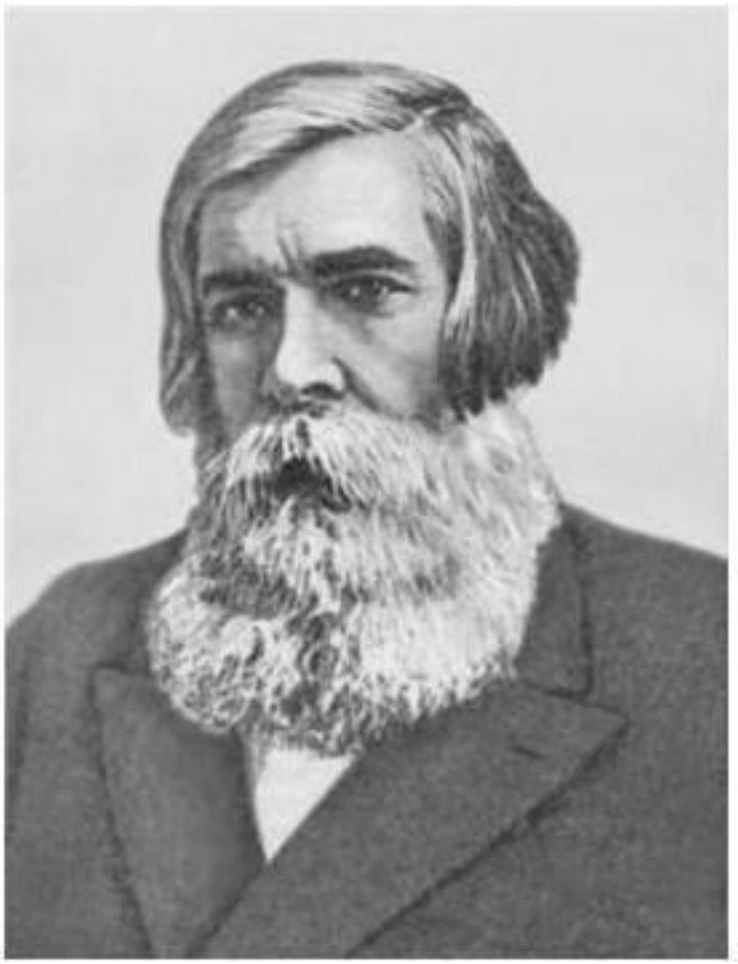


Рис 2.1. Владимир Михайлович Бехтерев

Было бы неправильным отнести экспериментально-психологические исследования только к российским достижениям. Несколько раньше в Лейпциге первую психологическую лабораторию основал *Вильгельм Вундт*.

Другой немецкий ученый — *Герман Эббингауз* провел капитальные исследования по психологии памяти, процессу забывания (рис. 2.2). Эти ученые относительно мало занимались патологическими изменениями психических процессов, однако их методические приемы используются до сих пор.

Примерно в те же годы французский ученый *Жан Рибо* предложил изучать закономерности психической деятельности не только у здоровых, но и у душевнобольных, обогатив таким образом направления работ немецких исследователей.

Говоря о родоначальниках «личностного подхода» к изучению психической деятельности, следует упомянуть известного русского ученого *Григория Ивановича Россолимо*, его работу «Психологические профили. Метод количественного исследования психологических процессов в нормальном и патологическом состоянии» (1910). Им впервые употреблялись для исследования психометрические шкалы с оценкой результатов по 10-балльной системе.

Высказывания, касающиеся деонтологии и этики – неотъемлемой части медицинской психологии, известны с древнейших времен.

Так, в древнеиндийском трактате «Аюверда» (в переводе – «Книга жизни», или «Наука жизни») излагается концепция медицинской этики и приводятся наставления врачу. Такие учения развивались и в Древней Греции, например в трудах знаменитого Гиппократа, что нашло отражение в «Клятве» его имени, которую непременно дают выпускники медицин-

ских учебных заведений. «Клятва» во времена Гиппократа была направлена против шарлатанов, вымогателей и стяжателей от медицины. Оказывается, как давно они появились!

Вопросам деонтологии уделяла немалое внимание в своих трудах английская медсестра *Флоренс Найтингейл*, основатель учения о сестринском процессе. Ее именем названа медаль, присуждаемая как высшая награда за качественный уход за больными.

Отметим один небезынтересный исторический казус. Еще в IV – V вв. н. э. Блаженный Августин в своей книге «Исповедь» признавал существование в человеке скрытых мотиваций, не воспринимаемых сознанием, а также отстаивал изначальную порочность человеческой природы, особенно яростно возражая против представления о «невинности младенцев». Его книга предвосхитила появление психоаналитического учения Зигмунда Фрейда.

В XX в. пути отечественной и зарубежной психологической науки заметно разошлись. В СССР происходила постепенная подмена психологии (в частности, медицинской) физиологией, и рассмотрение отдельных психических процессов, без подробных описаний их материального субстрата, грозило обвинениями в субъективном идеализме. В то же время на Западе было выдвинуто немало новых, зачастую противоречащих друг другу психологических концепций (Фрейда, Юнга, Адлера, Скиннера и др.). Большинство из них в целом спорны, однако предложенные методики в медицинской психологии, особенно в неврозологии и при изучении психосоматических состояний, используются до сих пор.

Рис . 2.3. Владимир Николаевич Мясищев

С 1960-х гг. позиции отечественных и зарубежных психологов постепенно сближались. Однако и за истекшие до этого годы достижения отечественных ученых нельзя рассматривать как нулевые. Так, в период Великой Отечественной войны появилась замечательная работа *Александра Романовича Лурия* «Внутренняя картина болезней и иатрогенные[9] заболевания» с четким анализом реакций пациентов на собственное болезненное состояние. Термин «внутренняя картина болезни» в ходу до сих пор.

Возрождению отечественной психологии больше всего способствовали исследования ученых Ленинградского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева – в первую очередь его ученика *Владимира Николаевича Мясищева* (рис. 2.3). Он еще в 1952-м г. провозгласил, что вопросы психологии в медицине не являются достоянием «психопатологии», а касаются всей медицины. В ходе каждой болезни необходимо учитывать и иметь в виду личность больного.

В. Н. Мясищевым был опубликован ряд работ по медицинской психологии, в которых отстаивался индивидуально-личностный подход к болезни. В числе работ – учебник для медицинских училищ «Основы общей и медицинской психологии» (1968).

И после кончины В. Н. Мясищева (1973) развитию медицинской психологии способствовали работы ряда ученых института им. В. М. Бехтерева: *Модеста Михайловича Кабанова*, *Михаила Дмитриевича Карвасарского, Андрея Евгеньевича Личко* (создателя вышеупомянутых методик ЛОБИ и ПДО) и ряда других.

Нельзя, конечно, утверждать, что развитию медицинской психологии способствовали работы лишь ленинградских (санкт-петербургских) ученых. Весомый вклад в развитие медицинской психологии и психотерапии был сделан *Констан-тином Константиновичем Платоновым*, также сторонником «личностного» подхода к пациенту, утверждавшим в 1977 г., что «предметом медицинской психологии является личность больного, а также внешние и внутренние влияния, которые могут отразиться на психическом здоровье». Большое количество замечательных работ (правда, под названием «Патопсихология») было опубликовано московскими учеными *Сергеем Леонидовичем Рубинштейном, Блюмой Вульфовной Зейгарник, Вадимом Моисеевичем Блейхером* и др. На них мы будем неоднократно ссылаться.

Из зарубежных работ, посвященных конкретно медицинской психологии, заслуживает особого внимания монография[10] чешских ученых *Роберта Конечного* и *Милана Боухала* (1983). Хотя в ее теоретической части заметен перекос в физиологию, в практической части приводится, может быть, самый подробный анализ психологии больного, медицинского работника и взаимоотношения больного и медицинской среды.

[9] Отметим, что под иатрогениями (или ятрогениями) подразумеваются болезненные состояния, вызванные неосторожным словом или действием медработника (см. гл. 11).

[10] Эта монография приводится в списке рекомендованной литературы.

2.2. Психологические школы

Необходимость ознакомить студентов средних медицинских учебных заведений с концепциями некоторых психологических школ (распространяющихся и на сферу интересов медицинской психологии) объясняется увеличивающимися контактами студентов разных стран, а также отечественных и зарубежных медсестер и фельдшеров, что позволит им говорить «на одном языке».

Отметим при этом, что для зарубежных медсестер (считающихся специалистами по уходу с высшим образованием) теоретические взгляды различных школ излагаются широко. Так, в учебнике для медсестер США предлагаются концепции семи школ. Кроме того, там же приводятся примеры контактов специалистов, исповедующих различные взгляды, с пациентами, в частности при психотерапии. Среди отечественных пособий для студентов средних медицинских учебных заведений разбор воззрений различных школ широко представлен в монографии Д. А. Шкуренко (2002).

Рис . 2.4. Зигмунд Фрейд

В настоящем учебнике представлены самые распространенные концепции и, в первую очередь, психоанализ *Зигмунда Фрейда*, чьи труды, несмотря на 100-летнюю давность, не потеряли теоретической и практической значимости (рис. 2.4). В определенное время в

нашей стране труды Фрейда переводили и изучали; в дальнейшем последовало полное его отрицание с обвинениями в субъективном идеализме, волюнтаризме, пансексуализме и во многом другом. В настоящее время к его трудам вернулись

Основные положения психоаналитической теории. Практическое применение

Зигмунд Фрейд, ученик знаменитого французского психоневролога Жана Мартена Шарко, начал свою деятельность с нового подхода к терапии гипнозом и лечения истерии, а пришел в конце концов к глобальной теории, объясняющей психическую жизнь человека, природу наук и искусств, политических эксцессов и, что наиболее для нас важно, – происхождение ряда невротических и психосоматических расстройств (к объяснению «чисто» психических расстройств относился осторожно). С конца XIX в. и до 20-х гг. XX в. он изменял и усовершенствовал свои взгляды и концепции, что говорит о его постоянной упорной работе. В окончательном виде его взгляды можно (кратко!) обобщить следующим образом.

1. Психический аппарат человека возможно разделить на три большие области: «Оно» («Ид») – чисто подсознательная инстинктивная область потребностей и влечений; «Я» («Эго») – частично сознательная, частично подсознательная область контроля над «Оно», своего рода – цензура. «Эго» пропускает инстинкты и влечения в сознание либо подвергает их разнообразным изменениям; «Над-Я» («Супер-Эго») – скорее область сознания, чем подсознания, однозначна с понятием «Совести». Ее функция – привести «Эго» (включая переработанные им влечения) в соответствие с моральными принципами общества.

Фрейд никогда не говорил о материальном субстрате определяемых им трех психических сфер, что и повлекло за собой обвинения в идеализме.

2. Человеком движут подсознательные инстинкты, которые Фрейд обозначал как «Эрос» и «Танатос». Последнее – это стремление к агрессии и разрушению (ранние взгляды Фрейда) и стремление к смерти (окончательные взгляды). «Эрос» – сексуальные влечения с мощной энергией «либидо» и основными принципами: удовольствия, постоянства и сопоставления с реальностью. В своем развитии сексуальный инстинкт ребенка проходит ряд стадий. Первая – аутоэротическая стадия развития (направленная на себя) с этапами – оральной, анальной и генитальной эротик. Далее возникает «эдипов комплекс» – страстная любовь мальчика к матери (реже девочки к отцу) с враждебным отношением к отцусопернику. Далее возникает «комплекс кастрации» – жажда подавления другого. Затем следует латентный период с колебаниями форм нравственности, стыда и отвращения. Далее – истинная сексуальность, сначала направленная на сладострастие, затем на репродуктивную функцию.

Такая подробная трактовка детского «эроса» и обусловила обвинения Фрейда в «пансексуализме».

Все проявления «эроса» с мощной энергией «либидо» могут вступать в противоречие с требованиями общества, в частности в лице родителей, и тогда в действие вступает «эго», вытесняя инстинкты в подсознание. Но они прорываются сквозь цензуру «эго» другими путями – в сновидениях (их Фрейд называл «королевской дорогой подсознания»), в ошибках и оговорках или, наконец, обусловливая появление неврозов, расстройств поведения или психосоматических состояний.

> Так, например, подавление средой аутоэротических стимулов приводит к возникновению «нарциссизма» (постоянного самолюбования).

По Фрейду каждый человек в большей или меньшей степени страдает неврозом.

3. «Эго» («Я») может вытеснять и преобразовывать нежелательные для реальности влечения и инстинкты различными способами (здесь приведены не все):

а) подавлением (что не приводит к решению проблемы);

б) отрицанием (неприятие инстинктов как реальности приводит в конце концов к бегству в фантазию или к абсурдным действиям);

в) изоляцией – отделением от остальной сферы души (это приводит к появлению идеала, как будто не соприкасающегося с собственными чувствами);

г) проекцией – предписыванием другому человеку, животному или объекту собственных чувств, качеств и намеренний (это перенесение рассматривается как одно из проявлений так называемого «трансферта» и используется в лечебном процессе, обусловливая способ общения с пациентом. Как изоляция, так и проекция представляют перемещение аспектов личности изнутри вовне);

д) сублимацией – нахождением для вытесненной энергии способа использования в виде полезной деятельности, напримммер общественной (в этом процессе участвует и «Супер-Эго»);

е) рационализацией – приведением неприемлемых свойств и мотивов в соответствие с требованиями общества ппутем самоанализа причин и следствий (этот способ осуществляется благодаря давлению «Супер-Эго»).

4. Задача терапевта-психоаналитика – выявить и оценить вытесненные детские комплексы и, главное, поставить их под контроль сознания. Осознавание их пациентом – путь к быстрому излечению, очищению (катарзису). В начале своей работы Фрейд стремился к выявлению подавленных инстинктов и достижению катарзиса в гипнозе. В дальнейшем он отказался от лечебного использования гипнотического сна и перешел к методу «свободных ассоциаций»: клиенту предлагалось говорить все, что он хочет в данный момент, и при этом переживания детства возникали неизменно. Кроме того, Фрейд непременно использовал анализ сновидений своих пациентов и их ошибочных действий (описок, оговорок).

В процессе общения с пациентом психоаналитик большей частью ведет себя нейтрально – слушает, но не говорит (кроме заключительных, обобщающих результаты беседы слов). Этим он вызывает агрессивную реакцию пациента, переносящего на врача собственные переживания, т. е. возникает одно из проявлений упомянутого нами «трансферта».

Положения Фрейда не могут быть объективно доказуемыми, принимаются на веру (он сам называл свое учение – мифом). Тем не менее они удивительно легко воспринимаются даже без чтения его книг. Но бездоказательность всегда следует иметь в виду, изучая данные этой главы или увлекшись психоанализом. Заслугой Фрейда, безусловно, является попытка объяснения закономерностей субъективной жизни человека вместо одной лишь оценки результата психического акта. Фрейд впервые подчеркнул значение подсознательных инстинктов и действий, огромное значение ранних детских впечатлений; предпринял весьма небезынтересную попытку объяснения механизма неврозов и психосоматических состояний.

Приводим пример излечения невроза при использовании метода «свободных ассоциаций» [Свядощ, 1959].

У студентки 19 лет возникали дрожание, страх и рвота, когда ее обнимал молодой человек. Возникла угроза замужеству. Применение классического метода рациональной терапии, убеждения, что все явления возникают по механизму условного рефлекса, не помогло; три беседы были безрезультатны. Во время четвертой беседы пациентке было предложено, сидя в кресле, вспоминать и говорить все, что придет в голову, без всякого отбора. Она говорила долго, но вдруг замолчала и осеклась. При настойчивой просьбе рассказать, о чем она только что подумала, сообщила,

что в возрасте 8 лет — *в период перехода от аутоэротических влечений к истинному сладострастию* (курсив наш. – Авт.) увидела отвратительную сексуальную сцену между своей сестрой и ее женихом. «Теперь я понимаю, – сказала пациентка, – что когда мой жених целует меня, это, видимо (!), напоминает мне о тех событиях и вызывает рвоту».

У больной наступило быстрое и полное выздоровление.

Другие психологические школы

Двое из учеников Зигмунда Фрейда — *Альфред Адлер* и *Карл-Густав Юнг* – разошлись во взглядах со своим учителем и основали собственные психологические школы.

Учение Альфреда Адлера получило название «***Индивидуальная психология***». В основе учения лежало представление, что характер человека формируется на основании *врожденного чувства неполноценности*. В результате на протяжении всей жизни в порядке компенсации человек стремится к превосходству над другим, подавлению его.

Понятие о неполноценности органов может распространяться на соматическую и психические сферы (физическая слабость, заикание, горб и пр.). Человек может реагировать на заикание избеганием, но особенно часто – «перекомпенсацией», гипертрофической функцией пораженного органа, возводя своего рода мост между несовершенством своего настоящего и представляемым ему могущественным будущим.

Так, рвота ребенка при нежелании идти в школу, где он ощущает бессилие, – пример избегания, облегчающего решение.

Демосфен, страдающий дефектом речи, путем непрерывной тренировки с камнями во рту превратился в выдающегося оратора. Заставил других слушать себя, таким образом возвышаясь над ними. Это – пример гиперфункции пораженного органа.

Мы часто употребляем выражение: «комплекс мужчины маленького роста» и замечаем, что они, как правило, стремятся к карьере или иным способам подавления других. Мы часто говорим о гиперсексуальности горбунов. Все эти феномены далеко не стопроцентны, но *имеют место* и тоже объясняются механизмом «перекомпенсации».

«…Почти у всех выдающихся людей, – писал Адлер, – мы находим какие-то несовершенства органов, тяжелые болезни, особенно в детские годы. Создается впечатление, что они встретили значительные трудности, но боролись и преодолели себя…»

Аналитическая психология Карла-Густава Юнга имеет и до настоящего времени немало сторонников.

К. – Г. Юнг – профессор психологии Базельского и Цюрихского университетов. Его выдающейся заслугой было введение понятий: «экстраверт» и «интроверт» – двух типов личности, первые из которых обращены вовне, в среду; вторые в себя, в мир собственных переживаний.

Признавая в общем учение Фрейда о личных функциях «Я», он придавал большее значение «коллективному бессознательному» – психическому фонду, передающемуся из поколения в поколение. «Коллективное бессознательное» выступает в форме так называемых *«архитепов»*; они определяют для человека образы его героев, формы нравственности, развитие научной, художественной и религиозной мысли.

Учение об «архитепах» эксплуатируется в художественной литературе. Так, в романе Джона Стейнбека (классика американской литературы) «Зима

тревоги нашей» герой у постели умирающего родственника переживает, помимо жалости, злобность и агрессивные устремления к нему. Он находит объяснения в аналогии с агрессивностью волчьей стаи по отношению к ослабевшему ее члену.

К. – Г. Юнг ввел основные именования архитепов: «anima» – символ женского естества в коллективном подсознании мужчин; «animus» – естество мужчин в коллективном подсознании женщин; «самость» – коллективный символ порядка и цельности личности; «тень» – аналогична фрейдовскому «Я»; «персона» – стиль выражения эмоций и образ социальной роли.

Бихевиоризм как направление психологии (*behaviour* от англ. – поведение) возникло в начале прошлого века и, несмотря на некоторую модификацию концепции, имеет немало сторонников до сих пор, особенно в США. Бихевиоризм абсолютно противоположен психоаналитическому учению.

Вдохновителем бихевиоризма был *Джон Уотсон*. Среди его последователей заслуживает упоминания Б. Скиннер. Многие из их положений были перенесены, исходя из опытов на животных, на человека.

Джон Уотсон провозгласил, что психолог должен ограничиваться описанием стимула и ответной реакции (S – R), не обращаясь к фазе осознания, что абсолютно бесполезно для исследователя.

Можно описывать слезы и дрожь ребенка («ответ») при приближении собаки («стимул»), но не утверждать, что ребенок боится собаки.

Некоторые бихевиористы (например, Скиннер) отождествляли свою концепцию с учением Ивана Петровича Павлова об условных рефлексах, однако знаменитый отечественный физиолог вовсе не отрицал необходимости изучения промежуточных стадий между стимулом и ответом.

Согласно взглядам бихевиористов, научение может быть результатом проб и ошибок при решении проблем. Если результат благоприятен, человек (как и животное в эксперименте) его повторяет; в других случаях избегает или игнорирует. Сексуальные и социальные связи людей основываются на результатах наблюдения за моделями поведения родителей, учителей, товарищей по играм, героев романов и т. п., а также на подражании или избегании. В результате таких взаимодействий со средой, на основании опыта и формируется личность. В дальнейшем человек может прогнозировать, предсказывать результаты собственного поведения; регулировать и управлять им.

Бихевиористы утверждали, что человека формирует исключительно внешняя среда.

«Дайте мне дюжину здоровых детей, – писал Дж. Уотсон, – имой собственный специфический мир, в котором я бы их воспитывал, ияпри *случайном* выборе одного из них воспитал бы для определенной профессии (будь то судья, артист, торговец…), невзирая на его талант, склонности, способности, расу…»

Таким образом, внутренняя жизнь, индивидуальные особенности, подсознание бихевиористами категорически игнорируются. Мышление сводится к речевым и двигательным навыкам; эмоции – к соматическим и эндокринным изменениям.

Учение бихевиористов есть психология без психики.

Работа сторонников бихевиоризма с пациентами весьма проста – научение и тренинг.

Весьма популярным направлением как в Европе, так и в США является ***гештальтпсихология*** (от *нем*. гештальт – целостная структура). Ее видными представителями были *К. Левин*, *К. Коффка*, *Ф. Перлс* и др. Все они старались соединить теоретические воззрения с практической работой (гештальттерапией). Личность человека рассматривалась как способная перейти от опоры на среду к опоре на себя и саморегуляции; к осознанию жизни в настоящем («здесь и теперь») и своих поступков («как и почему»). Такие осознания, по Ф. Перлсу, отличают здорового гармоничного человека от невротика. Любая «незаконченная ситуация» (проблема) с точки зрения гештальтпсихологии проявится, как только человек осознает собственный опыт и себя.

В отечественной психологии также сформировались определенные школы, однако между ними не было контрастирующих противоречий в понимании основ психической жизни человека, факторов, способствующих психическому развитию индивидуумов и пр. Различия отечественных школ заключались в преимущественной направленности исследований. Так, представители ленинградской – санкт-петербургской школы (В. Н. Мясищев, А. Е. Личко, Л. И. Вассерман и др.) разрабатывали теорию отношений личности; сферой интересов школы *А. Н. Леонтьева* были мотивации, их иерархия и деятельность человека; у школы *К. К. Платонова* – соотношения биологического и социального в подструктурах личности. Как уже отмечалось в гл. 1, представители московской школы (*Б. В. Зейгарник* и др.) занимались изучением изменений отдельных психических процессов у душевнобольных, т. е. патопсихологией и психодиагностикой.

Наконец, весьма важным направлением исследований была и остается ***физиогномика*** (не претендующая на именование самостоятельной психологической школы, но весьма полезная для наблюдательных людей и особенно – для медработников). Пристальное внимание лицу пациента уделяли еще врачи древности (вспомните «Facies Hyppocratica» – лицо умирающего больного). В классификации Гиппократа есть и описания холерного, лихорадочного, аденоидного, абдоминального, сердечного лиц. Чарльз Дарвин отмечал, что игра мимических мышц отражает психическое состояние субъекта красноречивее слов. Наблюдательный медицинский работник по выражению лица пациента способен оценить тяжесть состояния и даже характер заболевания. Русский терапевт Г. А. Захарьин умел безошибочно ставить диагноз, наблюдая лишь за внешностью больных (рис. 2.5, 2.6).

Медсестры, тем более самостоятельно осуществляющие сестринский процесс, должны непрерывно совершенствовать свою наблюдательность.

ис 2.5. «Страдание». Фрагмент скульптуры Лаокоона

Рис 2.6. «Уход в вечность»

Темы для рефератов и дискуссий по материалам главы 2

Реферат (с использованием дополнительной литературы) «Флоренс Найтингейл: жизнь-подвиг и творчество».

Дискуссии:

1. Показались ли кому-либо из вас взгляды каких-то психологических школ интересными, практически и житейски полезными?

2. Что, по-вашему, в большей степени определяет психическое формирование человека – врожденные свойства или научение, как утверждают бихевиористы?

Глава 3 ОТДЕЛЬНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ. МЕДИЦИНСКИЙ АСПЕКТ. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ [11]

3.1. Ощущения

Определение. Процесс ощущения представляет собой отражение отдельных свойств предметов объективного мира при воздействии на органы чувств.

Ощущение, как и другие психические процессы, – субъективный акт, и его не следует смешивать с данными физиологических измерений.

> Психолог говорит (записывает), что человек ощущает боль, ощущает звуковой сигнал и т. п. Физиолог сообщает, что порог ощущения боли или различения звукового сигнала в шуме характеризуется такими-то и такими-то величинами.

Ощущения делятся на зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые и тактильные (осязательные). Все это – так называемые *экстероцептивные ощущения*. Они, в свою очередь, могут быть подразделены на непосредственные и дистантные. Последних больше – они возникают в ответ на зрительные, слуховые, обонятельные раздражения; непосредственные ощущения – вкусовые и тактильные.

Кроме вышеперечисленных экстероцептивных ощущений, выделяют проприоцептивные и интероцептивные. *Проприоцептивные ощущения* возникают при перемене положения тела и его частей. Утрата таких ощущений чревата грубыми расстройствами походки и выполнения автоматизированных двигательных актов (например, еды). *Интероцептивные ощущения* идут от внутренних органов; они весьма разнообразны. Особого внимания среди них заслуживают боль и кожный зуд (в частности, при сестринском процессе).

Физиологический субстрат ощущений. Этот психический процесс обеспечивается работой анализаторов (зрительного, слухового и пр.). Их возбуждение, обусловливающее возникновение ощущений, начинается с рецепторов (сетчатки, улитки, вкусовых сосочков, кожи и др.). Далее возбуждение распространяется по проводящим путям (в спинном мозге отдельно для экстероцептивных и проприоцептивных раздражений; в головном мозге, например, для зрительных раздражений – по зрительному нерву, хиазме, таламусу). Центральные концы анализаторов располагаются в коре головного мозга (для зрительного анализатора – в затылочной доле; для слухового – в височной; центры, болевой, температурной, тактильной чувствительности – в теменной и т. д. – см. курс физиологии).

Возвращаясь к ощущениям как *субъективным* психическим актам, отметим, что они характеризуются силой и длительностью, а также нижним и верхним порогом возникновения. Последние весьма индивидуальны.

Нижний порог характеризуется минимальной величиной раздражителя, вызывающего ощущение.

> Так, нижний слуховой порог характеризуется способностью различения тиканья наручных часов в абсолютной тишине на расстоянии 6 м;

[11] Напомним некоторые принципы создания учебника, изложенные в предисловии.

нижний вкусовой порог – способность ощутить присутствие 1 чайной ложки сахарав8лводы.

Верхний порог ощущений определяется максимально допустимой величиной раздражения, когда ее превышение перестает ощущаться.

Кроме того, различают *дифференциальный* (или разностный) *порог* ощущений как минимально ощущаемое различие между двумя близкими раздражителями (например, слуховыми – близкими по силе звуковыми сигналами, либо музыкальными – почти не отличающимися по частоте).

Пороговые и дифференциальные величины могут диссоциировать. Так, согласно нашим данным (Е. Ф. Бажин и А. М. Спринц, 1968), атропиноподобные вещества повышают слуховой порог, т. е. ухудшают, в житейском смысле слова, слух. В то же время способность дифференцировать близкие раздражения улучшается. Позднее Е. Ф. Бажин обнаружил подобное у больных со слуховыми галлюцинациями.

Боль (не путайте с «болезненностью», определяемой при пальпации!) – как правило, неприятное ощущение (исключением являются мазохисты, испытывающие удовольствие при боли). Боль имеет самое различное происхождение и наблюдается как при соматических, так и при душевных расстройствах.

Так, мы наблюдали больную, испытывающую мучительные боли по ходу позвоночника. Облегчение у нее наступило только после лечения антидепрессантами.

Привыкание к боли наблюдается редко.

С практической точки зрения (в том числе – медсестре) следует четко различать порог возникновения боли и порог болевой выносливости. Первый показатель зависит целиком от интенсивности патологических раздражений; второй – определяется личностными особенностями.

Вспомните многочисленных героев войн, стиснув зубы, переносящих пытки и издевательства, или более приземленный пример – людей, соглашающихся на удаление зуба без наркоза. С другой стороны, вспомните индивидуумов, при незначительных болях рассылающих жалобы по телефону всем знакомым. Низкий порог болевой выносливости характерен для тревожных и истероидных личностей (см. гл. 4).

Тем не менее к лицам, испытывающим болевые ощущения, медработник среднего звена должен быть внимательным и терпимым. Частые приступы острых болей и хронические боли могут привести к бессоннице, страху повторения боли как проявлениям невроза. Иногда под влиянием боли изменяются личностные качества – люди теряют интерес ко всему и целыми днями ждут повторения неприятных ощущений.

Кожный зуд. Мучительным симптомом, также приводящим к бессоннице и искажению психической жизни, является кожный зуд. Он также может быть проявлением как соматической (особенно эндокринной) патологии, так и невротических расстройств. Он может быть начальным (манифестным) проявлением таких расстройств; может быть эквивалентом скрытой тревоги, и его появление требует углубленного интервьюирования пациента.

Следует упомянуть еще о ***сенестопатиях*** – неприятных малодифференцированных ощущениях («*будто* скручивает, стягивает, вздувается» и т. п.). Сенестопатии могут быть предвестником и долгое время единственным проявлением многих душевных расстройств, особенно депрессий, часто наблюдающихся и при соматических заболеваниях (см. гл. 7).

В отличие от сенестопатий, ***парестезии*** – симптом чисто неврологический, изучаемый в соответствующей дисциплине. Больные указывают на более четкие ощущения («чувствую колотье, ползанье мурашек»).

Патология ощущений затрагивается во многих клинических дисциплинах (например, анестезия в неврологии и хирургии; понижение зрения – в офтальмологии и т. д.).

> Мы хотели бы обратить внимание на временную утрату или ослабление ряда ощущений под влиянием лекарств: обоняния и вкуса после применения противомикробных средств из группы фторхинолонов; слуховых – при лечении некоторыми антибиотиками (стрептомицин, канамицин, гентамицин); зрительных – при лечении ибупрофеном.

Следует остановиться на двойном значении терминов: «гиперестезия» и «гипестезия». Как повышение и понижение болевой и температурной чувствительности, они могут наблюдаться и количественно измеряться при неврологической патологии. Однако так определяются и чисто субъективные феномены. ***Гиперестезия*** как ощущение большей яркости красок, четкости контуров, громкости звуков может наблюдаться в первой фазе приема некоторых наркотиков или при маниакальных состояниях (эйфории с речедвигательным возбуждением). ***Гипестезия*** – противоположное ощущение тусклости красок, нечеткости звуков и контуров может быть проявлением второй фазы действия наркотиков или депрессий другого происхождения.

У лиц с патологией зрения (слабовидящих и незрячих) компенсаторно наблюдается интенсификация ощущений, обеспечиваемых другими анализаторами, – слуховыми, тактильными и проприоцептивными. Этот адаптивный феномен помогает им сохранять равновесие и обеспечивать в большей степени собственную безопасность. Улучшение тактильной и других форм кожной чувствительности позволяет им стать прекрасными массажистами.

3.2. Восприятие

Определение. Восприятие есть *целостное* отражение предметов и явлений объективной реальности, возникающее при непосредственном воздействии на органы чувств.

Как и ощущение, восприятие представляет собой субъективный психический акт. Однако, несмотря на то что процесс восприятия также обеспечивается деятельностью различных анализаторов, его нельзя сводить к сумме ощущений (полосатый окрас, мягкость и теплота при прикосновении плюс громкое мурлыканье еще не говорит в отдельности, что воспринимаемый предмет – кошка). В отличие от ощущений, которые самостоятельны и могут осуществляться без участия других психических функций, восприятие без них немыслимо.

В процесс восприятия непременно вовлекается прошлый опыт, позволяющий определить предмет; восприятие обеспечивается активной деятельностью личности (по А. Н. Леонтьеву – «пристрастностью», т. е. мотивациями). В активное восприятие непременно включаются эмоции; оно побуждает человека к дальнейшему изучению окружающего мира, т. е. к включению процесса мышления.

Человек не может существовать без того, чтобы постоянно не воспринимать, «ощупывать», окружающий мир. Сон немыслим без сновидений – следов прошлых восприятий (фазы «парадоксального сна»).

Искусственное лишение людей восприятия (при так называемой «сенсорной депривации», помещении в темное, бесшумное помещение, где пол и стены мягкие и дают минимум тактильных раздражений) приводит к тому, что у них быстро развиваются преходящие душевные расстройства, прежде всего галлюцинации – обманы восприятия.

Восприятия, как и ощущения, различаются по органам чувств (зрительное, слуховое и пр.). Кроме того, выделяют восприятие собственного тела (что также искажается при сенсорной депривации) и восприятие времени. Человек в норме в состоянии определить его продолжительность.

> Существует специальный тест восприятия интервалов времени. После включения специального бесшумного секундомера или использования электронных наручных часов испытуемого просят указать, когда, по его мнению, прошла одна минута. В норме отклонения составляют не более 5 – 10 с; некоторые испытуемые определяют интервал абсолютно точно. Такая способность крайне нужна спортсменам, определенным категориям военных; она нарушается при утомлении, действии некоторых лекарств и в ряде других случаев.
>
> В то же время субъективная оценка течения времени и способность определять его интервалы не всегда совпадают. Так, при депрессиях, при действии некоторых наркотиков развиваются переживания остановки времени, замедленного или ускоренного его течения, а способность к оценке интервалов времени может не страдать.

Свойствами восприятия являются быстрота, глубина, точность и избирательность. Способность к устойчивому, эффективному, активному, планомерному восприятию характеризует наблюдательность, столь необходимую медицинскому работнику.

Расстройства восприятия могут наблюдаться при некоторых экстремальных ситуациях у здоровых людей, а также при душевных и нервных болезнях (в последних случаях они рассматриваются в курсе психиатрии и неврологии, например, разнообразные галлюцинаторные феномены или агнозии – расстройства узнавания предметов).

В то же время ***иллюзии*** – качественные искажения восприятия реальных предметов и явлений – могут наблюдаться при эмоциональном напряжении (страхе), при переутомлении, приеме некоторых лекарств (например, холиноблокаторов).

> У людей, испытывающих страх передвижения в темноте, свешивающийся куст может принимать форму человека с ножом. Или – при переутомлении на месте ярких обоев, в чередовании светлых и темных пятен могут возникать цветы, змеи, даже пейзажи. Это – так называемые парэйдолические иллюзии. Они возникают и при действии некоторых наркотиков, сменяясь тоской и страхом.

Кроме того, известны и оптические иллюзии (рис. 3.1). Они наблюдаются в совершенно нормальном состоянии и обусловлены особенностями строения зрительного анализатора людей, неправильно оценивающих контрастные изображения.

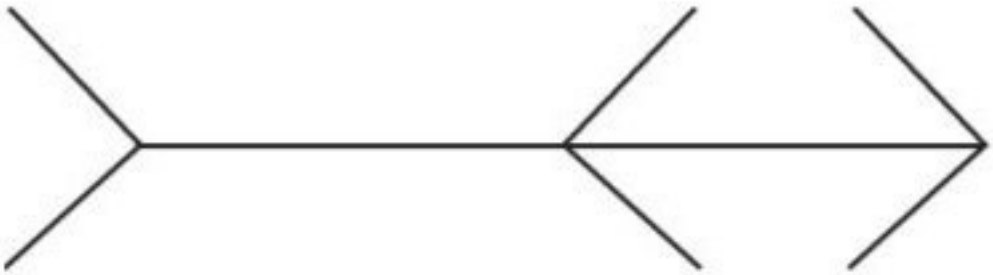


Рис. 3.1. Оптические иллюзии. Левый отрезок и человек слева кажутся больше, хотя одинаковы с изображениями справа (Конечный, Боухал, 1983)

При крайнем переутомлении, изнурении после перенесенных болезней отмечаются и другие расстройства восприятия: дереализация, феномены «уже виденного» или «никогда не виденного» («de ja vecu» и «jamais vu»).

Дереализация – чувство неопределенного изменения окружающего («что-то изменилось вовне», «что-то стало вокруг не то»). Помимо крайнего переутомления и изнурения, дереализация нередко отмечается в начале шизофренического процесса, при депрессиях, некоторых формах эпилепсии. Дереализация во всех случаях часто сочетается с деперсонализацией – чувством неопределенного изменения собственного «я» (см. с. 92).

Феномен «de ja vecu» – ощущение знакомого, уже пережитого в совершенно незнакомой обстановке, среди незнакомых людей.

Феномен «jamais vu» – противоположное ощущение; обстановку, в которой пациент не раз бывал (например, свою комнату, палату), он воспринимает как увиденную впервые.

Оба эти феномена, помимо психического и физического изнурения, наблюдаются при эпилепсии, некоторых органических поражениях мозга.

Психологических тестов, направленных именно на изучение расстройств восприятия, не существует. Нарушения восприятия по В. Д. Менделевичу мало поддаются «психологической верификации». Существуют некоторые приемы, направленные на выявление скрытой галлюцинаторной готовности (разговор по отключенному телефону, разглядывание чистого листа бумаги, надавливание на глазные яблоки у больных алкоголизмом), однако все это относится к сфере психиатрии.

> Быстроту восприятия, наряду с концентрацией внимания и скоростью движений, измеряют при исследовании простой и сложной сенсомоторной реакции. В первом случае в ответ на загорание белой лампочки испытуемый должен максимально быстро нажать на расположенную напротив кнопку (в норме скорость реакции составляет 1 – 2 с). При исследовании сложной сенсомоторной реакции испытуемый нажимает на разные кнопки при свечении лампочек разного цвета или при свечении одной из них не нажимает.

К сфере восприятия (с участием процессов памяти и мышления) относятся представление и воображение.

Представлением называется оживление в нашем сознании образов, воспринятых в прошлом, но не воспринимаемых в данный момент.

Образы, возникающие при представлении, неизмеримо чаще менее ярки, сильны и подробны, чем непосредственно воспринимаемые. Вызвать у себя зрительные представления гораздо легче, чем слуховые (сравните легкость представления знакомых лиц и их голосов). Вызвать у себя вкусовые и обонятельные представления еще труднее.

В то же время существует ряд людей, у которых представление по яркости и четкости неотличимо от восприятия. Такие люди называются *эйдетиками*, а само явление — *эйдетизмом*. Хочется подчеркнуть, что такие феномены ни в коем случае не являются патологией. Эйдетизм нередко наблюдается у детей и с повзрослением исчезает. Часто эйдетизм наблюдается у талантливых людей.

> Так, «слуховой эйдетик» Моцарт мог, один раз прослушав музыкальную пьесу, написать по памяти всю партитуру. Художник Реймонт, оглянувшись один раз на площадь в Варшаве, мог, отвернувшись, описать все детали.

Другое явление, также ни в коем случае не являющееся патологией, имеет название *синестезия.* У некоторых людей при восприятии в одной сфере параллельно возникает образ представления в другой (например, видение фигур при слуховом восприятии или возникновение музыкальных образов при зрительном). Синестезии были свойственны многим талантливым людям, не обязательно творящим в сфере искусств.

> Так, физик Фехнер воспринимал «е» как «желтый звук», «у» – как черный, звук трубы как красный. Синестетиками были русско-английский писатель, классик XX в. Владимир Набоков и его жена, причем они передали это свойство сыну. Конкретные проявления синестезий были у всех троих разные. Звук «м» воспринимался писателем как розовый, его женой как голубой, а сыном как смесь розового и голубого.

Наконец, ***воображение*** представляет из себя преобразование представлений, отражающих реальность с присоединением новых связей.

> Вы можете вообразить, например, встречу со своим кумиром, литературным героем, представить себя в незнакомом месте и ином времени.

Богатым воображением отличаются многие дети. Живое воображение – суть работы художника, писателя, композитора, но свойственно не только им.

Цепь воображаемых образов имеет бытовое название «греза»; иногда, если соответствующая склонность наблюдается на грани патологии, эти феномены носят название «фантазмов». К ним склонны истероидные личности, охотно и с преувеличениями повествующие о них окружающим, и шизоидные личности, таящие их в себе; у последних фантазмы странны, причудливы и мрачны.

> Например, это «кафкианские кошмары» по имени писателя Франца Кафки.

3.3. Внимание

Этот психический процесс обеспечивает эффективное функционирование многих других – памяти, мышления, воли. Таким образом, внимание не может быть самостоятельным психическим процессом, а неразрывно связано со многими другими.

Определение. Внимание – психический процесс, обеспечивающий сосредоточенность психической деятельности на определенных объектах и явлениях и обеспечивающий наилучшее отражение их в сознании.

Физиологические основы внимания. Из всех психических процессов оно изучалось физиологами наиболее пристально, в частности знаменитым отечественным физиологом Иваном Петровичем Павловым. Согласно его воззрениям, в основе внимания лежит формирование очагов оптимальной возбудимости в полушариях большого мозга, прежде всего в коре, в то время как соседние области находятся в состоянии торможения. При этом формируется не один, а несколько очагов, соединяющихся между собой разнообразными связями. Внимание (по И. П. Павлову) образно можно сравнить с постоянно перемещающимся по мозговым полушариям и меняющимся по величине и форме светлым пятном, на всем остальном пространстве окруженном тенью.

Уже после смерти И. П. Павлова стали развиваться представления о подкорковых активирующих системах: ретикулярной формации среднего мозга, неспецифической в отношении характера действующих стимулов, и специфической активирующейся системе таламуса. Эти структуры также участвуют в обеспечении оптимального уровня внимания.

Исходя из определения, для внимания характерны *направленность* и *сосредоточенность*. Первое означает привлечение внимания к тем объектам, которые имеют для человека первостепенное значение. Сосредоточенность внимания характеризует процесс углубления в деятельность и полное отвлечение от всего, что не имеет к этому отношения.

Внимание подразделяется на *непроизвольное* и *произвольное*. Когда оно привлекается на неожиданные или непривычные внешние стимулы (резкий гудок автомобиля, громкие голоса, вспышки сварки и т. п.), такое внимание непроизвольно и представляет собой, по сути дела, ориентировочный рефлекс, общий для человека и животных. Произвольное внимание возникает под влиянием сознательно поставленных целей (обычно – устойчивых мотиваций) и волевого усилия. Оно необходимо для любой целенаправленной деятельности.

Свойства внимания. В различных литературных источниках указывается разное количество таких основных свойств и используется порой разная терминология. В то же время постоянно упоминаемые свойства следующие.

1**.** ***Устойчивость*** – длительность сосредоточения внимания на определенных объектах (иногда говорят об «интенсивности» или «концентрации»).

Следует отметить, что устойчивость внимания не означает постоянно одинаковой сосредоточенности на привлекаемом объекте при игнорировании других. Устойчивость внимания непременно претерпевает колебания (осцилляции).

Отоларинголог Урбанчич помещал тикающие часы на таком расстоянии от испытуемых, когда тиканье было еле слышно. Тиканье «появлялось и исчезало» каждые 8 – 10 с.

Устойчивость внимания – это тренируемое свойство, оно воспитывается правильно поставленным процессом обучения и организации труда. Внимание особенно напряжено при рутинной однообразной работе, и в этих случаях возникает опасность перегибов, когда устойчивость при отсутствии правильного чередования труда и отдыха (в том числе при ведении сестринского процесса) сменяется истощаемостью. Для сохранения устойчивости внимания необходимо уменьшить и количество ненужных отвлекающих стимулов, что медсестре также необходимо знать.

Устойчивость внимания подвержена возрастным колебаниям. Так, она слабо представлена у детей дошкольного возраста, достигает оптимума в среднем школьном и сохраняется в период зрелости. У пожилых людей устойчивость внимания сохраняется длительно (в отличие от переключаемости), но резко падает в старости.

Слабая устойчивость внимания детей-дошкольников является одной из причин длительных дискуссий: следует ли начинать обучение детей раньше 7 лет? Во всяком случае, у более маленьких детей продолжительность уроков должна быть меньше рассчитанных для школьников 45 мин.

Феномен, противоположный устойчивости внимания, носит как бытовое, так и научное название — *рассеянность*. Когда она наблюдается у маленьких детей или при болезнях – неврозах, гипоксических или гипогликемических состояниях, перенасыщении или атеросклерозе, – говорят об *истинной рассеянности. Мнимая рассеянность* наблюдается при сверхсосредоточении на какой-то идее или деятельности.

> Вспомните комических профессоров, подвергающих варке свои часы вместо яиц и т. п.

2. ***Объем —*** количество объектов, которые одновременно могут охватываться вниманием. Подсчитано, что оно в норме составляет 4 – 7. Объем внимания у маленьких детей не настолько снижен по сравнению со взрослыми, как устойчивость. В то же время его уменьшение в старости происходит быстрее, чем снижение устойчивости.

Объем внимания и его устойчивость находятся между собой в антагонистических отношениях. Распыление внимания по многим объектам уменьшает устойчивость; сверхсосредоточенность уменьшает объем внимания.

Как полезное свойство внимания, близкое к объему, некоторые авторы выделяют *распределение* – способность к выполнению двух (иногда большего количества) действий одновременно. Тренировка такого качества совершенно необходима для медсестер – постовых, заполняющих, например, требования в аптеку и отвечающих одновременно на неизбежные вопросы пациентов; фельдшеров, оказывающих неотложную помощь одновременно нескольким больным. Медсестре, мало способной к распределению внимания, следует рекомендовать, например, кабинетную работу (выполнение лабораторных или инструментальных исследований).

3. ***Переключаемость*** – способность перевода внимания с одного объекта на другой, без нарушения устойчивости (концентрации). Переключаемость внимания в пожилом и старческом возрасте особенно страдает, поэтому такие лица лучше выполняют однообразную работу в одиночестве. Переключить внимание детей очень легко.

Существуют особые типы личности (см. с. 129), у которых способность к переключению внимания крайне низка. Это так называемые «эпилептоидные» личности с вязким обстоятельным, застойным мышлением (прочтите монологи героев Ф. М. Достоевского или Ч. Диккенса). Кроме того, это так называемые «паранойяльные» или «застревающие» личности, одержимые какой-либо сверхценной для них идеей (idea fix).

Патология внимания наблюдается практически при всех серьезных соматических заболеваниях и касается всех его свойств (сужается объем, затрудняется переключение, развивается неустойчивость внимания и рассеянность). В первую очередь все-таки страдает устойчивость (патогенные факторы, в основном астенизирующие).

> В. Д. Менделевич приводит признаки нарушения устойчивости внимания у детей: беспокойные движения; отвлекаемость на незначительные стимулы; ответы, не задумываясь; частый переход от одного действия к другому; склонность терять вещи; снижение чувства опасности (например, при перебегании через улицу).

Среди лекарств, снижающих эффективность внимания, следует упомянуть транквилизаторы, особенно ночные (феназепам, реланиум), атропиноподобные вещества – беллоид, белласпон и др. Внимание нарушается после приема даже небольших доз алкоголя (50,0), что доказано экспериментально (хотя потребителям кажется, что их интеллектуальные качества улучшились). Кофе, чай, ряд стимуляторов растительного происхождения (женьшень, китайский лимонник и др.), ноотропные средства (пирацетам, пантогам и др.) улучшают свойства внимания, однако при злоупотреблении указанными бытовыми напитками или передозировках лекарств улучшение внимания сменяется противоположным эффектом.

Методы исследования внимания. Все эти методы довольно просты и вполне применимы в сестринском процессе.

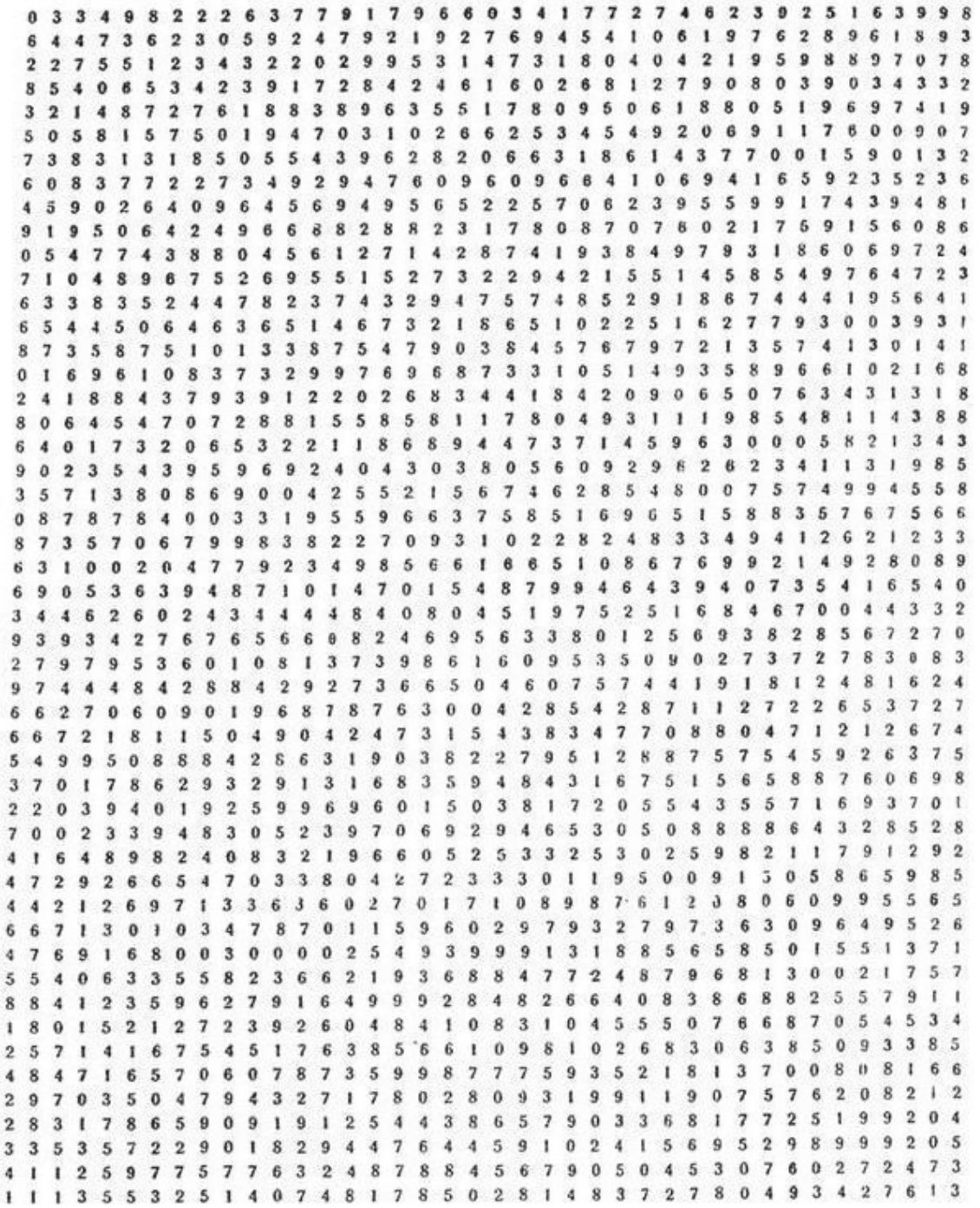


Рис. 3.2. Бланк для выполнения корректурной пробы

Однако не для всех из них четко определены величины нормы (для здоровых людей). Наиболее распространены и удобны в употреблении (в том числе для контроля эффективности лечения) следующие методы.

А. Корректурная проба (рис. 3.2).

Исследуемому (пациенту) предлагается вычеркивать по всей таблице (2000 знаков) какую-либо одну цифру (в усложненном варианте можно предложить одну цифру вычеркивать, другую подчеркивать). Предлагается также делать через каждые 30 или 60 с (что сообщается исследователем) специальную отметку (точку или скобку). В норме задание выполняется через 6 – 8 мин. Количество ошибок не превышает 15. Учитывая время и число ошибок за каждый интервал, можно получить представление об устойчивости или истощаемости внимания.

Примечания: 1. Иногда вместо цифровых применяются буквенные таблицы, однако их недостатком является неодинаковая информативность букв для конкретных лиц (с какой-то буквы начинается, например, имя близкого или любимого человека). Таким образом, некоторые буквы вычеркивать легче, другие труднее.

2. Существуют расчетные методы обработки корректурной пробы, например с вычислением скорости переработки информации (бит/с).

Для сестринского процесса этого не требуется.

Б. Счет по Э. Крепелину (рис. 3.3).

3	4	3	4	4	8	6	6	2	4	4	7	3	4	8	9	6	7	2	9	8	7	4
2	5	9	7	8	4	3	2	4	7	6	5	3	4	4	7	9	7	3	8	9	2	4
3	8	5	9	3	6	8	4	2	6	7	9	3	7	4	7	4	3	9	7	2	9	7
9	5	4	7	5	2	4	8	9	8	4	8	4	7	2	9	3	6	8	9	4	9	4
9	5	4	5	2	9	6	7	3	7	6	3	2	9	6	5	9	4	7	4	7	9	3
2	9	8	7	2	9	4	8	4	4	5	4	4	8	7	2	5	9	2	2	6	7	4
9	2	3	6	3	5	4	7	8	9	3	9	4	8	9	2	4	2	7	5	7	8	4
7	4	7	5	4	4	8	6	9	7	9	2	3	4	9	7	6	4	8	3	4	9	6
8	6	3	7	6	6	9	2	9	4	8	2	6	9	4	4	7	6	9	3	7	6	2
9	8	9	3	4	8	4	5	6	7	5	4	3	4	8	9	4	7	7	9	6	3	4
5	8	5	7	4	9	7	2	6	9	3	4	7	4	2	9	8	4	3	7	5	8	3
3	4	6	5	7	8	4	3	5	5	4	2	9	6	2	4	2	9	2	7	2	5	8
5	2	3	9	3	4	5	3	2	8	2	9	8	9	4	2	8	7	8	5	4	3	5
3	4	9	2	4	7	8	5	2	9	6	4	4	7	6	7	5	6	9	8	6	4	7
4	9	6	3	4	9	9	4	8	6	5	7	4	9	3	2	4	7	4	9	8	3	8
8	4	7	8	9	4	3	9	3	7	6	5	2	4	4	3	4	8	7	3	9	2	4

Рис. 3.3. Бланк для выполнения теста счета

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

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

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

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

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

Рис. *3.4*. Таблицы Шульте (60 × 60 см)

Испытуемому предлагается складывать в уме ряд однозначных цифр и называть результат (если он превышает 10, первая цифра отбрасывается, например:5+8=3).Отмечается число выполненных операций и ошибок каждые 30 с. После окончания теста вычер-

чивается кривая работоспособности и определяется таким образом степень истощаемости внимания.

В. Отыскивание чисел по таблицам Шульте (рис. 3.4).

Испытуемым (пациентам) представляются таблицы, на которых числа от 1 до 25 разбросаны в случайном порядке, и предлагают показывать цифры в правильном порядке. При тестировании используется 4 – 5 таких таблиц.

Норма выполнения операции по каждой таблице составляет 40 – 50 с.

Внимание считается устойчивым при почти одинаковых результатах по всем таблицам; неустойчивым – при большом разбросе результатов; истощаемым, если время при переходе от первой таблицы к последующим постепенно увеличивается.

Г. Последовательное вычитание.

Испытуемым предлагается отсчитывать последовательно от 100 по 7 или от 100 по 13. Учитывается число ошибок (у здоровых и образованных людей их быть не должно или допускается 1 ошибка). Если ошибки допускаются в десятках, это говорит о расстройствах внимания (100 – 7…93…86…79…72…); если ошибки (как правило, многочисленные) допускаются в единицах, это свидетельствует о расстройстве мышления.

Д. Пробы на переключаемость.

Таких проб, как уже указывалось, разработано немало, но не для всех определены стандарты. Наиболее удобны:

1. «Сложение с переключением», когда испытуемому (пациенту) предлагается поочередно прибавлять к какому-либо числу по5и6.«Сбои» – повторы прибавления только одного из чисел свидетельствуют об инертности психических процессов, в частности переключаемости внимания. Ошибки с самого начала выполнения теста характерны для эпилепсии; ошибки в конце выполнения, через несколько минут, характерны для сосудистой патологии мозга или астенических состояний разного происхождения, когда внимание истощаемо.

2. «Поочередное вычитание», сходное по методике и оценке результатов с предыдущим тестом (даже более удобно, так как процесс вычитания ограничен). Предлагается поочередное отсчитывание от 100 или 200 по7и8.

3.4. Память

Определение. Память – отражение прошлого опыта, заключающееся в запоминании, сохранении, последующем воспроизведении и узнавании ранее воспринятой информации.

Проблема памяти является в наше время одной из основных. Увеличение темпа жизни, бурное внедрение технических средств, зрительное и слуховое перенапряжение, множественные контакты и конфликты создают крайнее перенапряжение процессов памяти. Естественно, это касается и медработников, обязанных учить людей, как тренировать и сохранять память, в том числе и свою собственную.

Согласно определению, процессы памяти складываются из нескольких этапов:

1) *запоминание* (запечатление);

2) *сохранение* (ретенция);

3) *воспроизведение* (репродукция);

4) *узнавание.*

Кроме того, протекание процессов памяти (их именуют еще мнестическими процессами) немыслимо без ***забывания***. Иначе мы были бы переполнены ненужной информацией, второстепенными, не имеющими значения для нашей деятельности деталями.

> Существуют люди, неизбирательно впитывающие всякую информацию (энциклопедисты). Среди них есть выдающиеся умы, однако весьма немало людей, память которых идет в ущерб процессам мышления, или людей, житейски беспомощных и непрактичных.
>
> Существует ряд фактов, опровергающих само наличие процесса забывания и, соответственно, ряд сторонников теории: «Мы запоминаем все, когда-либо воспринятое».
>
> Люди, в раннем детстве переезжающие в страну чужого языка (например, из Польши в Германию, из Уэльса, где говорят на гэлльском языке, – в Англию) или же слышащие, но не прислушивающиеся к говору на чужом языке, в экстремальных ситуациях – после черепно-мозговых травм, при лихорадке, развитии опухоли мозга и т. п. – начинают говорить на языках, которые, как они совершенно уверены, забыли. Знаменитый канадский нейрохирург Пенфилд при раздражении некоторых мозговых структур во время операций наблюдал, как у людей возникали яркие воспоминания самого раннего детства, казалось бы начисто забытые.
>
> Вместе с тем сторонников теории «запоминается все» очень немного.

Физиологический субстрат памяти. В обеспечении процесса запоминания особая роль придается холинергической медиаторной системе мозга. Перестройка постсинаптических холинергических структур под влиянием химического медиатора нервного возбуждения — *ацетилхолина* – первый шаг к переводу поступающей информации на длительное хранение (блокада постсинаптических холинергических структур средствами с атропиноподобным действием губительна для запоминания). В дальнейшем происходит преобразование «молекулы памяти» — *рибонуклеиновой кислоты* (РНК), которая и является долговременным носителем новой информации.

Последние два из вышеперечисленных этапов памяти – ***воспроизведение*** и ***узнавание*** – наиболее уязвимы. Они могут нарушаться при утомлении, бессоннице, при алкоголизации, при длительном приеме ряда средств, оказывающих влияние на центральную нервную систему (по сути дела тех же, что ухудшают внимание). Эти процессы в первую очередь нарушаются в пожилом возрасте; вначале – вспоминание имен и фамилий.

Узнавание и воспроизведение отличаются между собой следующим: при узнавании – активации мнестического процесса – необходимо «всплывание» следов восприятия; при воспроизведении этого не происходит.

> При узнавании, читая текст, слыша чью-то фамилию, мы вспоминаем, при каких обстоятельствах или ситуациях восприняли это раньше. При воспроизведении мы воспринимаем виденное или слышанное как уже знакомое и этим ограничиваемся. Существуют люди, у которых воспроизведение заметно преобладает над узнаванием. Они могут приписывать себе чужие мысли и труды и совершать таким образом бессознательный плагиат. Один из наших пациентов Г. при рассказе о ком-то мог на следующий же день уверять: «Как же, я хорошо его знал».

Узнавание и воспроизведение могут облегчаться *напоминанием* (хотя бы первых букв имени или первых слов текста); *припоминанием* (усиленной умственной работой); *переключением* (каком-то другом занятии). Это важно знать пожилым и старым людям.

Запоминание – менее уязвимый процесс, чем вышеперечисленные. Он ухудшается при применении атропиноподобных средств, после черепно-мозговых травм, при массивной алкоголизации, при выраженном атеросклерозе. Для последнего характерна неустойчивость запоминания.

У детей устойчивое запоминание наблюдается примерно с 4-летнего возраста, но могут остаться в памяти отдельные эпизоды более ранних впечатлений.

Рис. 3.5. Кривая забывания Эббингауза

> Все процессы памяти улучшают те же лекарственные средства, что и внимание, т. е. стимуляторы, ноотропы и др., естественно, если не происходят злоупотребление и передозировка.

Существует ряд закономерностей, выявленных выдающимися психологами.

Эффект Зейгарник: незавершенные действия запоминаются лучше завершенных.

Эффект Эббингауза: редкие, странные, необычные события воспринимаются лучше, чем банальные.

Закон Рибо: утрата (и восстановление) памяти происходит в хронологическом порядке, т. е. недавние события исчезают из памяти быстрее давних, а последние при лечении восстанавливаются скорее.

Процессы забывания капитально изучил Герман Эббингауз (рис. 3.5). Забывается, в первую очередь, все второстепенное, не имеющее значения для текущей деятельности.

Сохранение памяти (ретенция) – прочная память на давние события, нарушается лишь при тяжелых ослабоумливающих процессах, например при болезни Альцгеймера.

Помимо этапов памяти классифицируются ее виды и свойства, причем по многим параметрам.

•*По продолжительности удержания* в памяти различают:

А. Кратковременную память (на 30 – 60 с); при ненужности воспринятого информация из памяти исчезает.

Б. Оперативную память. Запоминание происходит только на время выполнения конкретной деятельности.

В. Долговременную память. Объекты и явления удерживаются в памяти постоянно.

Запоминание и воспроизведение могут быть непроизвольными и произвольными.

Непроизвольное запоминание связано с эмоциями и особенно характерно для детей. Непроизвольное воспроизведение событий происходит случайно, по ассоциации с чем-то.

Произвольное запоминание и воспроизведение происходит с участием мотиваций, побуждающих к включению процессов памяти (взять хотя бы повышение профессиональной квалификации), и, естественно, с использованием процессов мышления.

•*По способу* запоминания различают механическую и смысловую память (близки к последней «ассоциативная» и «логическая» память). При использовании *механической памяти* материал не связывается между собой логически (например, при запоминании латинских названий костей или мозговых структур). При использовании *смысловой памяти* включается процесс мышления (например, при понимании и запоминании механизма сердечно-сосудистых расстройств или механизма химической передачи нервного возбуждения). Механическое запоминание смыслового материала («зазубривание»), как правило, малоэффективно. Механическое запоминание более характерно для детей и развито у них больше; при старении оно снижается в первую очередь.

•*По преимуществу* задействованности тех или иных анализаторов различают зрительную, слуховую, обонятельную, вкусовую память. Выделяется «двигательная память» – на движения собственного тела. Она особенно развита у балерин, спортсменов и работников физического труда. В то же время, существует ряд людей, которые не в состоянии овладеть любым физическим мастерством (дрелью, молотком, пилой и т. п.).

Каждый человек должен знать свой наилучший способ запоминания и применять данные самопознания при обучении и выборе характера труда (например, выпускнику среднего медицинского училища со слабой механической памятью неследует работать в хирургии и реанимации).

Свойствами памяти являются быстрота, точность, объем и длительность запоминания. Все эти показатели слабо развиты у дошкольников и ухудшаются в старости. Вместе с тем «медленная память» не есть худшая. Германом Эббингаузом показано, что люди в зрелом возрасте, запоминающие медленно, забывают меньше.

Память – относительно самостоятельный психический акт, однако ее эффективность зависит от ряда психических процессов:

– Устойчивость внимания улучшает показатели памяти.

– Включение эмоций, постановка четких целей существенно повышает эффективность памяти.

Известны случаи, когда актерам, срочно вводимым в спектакли, давалась ночь для выучивания большой и давно желанной роли, и они с этим справлялись блестяще.

– Осмысленный материал запоминается лучше, чем осваиваемый механически.

Герман Эббингауз сравнивал эффективность запоминания слов и бессмысленных слогов и получил соотношение 9: 1.

В то же время зарегистрирован факт, показывающий независимость процессов памяти и мышления. Знаменитый английский физик Майкл Фарадей на склоне лет забыл о своем открытии (явлении электромагнитной индукции) и доказал свои теоретические положения вновь.

Патология памяти

Ранее были рассмотрены мнестические нарушения на отдельных этапах. Приводим терминологию расстройств памяти, которые могут наблюдаться как в психиатрической, так и соматических клиниках.

А. Гипомнезия – ослабление памяти. Термин охватывает как расстройства запоминания, так и нарушения воспроизведения памяти и узнавания. Гипомнезия наблюдается при невротических расстройствах, переутомлении, гипоксии (нарушается воспроизведение); при ряде расстройств токсического происхождения, особенно алкоголизме, даже на ранних его этапах (запоминание). Выраженные гипомнезии, касающиеся как запоминания, так и репродукции памяти и колеблющиеся по интенсивности, наблюдаются при мозговых атеросклеротических расстройствах. Гипомнезия возникает при использовании некоторых лекарств (атропиноподобные, антигистаминные средства, транквилизаторы и др.).

Б. Амнезии – полная потеря памяти на определенный период времени. Это расстройство наблюдается после черепно-мозговых травм, при гипогликемии; естественно, сопровождает синдромы выключения и помрачения сознания, что может наблюдаться при тяжелом течении ряда соматических расстройств (сосудистые кризы, уремия, инфекционные заболевания, послеоперационный период и др.). Различают *ретроградные амнезии* – на события, предшествующие какому-то моменту; *антероградные амнезии* – на события, за чем-то последующие, и *ретроантероградные амнезии.*

В. Парамнезии – обманы памяти. Различают «псевдореминесценции» – смещение в памяти событий во времени и «конфабуляции» – вспоминание несуществующих событий.

Мы наблюдали больных с глубоким атеросклерозом мозга, один из которых говорил о событиях Великой Отечественной войны, как произошедших вчера; другой пример: женщина, в прошлом одинокая, с уверенностью рассказывала о своих многочисленных «красивых» замужествах.

С парамнезиями медсестра может столкнуться при уходе не только за больными с атеросклерозом мозга, но и за пациентами, страдающими алкоголизмом, что не редкость. «Пустоты», образовавшиеся в памяти, могут заполняться у них вымышленными событиями, и к анамнестическим сведениям, предъявляемым ими, следует относиться с осторожностью. При выраженных псевдореминесценциях и конфабуляциях в сочетании с гипомнезией и нарушением ориентировки во времени диагностируют «корсаковский синдром», который рассматривается в психиатрии. О криптомнезии как аномальном психическом феномене мы писали выше.

Методы исследования памяти

Разработано огромное количество методик, направленных на выявление расстройств кратковременной, оперативной, ассоциативной и прочих видов памяти. Однако многие из них слишком трудоемки, требуют большой затраты времени и для сестринского процесса не пригодны.

Наиболее распространенной методикой, непременно указываемой в любом литературном источнике, является запоминание 10 не связанных по смыслу слов. Они должны иметь равную информативную значимость (следует избегать, например, слов типа «любовь», «цветы» и т. п. для девушек или – «болезнь», «страх» для пожилых).

Лучше всего использовать двусложные слова, одинаково состоящие из 5 – 6 букв. Приводим два таких набора.

ЗАПАД	КАЗАК
БАРАН	ГВОЗДЬ
БАТОН	КОСТЕР
КЕПКА	ОКЕАН
АТАКА	ПАКЕТ
ГАЛКА	АРЕНА
ВЕДРО	ВОЗДУХ
МАСТЕР	ЛОПУХ
НОМЕР	ВОРОН
ГОЛУБЬ	МЕСЯЦ

При использовании этого теста возможно получить представление о следующем.

А. Состояние кратковременной памяти.

При однократном предъявлении какого-либо набора слов должно воспроизводиться не менее 7.

Б. Состояние процесса перехода из кратковременной памяти в долговременную. Возможно использование нескольких приемов:

– Просьбы повторить ранее услышанные (или увиденные) слова через 1 или 2 ч. Также должно называться не менее 7 слов.

– Воспроизведение того же набора слов при нескольких предъявлениях до полного запоминания (в норме для этого требуется не более 6 повторений).

> Примечание. Попутно при выполнении такой процедуры можно получить представление об уровне притязаний пациента, спрашивая его каждый раз, сколько слов он берется запомнить и сравнивая его ответы с реальными результатами (притязания, а отсюда и самооценка, могут быть завышенными и заниженными, см. гл. 4).

Для более полного представления о состоянии процесса перехода кратковременной памяти в долговременную после полного запоминания пациентом 10 слов его просят повторить их через 24 ч (должно называться не менее 50 %).

В. Влияние интерферирующих событий на память. При этом после предъявления набора слов делается двухминутная пауза – либо «пустая» (времяпрепровождение пациента свободное), либо заполняемая «гетерогенной» деятельностью (например, счетом), либо «гомогенной» (во время паузы предъявляется другой набор слов). Резкое снижение числа запоминаемых слов после паузы свидетельствует о патологии мнестических процессов.

Примечание. Тест запоминания 10 слов может выполняться в зрительном (просматривание), слуховом (прослушивание) и зрительно-речевом (прочитывание) вариантах. Данные могут сравниваться.

Кроме теста запоминания 10 слов, весьма простыми для использования представляются следующие:

1. *Проба на ассоциативную память*. Пациенту предъявляется 10 пар слов, имеющих смысловую связь. Например (из В. М. Блейхера):

РЕКА – МОРЕ
ЯБЛОКО – ГРУША
ГАРМОНЬ – ГИТАРА
УТРО – ВЕЧЕР
БРАТ – СЕСТРА
ЗОЛОТО – СЕРЕБРО
ПАЛЬТО – ШАПКА
ГОЛУБЬ – ВОРОНА
АВТОМОБИЛЬ – ТРАМВАЙ
КНИГА – ТЕТРАДЬ

Обе пары слов называются четко, с небольшими (несколько секунд) паузами, после чего называется лишь первое слово, а пациент дополняет его вторым. В норме полные и правильные ответы даются после 1 – 2 предъявлений пар слов.

2. *Проба на оперативную память*. Таких проб очень много, и большинство из них трудоемки. Наиболее удобно использование варианта субтеста Векслера. Пациенту называются возрастающие по величине ряды чисел с просьбой повторять их в прямом и обратном порядке. Ряд начинается с 3 чисел и кончается 8 – 10. В норме воспроизводится не менее 6 цифр в прямом порядке и не менее 5 в обратном. Примеры рядов (из В. М. Блейхера):

283, 3279, 15286, 539418, 8122936, 58192647

415, 4968, 61943, 724856, 4739128, 38295184

Примечание. Допускается предъявление числа того же размера из другого ряда, если пациент один раз не справился с заданием. При повторной ошибке тестирование прекращается.

Суждение о состоянии долговременной памяти возможно получить при тщательном интервьюировании. При этом пациент сообщает подробные биографические данные, сведения о семье. Мимоходом можно поинтересоваться, помнит ли он основные исторические события, географические сведения (города, где бывал или работал, мечты о путешествиях).

Способы оптимизации памяти и обучения

Способы оптимизации памяти и обучения должны знать каждая медсестра и студенты, обучающиеся этому мастерству. Специалисты, осуществляющие сестринский уход, особенно при укреплении статуса семейной медсестры, должны обучать этому пациентов.

Оптимизация памяти необходима больным, перенесшим тяжелые соматические заболевания, травмы, интоксикации; переутомленным. Наконец, знание способов улучшения обучения необходимо любому студенту или медсестре, повышающей свою квалификацию. Особые приемы разработаны для сохранения памяти у пожилых.

Разработанные *рекомендации*:

1. Необходимо установить связь памяти с общими проблемами – рациональным питанием, режимом работы и отдыха, полноценностью сна.

2. Необходимо установить связь памяти с другими психическими процессами: эмоциями и мотивациями, помогающими целенаправленно добиваться поставленной цели.

3. Каждому человеку (в том числе пациенту) необходимо найти свой наилучший способ запоминания: то ли зрительный, то ли слуховой, то ли зрительно-речевой. Кроме того, определить целесообразность для себя то ли коллективного, то ли индивидуального обучения, найти свое оптимальное время занятий, соответствующее времени оптимальной активности.

4. Сложность усвоения материала должна повышаться постепенно. При необходимости изучения нескольких дисциплин (или выполнения видов работ) следует начинать с более простого (например, школьнику – с гуманитарных дисциплин, а не с математики; работающему – с просматривания знакомых материалов, а затем освоения нового).

5. Необходимо направить максимум произвольного запоминания на середину материала; установлено, что его начало и конец запоминаются лучше. Однако первые фразы целесообразно просмотреть (или прочитать) дважды для «врабатывания» в материал.

6. Целесообразно повторить осваиваемый материал перед сном, но не непосредственно, а не позже, чем за час до сна (считается, что во сне происходит интенсивный переход информации из кратковременной памяти в долговременную).

7. Целесообразно включение в обучение элементов «мнемотехники» – опоры памяти на известные величины и события (пример: запоминание даты 1940 – «мне 19 лет, а матери 40»;

классический пример использования мнемотехники – запоминание порядка цветов в спектре: *к*расный — *о*ранжевый — *ж*елтый — *з*еленый — *г*олубой — *с*иний — *ф*иолетовый – «*к*аждый *о*хотник *ж*елает *з*нать, *г*де *с*идит *ф*азан»).

8. Материал малого объема следует в первом чтении осмыслить, затем постараться запомнить полностью и повторить (про себя или вслух). Материал большого объема сначала следует прочесть полностью и осмыслить, затем запоминать по частям. 9. Пожилым и старым людям следует рекомендовать постоянно тренировать свою память, например «проигрывать» по вечерам в памяти все события прошедшего дня. Кроме того, целесообразно возобновлять в памяти старые знания и пристрастия: чтение на освоенном когда-то иностранном языке, вспоминание стихов, раскладывание пасьянсов, разгадывание кроссвордов и т. п.

Поведение медсестры, работающей в любой клинике и контактирующей с больными с расстройствами памяти, должно быть предельно корректным. Никогда не следует раздражаться и укорять больных, допускающих ошибки памяти. Бесполезно разубеждать пациентов с обманами памяти. Если пациент не замечает своих погрешностей в ответах, лучше, зафиксировав их, переспросить, но не акцентировать внимания. Если пациент сам замечает

свои ошибки, следует его приободрить, выразив уверенность, что постепенно они уменьшатся или исчезнут.

3.5. Мышление, речь, интеллект

Мышление представляет собой отражение общих свойств процессов и явлений, поиска и создания взаимосвязей и взаимоотношений между ними.

Мышление, безусловно, является наивысшей функцией отражения мира. Оно позволяет человеку предвидеть результаты своих действий и тенденций развития общества. Оно обеспечивает возможность творчества и научно-технического прогресса человечества.

Внешним выражением мышления является *речь*.Поееособенностям мы судим об уровне мышления того или другого человека. Наблюдая за речью, ее тембром, громкостью, естественностью интонаций, выразительностью, можно судить об эмоциональном состоянии человека, его искренности. Речь «выдает» человека.

В то же время человеку свойственно внутреннее, безречевое мышление, представляющее собой сплетение образов, слов и фраз (как правило, незавершенных). Люди невысокого интеллектуального уровня часто высказывают все свои мысли вслух (как бы говорят сами с собой или шепчут).

Физиологический субстрат мышления и речи. В обеспечении этих процессов играют роль все структуры мозга. И. П. Павлов выделял три инстанции, формирующие мыслительные процессы — *подкорковую*; *корковую* (без участия лобных долей, но с задействованностью анализаторов) – так называемую «первую сигнальную систему», играющую особую роль в образном мышлении; и, наконец, — *вторую сигнальную систему*, немыслимую без функционирования лобных долей, особенно левых.

Вторая сигнальная система формирует речевое и, следовательно, логическое мышление и творчество. Действительно, поражение лобных долей нередко влечет за собой развитие той или иной степени слабоумия. Подкорковые структуры ответственны за тонус нервных процессов и, соответственно, за активность мышления.

> Очевидно, здоровое мышление предполагает цельность анализаторов (зрительного, слухового и др.). Однако некоторые слепоглухие люди достигли значительных успехов в карьере и творчестве. Таковы американская писательница Элен Келер; О. И. Скороходова – научный сотрудник, педагог и поэтесса.

Процессы мышления, его свойства и характеристики достаточно подробно излагаются в курсе общей психологии. В этом разделе учебника сделаем акцент на *медицинских аспектах* мыслительных процессов, их особенностях в разных возрастных группах, при аномальных личностных проявлениях; при некоторых болезненных состояниях, особенно не углубляясь в курс психиатрии.

Согласно Р. Конечному и М. Боухалу (1983), каждый мыслительный процесс состоит из трех основных стадий:

А. Определение проблемной ситуации (согласно древнегреческому философу Платону, мышление начинается с «удивления», особенно это касается творчества).

Б. Определение цели.

В. Решение.

> Эти три стадии удивительно совпадают с этапами сестринского процесса.

Мыслительные процессы включают:

• *Анализ* – процесс мысленного расчленения целого на части.

Сбор информации при сестринском процессе включает опрос, касающийся физических, эмоциональных, духовно-социальных проблем;

осмотр пациента, использование физиогномики.

• *Синтез* – мысленное соединение частей в целое.

Выслушав жалобы пациента, сопоставив их с реальной ситуацией, наблюдая за выражением лица, тембром голоса, эмоциональностью, специалист по уходу определяет тип реакции пациента на болезнь.

Процессы анализа и синтеза друг без друга немыслимы.

Операции мышления включают:

1. *Сравнение* – установление сходства и различия между объектами мышления.

Например, сравнивая пациента с подобными ему в своем прошлом опыте.

2. *Обобщение* – мысленное объединение предметов и явлений друг с другом на основе выделения главного.

Например – все пациенты с пороком сердца в той или иной степени астенизированы, и длительные беседы для них вредны.

3. *Абстрагирование* – отвлечение от отдельных конкретно-чувственных свойств предметов.

Например, это общее описание болезни или написание учебника.

4. *Конкретизация* – раскрытие предмета или явления на примере.

Например, это демонстрация пациента с изучаемой в данный момент патологией.

Процессы абстрагирования и конкретизации, как правило, идут параллельно и дополняют друг друга в творческом процессе. Данный процесс предполагает образование *понятий*, в том числе сугубо абстрактных (честность, милосердие, истина и т. п.). Понятийное мышление – высшая форма отражения мира. Оно отсутствует у лиц с врожденным или приобретенным умственным дефектом.

Нередко в творческом процессе участвует интуиция – внезапное «озарение», без построения четкой логической цепочки. В этих случаях внутренние звенья рассуждений остаются в подсознании – парапсихологические построения (см. раздел 1.3) здесь ни при чем.

Пример интуиции – открытие И. Ньютоном закона тяготения при наблюдении за падающими яблоками. Иногда «озарения» происходят во сне, когда никакие четкие логические построения невозможны; таково открытие Д. И. Менделеевым знаменитой периодической системы элементов. Вообще во сне человеку нередко приходит оптимальный способ решения его проблем.

Среди операций мышления также следует выделить:

•***Суждение***, представляющее собой утверждение или отрицание чего-либо. Оно может быть *истинным* и *ложным.*

•***Умозаключение***, определяющееся как логическое следствие сопоставления суждений. При этом различают умозаключение — *дедуктивное* (от общего к частному) и *индуктивное* (от частного к общему). Последний процесс близок к обобщению.

Дедуктивное мышление – непременный спутник детективной прозы. Так, в рассказе А. Конан-Дойля «Этюд в багровых тонах» высота надписи на стене в сопоставлении с суждением, что люди пишут на уровне глаз, приводит к умозаключению о росте преступника.

Умозаключения также бывают ошибочными, и это нередко является следствием недостаточного количества наблюдений. Так, медработник на основании наблюдения за одним или несколькими пациентами может прийти к заключению о высокой эффективности какого-то лекарства или средства растительного происхождения (что особенно часто) и преимуществе его перед другими или же о пользе экстрасенсорики.

Основными характеристиками мышления являются:

1. Темп, скорость.
2. Стройность: способность мыслить логически и формулировать свои мысли грамматически правильно.
3. Целенаправленность: способность направлять свою мысль на определенную цель.
4. Продуктивность: способность с помощью мышления прийти к новым знаниям.

Различия в темпе мышления блестяще демонстрирует проза Н. В. Гоголя: вспомните сверхбыстрые монологи Хлестакова или Ноздрева и замедленную немногословную речь Собакевича.

Сферой мыслительных процессов является не только окружающий человека мир, но и он сам.

Процесс самопознания человеком собственных психических актов называется *рефлексией*.

Являясь в принципе чрезвычайно полезным для человека свойством, рефлексия нередко чрезмерно выражена, и самокопание при этом заменяет деятельность. Это характерно для тревожных, нерешительных людей. Оказываясь пациентами, они нередко излишне прислушиваются к себе, высказывают сомнения в правильности диагноза и достаточности лечения, испытывают массу страхов, часто становятся для медперсонала навязчивыми; требуют много времени для уговоров и большого запаса терпения и милосердия.

Понятия «интеллект» и «мышление» отождествлять не следует. *Интеллект* включает в себя приобретенные знания и опыт, а также способность к их дальнейшему использованию при мыслительной деятельности. Таким образом, помимо мыслительных способностей, достаточно высокий интеллект немыслим без эрудиции и широкого круга интересов.

Невозможно говорить о высоком интеллекте подростка, хоть и смекалистого, но не имеющего жизненного опыта. То же касается упомянутых раньше людей, бессистемно накапливающих знания и практически беспомощных.

Интеллект характеризуется «коэффициентом умственного развития» (зарубежная аббревиатура – IQ, intelligence quality). Роль уровня развития интеллекта в формировании реакции личности на болезнь – огромна. Высокий интеллект предполагает и более адекватную оценку собственной болезни пациентом, без ее игнорирования. В то же время обширный объем знаний пациента в большей степени способствует чересчур пристальному вниманию к болезни, сомнениям и колебаниям.

Патология мышления

В данном разделе мы говорим об аномальных и пограничных вариантах, не касаясь специфической психиатрической патологии, наблюдаемой, например, при шизофрении.

Выделяют следующие расстройства:

1. *Эмоциональность мышления*. Отношение к окружающим людям и происходящим событиям, к болезни определяется господствующим в данный момент настроением. Люди с эмоциональным мышлением часто внушаемы и склонны к истерическим реакциям. В некоторых литературных источниках такое мышление называется *лабильным*; адекватные и неадекватные решения чередуются. Эмоциональным, или лабильным, мышление становится при некоторых соматических заболеваниях, например при базедовой болезни (гипертиреозе).

2. *Инертность мышления*. Поведение определяется несколькими (немногими) выработанными правилами, и попытки их изменения отвергаются без рассуждений. Нередко такие особенности мышления усиливаются к старости, и субъекты становятся для окружающих непереносимыми. Близко к вышеописанному – мышление по типу доминирующих (сверхценных) идей, что свойственно для людей фанатичных, в том числе для лидеров религиозных сект. Увлеченность идеей отметает все, к ней не относящееся, даже обязанности перед семьей.

3. *Нарушение критичности мышления*. Отмечается пренебрежение или безразличное отношение к собственным ошибкам, бездумное манипулирование объектами (в том числе пациентами). Такое мышление свойственно людям, эмоционально холодным, с повышенной самооценкой или же людям с неустойчивым поведением, действующим не задумываясь; часто асоциальным. Такие черты и работа медсестрой – несовместимы.

4. *Нарушение динамики или темпа мышления*. Оно постоянно ускорено, с резко выраженной отвлекаемостью, или же постоянно замедлено, тугоподвижно. Постоянство аномалии – признак, отличающий ее от фазных состояний при маниакально-депрессивном психозе.

5. *Конкретность мышления* (не путать с конкретизацией как непременной операцией мышления!).

Отмечается неспособность к операциям обобщения и абстрагирования: непонимание переносного смысла выражений или отдельных слов (методы исследования см. с. 72, 73). В психиатрии раньше такие нарушения относили к неглубокой степени олигофрении – дебильности[12]. Включение этого расстройства в учебник по медицинской психологии связано с тем, что такие люди редко становятся пациентами заведений для душевнобольных, а живут среди нас. Более глубокие степени умственной отсталости являются исключительной сферой внимания психиатров.

Методы исследования мышления

В основном применяются *тестовые методики*. Набор их весьма велик, и немногие из них предполагают количественную оценку, в большинстве предусмотрен общий положительный или отрицательный ответ о способности субъекта к выполнению.

Распространены тесты на классификацию или исключение. При их выполнении испытуемый (пациент) должен, например, объединять вместе карточки с изображениями животных, цветов, предметов мебели, одежды и т. п., что предполагает определение способности хотя бы к примитивному обобщению.

Более сложен, хотя и преследует те же цели, тест исключения в словесном варианте (тест 1).

Тест с легкостью может быть использован и медицинскими работниками среднего звена для выявления умственной отсталости или деградации интеллекта, в том числе при

[12] Современное наименование: «умственная отсталость легкой степени».

работе в семье (как предварительное исследование до привлечения специалиста-психолога). В каждой строке данного текста следует исключить понятие, выпадающее из однородного материала.

Дряхлый, старый, изношенный, маленький, ветхий.
Смелый, храбрый, отважный, злой, решительный.
Василий, Федор, Семен, Иванов, Порфирий.
Молоко, сливки, сыр, сало, сметана.
Скоро, быстро, постепенно, поспешно, торопливо.
Глубокий, высокий, светлый, низний, мелкий.
Лист, почка, кора, дерево, сук.
Дом, сарай, изба, хижина, здание.
Береза, сосна, дерево, дуб, ель.
Темный, светлый, голубой, ясный, тусклый.
Гнездо, нора, муравейник, курятник, берлога.
Неудача, крах, провал, поражение, волнение.
Молоток, гвоздь, клещи, топор, долото.
Минута, секунда, час, вечер, сутки.
Грабеж, кража, землетрясение, поджог, нападение.
Успех, победа, удача, спокойствие, выигрыш.

Тест 1. Методика исключения понятий (копия бланка)

Еще сложнее и направлен на выявление способности к понятийному мышлению тест выделения существенных признаков (тест 2).

1. *Сад* (растения, садовник, собака, забор, земля).
2. *Река* (берег, рыба, рыболов, тина, вода).
3. *Город* (автомобиль, здание, толпа, улица, велосипедист).
4. *Сарай* (сеновал, лошади, крыша, скот, стены).
5. *Куб* (углы, чертеж, сторона, камень, дерево).
6. *Деление* (класс, делимое, карандаш, делитель, бумага).
7. *Кольцо* (диаметр, алмаз, проба, круглость, печать).
8. *Чтение* (глаза, книга, картинка, печать, слово).
9. *Газета* (правда, приложения, телеграммы, бумага, редактор).
10. *Игра* (карты, игроки, штрафы, наказания, правила).
11. *Война* (аэроплан, пушки, сражения, ружья, солдаты).

Тест 2. Копия бланка выделения существенных признаков (требуется выделить два)

В психологической практике также используются тесты на понимание сюжетов рассказов и картин, в том числе юмористических; методы установления естественных и искусственных аналогий. Предлагаются методы исследования словесного запаса и скорости ассоциаций: например, называние возможно большего количества слов из 2, 3, 4 букв в течение 10-минутных интервалов или 50 любых слов, кроме предметов, находящихся в помещении. Способность испытуемых к абстракции используется в методе подбора слов-антонимов (к словам: тупой, грязный, отталкивание, удаление и др.; всего 46 слов в бланке). Результаты всех вышеуказанных тестов должен оценивать специалист-психолог. *Ассоциативный (сло-*

весный) эксперимент использовался одинаково часто физиологами и психологами, а также психоаналитиками. При выполнении этого теста к называемому исследующим лицом слову пациенту предлагается привести первую пришедшую на ум ассоциацию. Приводим перечень одного из наборов слов (тест 3).

Помимо указанного латентного периода ответа, характеризующего скорость образования ассоциаций (и истощаемость мышления по мере называния слов), исследуется качественная характеристика ответов (междометные, конкретные, абстрактные, созвучные и др.). Если измерение скорости ассоциаций всегда доступно медработнику среднего звена, то квалифицированную качественную оценку ответов может дать лишь специалист-психолог.

Наиболее проста и пригодна для выявления лиц с умственной отсталостью или приобретенным снижением интеллекта методика понимания переносного смысла пословиц и метафор. Сначала предъявляют метафоры («золотые руки», «каменное сердце», «заячья душа» и др.); затем пословицы («не все золото, что блестит», «куй железо, пока горячо» и др.). Лица со снижением интеллекта, конкретным мышлением отвечают примитивно-конкретно (типа: «руки из золота», «самовар тоже блестит» и т. п.).

хлеб _____
лампа _____
пение _____
колесо _____
красота _____
война _____
воздух _____
развитие _____
звонок _____
пещера _____
бесконечность _____
луна _____
брат _____
лечение _____
топор _____
падение _____
обман _____
голова _____
сомнение _____
игра _____
цель _____
глубина _____
народ _____
трава _____
ссора _____
жесткость _____
бабочка _____
поиск _____
печаль _____
совесть _____
трава _____
ссора _____
жесткость _____
бабочка _____
поиск _____
печаль _____
совесть _____

Тест 3. Копия бланка для выполнения ассоциативного эксперимента В правой стороне листа отмечается латентный период ответа в секундах

Психометрические методы исследования интеллекта (см. в гл. 1). Еще раз подчеркнем, что процедура использования каждого из них и интерпретация результатов доступны лишь квалифицированному психологу. Все методы, к тому же, весьма трудоемки (все это

приходится объяснять каждой группе студентов, которые интересуются уровнем собственного интеллекта).

Так, в «шкале прогрессивных матриц» Равена испытуемым предлагается 60 таблиц (5 серий возрастающей сложности), и они должны установить взаимосвязи в рисунках, принципы аналогий, обогащения фигур, их перегруппировки, разложения на элементы. При получении суммарных показателей, переводимых в процентные, устанавливают *5 степеней* интеллектуального уровня:

95 % – особо развитый интеллект;

74 – 94 % – интеллект выше среднего;

25 – 73 % – интеллект средний;

5 – 24 % – интеллект ниже среднего;

ниже5 % – интеллектуальный дефект.

При использовании наиболее распространенного метода Векслера испытуемому предлагается 11 субтестов. Среди них: вопросники на общую осведомленность, на общую понятливость, арифметические задачи, тесты на нахождение сходства, цифровые ряды для исследования оперативной памяти; определение значения слов, нахождение недостающих деталей в картине, установление последовательности картин и др. Классификация уровней интеллекта по Векслеру (Кабанов М. М. [и др.], 1983) представлена в табл. 3.1.

Таблица 3.1

Классификация уровней интеллекта по Векслеру

Значения IQ в баллах	Классификация интеллекта	Процентное соотношение в населении
130 и выше	Очень высокий	2,2
120–129	Высокий	6,7
110–119	Хорошая норма	10,1
90–109	Средний	50,0
80–89	Плохая норма	16,1
70–79	Пограничная зона	6,7
69 и ниже	Умственный дефект	2,2

Другие психометрические методы исследования интеллекта менее распространены.

3.6. Эмоции

Под *эмоциями* понимаются внутренние психические процессы и состояния в форме непосредственного переживания действующих на человека явлений и ситуаций.

Понятия «эмоции» и «чувства» нередко отождествляются, однако иногда под *чувствами* понимаются переживания, связанные с определенными объектами, а под *эмоциями* подразумевается весь спектр возможных переживаний.

Человек не существует вне эмоций. Они сопровождают процессы мышления, внимания, волевые процессы; без них невозможно познание и творчество, любые достижения. Изучение эмоциональных реакций пациентов имеет огромнейшее значение: те или иные переживания могут как способствовать выздоровлению, так и затормозить процесс излечения.

> Например, огромное желание поправиться способствует более высокой активности в послеоперационном периоде, а постоянное состояние уныния и тоски усугубляет состояние пациентов с язвенной болезнью желудка.

Точное определение эмоционального состояния пациента определяет тактику общения с ним, планирование ухода и направленность психотерапевтических воздействий.

Классификация эмоций. Весь спектр эмоциональных состояний человека трудно перечислить. В. Ф. Матвеев (1983) перечисляет 24 положительных, 41 отрицательнуюи5нейтральных эмоций, и это еще не предел. Однако эмоциональные состояния представляется возможным сгруппировать. Так, среди ***отрицательных эмоций*** можно выделить следующие:

1. *Депрессия* – снижение настроения. Если она не резко выражена, применяют термины «субдепрессия» или «депримированность» (что наиболее часто встречается при соматической патологии). При резко выраженной депрессии говорят о чувстве тоски. Близки к указанным состояниям: скорбь, печаль, огорчение, скука, уныние, чувство раскаяния, угрызения совести, неудовлетворенность собой.

2. *Тревога* – чувство внутренней напряженности с ожиданием несчастий или неудач, но без направленности на определенный предмет. Близки к вышеуказанному: чувство недоумения, растерянности, внутреннего беспокойства и волнения.

3. *Страх* – чувство внутренней напряженности, связанное с ожиданием конкретных угрожающих событий (болезней родных, далеких путешествий, терактов и т. п.). Если объекты страха конкретны, но реально не несут угрозы, их определяют как *фобии* (клаустрофобия – страх закрытых пространств; агорафобия – боязнь открытых пространств и скоплений людей; танатофобия – боязнь внезапной смерти; канцерофобия – боязнь заболевания раком; лиссофобия – страх сумасшествия; и ряд других). Фобии – частые спутники неврозов; в психиатрической практике – депрессий и шизофрении. Однако они нередко наблюдаются при соматической патологии и даже среди здоровых людей (например, страх высоты, закрытых помещений).

4. *Злоба* (гнев, ярость) – эти чувства направлены на определенный объект и сопровождаются недовольством, возмущением, негодованием по поводу чего-нибудь или кого-нибудь. Близки к ним переживания презрения, отвращения и омерзения. Если такого рода эмоции сочетаются с тоской, говорят о дисфорических состояниях. Они наиболее характерны для эпилепсии, но встречаются и у определенного рода аномальных личностей (см. гл. 4) и, таким образом, наблюдаются не только в психиатрической клинике, но и в быту или в соматических отделениях.

К отрицательным эмоциям относятся *чувство неуверенности* (у соответствующих личностей), а также *слабодушие* – повышенная чувствительность к внешним стимулам как положительного, так и отрицательного содержания, что сопровождается слезами. Этот феномен характерен для пожилых людей, что диктует необходимость соблюдать особую мягкость и осторожность при общении с ними.

К ***нейтральным эмоциям*** относятся *любопытство*, *удивление*, а также *апатия* – состояние безразличия к себе, людям и ситуациям и нежелание любой деятельности. Такие состояния, когда они устойчивы, характерны для психиатрической патологии (шизофрения, депрессии, опухоли лобной доли). Как временный феномен апатия может наблюдаться при крайнем утомлении или нервном истощении при соматических страданиях.

К ***положительным эмоциям*** относится *эйфория* в разнообразных проявлениях: удовольствие, восторг, радость, восхищение, нежность, блаженство, умиление и др. Даже будучи выраженными, они не приводят к болезненным состояниям в соматической сфере, если, конечно, речь не идет об эйфории, вызываемой приемом наркотических или психотропных средств.

Необходимо коснуться еще двух ***эмоциональных состояний.***

Эмпатия – способность к сочувствию, сопереживанию, состраданию другому человеку, что, как правило, смешано с жалостью; поэтому эмпатия не может быть отнесена безоговорочно к положительным эмоциям.

> Медсестры с выраженной способностью к эмпатии – самые ценные работники.

Амбивалентность – одновременное сосуществование двух противоположных чувствований по отношению к какому-то объекту. Такой феномен наблюдается как патология при шизофрении, однако может иметь место в семейных отношениях у практически здоровых людей, при разнообразных личных контактах (вплоть до сочетания восхищения и отвращения) или по отношению к определенным социальным группам.

Каждое эмоциональное состояние имеет типичное внешнее выражение, что изучается в физиогномике (или физиономистике). Таковы: опущенные углы рта при тоскливом настроении, сжатые ниточкой губы при злобности и т. д.

(рис. 3.6).

Говоря об эмоциональных состояниях, следует подчеркнуть особую важность своевременного распознавания депрессии и тревоги (в том числе в соматических клиниках): по выражению лиц, стремлению к уединению или невозможности сидеть на месте. Тревога и депрессия в той или иной степени сопровождаются суицидными мыслями и намерениями.

Рис 3.6. Эмоциональные состояния:
а – уныние; *б* – восторг; *в* – страх; *г* – злоба; *д* – ярость; *е* – отвращение

Помимо знака (положительные, отрицательные, нейтральные), эмоциональные состояния классифицируют по их устойчивости. Различают *синтонность* – постоянно ровный положительный эмоциональный фон; *лабильность* – неустойчивость, легкое возникновение раздражения, злобности или испуга при незначительных внешних стимулах. Крайним выражением эмоциональной лабильности является *циклотимность* — легко возникающая смена полярных по знаку эмоций, например от радости к дикой злобе или унынию.

Эмоциональная лабильность нередко возникает как при невротических, так и серьезных соматических заболеваниях, а циклотимность является сугубо личностным свойством.

Выделяют также *эмотивность* – чрезвычайную глубину и длительность чувств, что часто сочетается с эмпатией, и *экзальтированность* – отсутствие полутонов в эмоциональном отношении к людям или явлениям, которые получают только крайне положительную либо крайне отрицательную оценку. Экзальтированные пациенты трудны в общении как с медперсоналом, так и с контингентом больных.

Эмоции также подразделяют на *стенические* и *астенические* и классифицируют по длительности проявлений.

Стенические эмоции приводят человека к повышенной активности, мобилизуют волевые процессы. К таковым относятся: чувство удовлетворения, радость, восторженное упоение, а также злоба, гнев, возмущение, негодование. К астеническим эмоциям относится в первую очередь тревога, затем депрессия и апатия, которые парализуют волю.

По продолжительности проявлений эмоции подразделяют на кратковременные, средней продолжительности и длительные.

К кратковременным эмоциям относятся аффект и экстаз. *Аффект* – остро возникающий и резко выраженный всплеск отрицательных эмоций (гнев, ярость или страх), которые изменяют поведение человека. Аффекты подразделяются на *физиологические* и *патологические*. В состоянии физиологического аффекта человек на пределе эмоционального взрыва все же контролирует свои действия, иногда при этом даже манипулируя окружающими.

> Сцены яростного гнева разыгрывал перед побежденными Наполеон I.

В состоянии патологического аффекта сознание человека сужается, он не сознает, кто перед ним и где он, и производит разрушительные или агрессивные действия, о которых потом забывает.

> Так, в нашем наблюдении подросток убил ножом терроризирующего семью отца-алкоголика, после чего нож выронил и заснул рядом с убитым. Ничего о происшедшем не помнил.

К патологическим аффектам особенно склонны люди, перенесшие черепно-мозговую травму и другие мозговые поражения (например, менингоэнцефалит). В обращении с такими пациентами медсестра должна быть предельно корректна, невозмутима и спокойна.

Бурный всплеск положительных эмоций (восторга, восхищения и т. п.) носит название *экстаза*. Описаний такого рода состояний особенно много у Ф. М. Достоевского («Идиот», «Белые ночи»).

Настроение представляет собой эмоциональные состояния средней продолжительности (часы, дни), может быть положительным и отрицательным. Главным его признаком является постоянство эмоционального фона (длительное уныние, длительное ощущение подъема).

Наконец, *страсти* представляют собой длительные эмоциональные состояния, сплав эмоций и мотивов, сосредоточенных на определенной деятельности.

> Например, страсть к обладанию женщиной у Дон Жуана, к карточной игре, к коллекционированию, к искусству или научной деятельности, т. е. к образному или логическому познанию.

Страсти, несомненно, могут играть положительную для человека и человечества роль, но чаще характеризуются чрезмерностью.

Так, коллекционирование нередко связывается с криминалом; творчество писателя или художника нередко похоже на «самосожжение».

> Например, у Ф. М. Достоевского, который писал ночами, выкуривая при этом бесчисленное количество папирос, что и привело его к ранней смерти от эмфиземы легких; или у итальянско-французского художника Амедео Модильяни, подстегивающего творчество курением гашиша, что также привело к ранней смерти от туберкулеза легких.

Возрастные изменения эмоций. Индивидуальный характер эмоционального фона и устойчивость чувств достигаются в зрелом возрасте, если у человека не случается экстре-

мальных потрясений. Дети отличаются эмоциональной лабильностью, но, в общем, положительным эмоциональным фоном. Та же неустойчивость чувств, а также слабодушие сопровождают старение. Настроение пожилых и стариков чаще снижено, преобладают тревога или уныние. Будучи пациентами, они больше других нуждаются в одобрении.

Эмоции и стресс. Создатель теории стресса, канадский нейрофизиолог Ханс Селье определял его как «напряжение» – неспецифический, однотипный, «соматический» ответ на самые разнообразные внешние воздействия (стрессоры). Он различал три стадии такого ответа: тревогу, сопротивление и истощение[13].

Неспецифический ответ по Х. Селье содержал прежде всего эндокринную перестройку организма, затем реакцию других систем. Х. Селье впервые доказал зависимость возникновения ряда заболеваний от стресс-воздействия и был родоначальником учения о психосоматических заболеваниях. В то же время, Х. Селье вначале не придавал значения роли центральной нервной системы и эмоциональных воздействий в происхождении соматических заболеваний; это было продемонстрировано и доказано отечественными учеными (школа П. К. Анохина). В своей поздней работе «Стресс жизни» Х. Селье декларировал, что фактически вся наша жизнь есть стресс; напряжение создается как положительными (любовь, радость), так и отрицательными (горе, утрата) стимулами, но в зависимости от них стресс может быть полезным (эустресс) или вредным (дисстресс).

Какие же эмоции способствуют возникновению длительного дисстресса и психосоматических заболеваний? В первую очередь, это астенические эмоции: тревога, которая направляется на любой объект в конкретной ситуации. Далее – глубокое горе, отчаяние и чувство безысходности.

> В последнее время считается, что такого рода длительные эмоции играют роль даже в возникновении онкологических заболеваний.

Однако к болезням, обусловленным стрессом, приводят и чрезмерные проявления ряда стенических эмоций, таких как зависть, тщеславие и честолюбие. Люди, страдающие такими пороками, как правило, не соотносят поставленные перед собой задачи с собственными физическими и душевными возможностями, работают на износ, не оглядываясь на себя, и у них легко возникают либо неврозы, либо психосоматические болезни.

Физиологический субстрат эмоций. В происхождении различных эмоциональных состояний, как положительных, так и отрицательных чувствований, особую роль придают ряду подкорковых структур, так называемому «кругу Папеца» (по фамилии исследователя) (рис. 3.7).

[13] Более подробно в разделе 7.2.

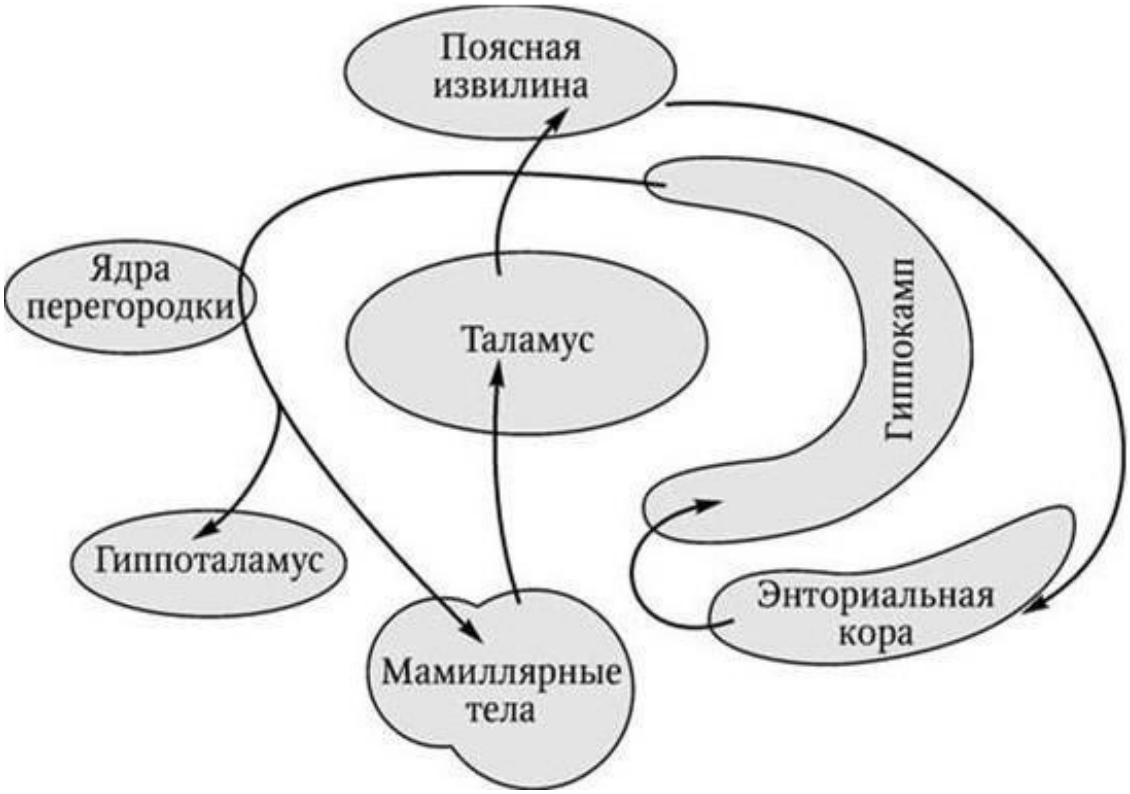


Рис. 3.7. Круг Папеца (по: Волков В. Т. [и др.], 1995)

Основанием для такого рода суждений было возникновение эмоционально-выразительных реакций у животных при раздражении или удалении указанных на рис. 3.7 структур или эмоциональных нарушений при повреждении их у человека (например, опухолью). Однако представить себе возникновение эмоций без участия коры больших полушарий головного мозга совершенно невозможно.

Эмоции возникают при мыслительной переработке новых впечатлений, регулируются и контролируются размышлением; человек сознательно изменяет диктуемое эмоциями поведение.

Среди изображенных структур (см. рис. 3.7) особая роль придается гипоталамусу (подбугорью). В нем нервные центры, при раздражении которых возникают эмоциональновыразительные реакции, тесно переплетены с центрами вегетативно-сосудистой регуляции (деятельности внутренних органов).

При длительном эмоциональном стрессе периодическое в норме нервное возбуждение превращается в постоянное, «застойное», а последнее имеет свойство распространяться; в данном случае с «эмоциогенных» на вегетативно-сосудистые центры, что и приводит к изменениям, ведущим к возникновению психосоматических заболеваний.

Методы исследования эмоций

Тесты, направленные на какое-либо «измерение» эмоций, отсутствуют. Чувства, являющиеся сугубо внутренним состоянием, не поддаются количественной оценке и при внешнем выражении (попробуйте как-то измерить величину радости или печали). В то же время разработан ряд опросников, где субъективное состояние пациентов исследуется при косвенных вопросах, а ответы суммируются.

Наибольшее практическое значение имеют «Шкала реактивной (ситуационной) и личностной тревоги Ч. Спилбергера и Ю. Л. Ханина» (Елисеев, 1994) и разнообразные

«шкалы депрессии». Эти методы просты в использовании и обработке результатов и вполне доступны в сестринском процессе.

Тревога и депрессия – весьма распространенные расстройства как среди пациентов психиатрических учреждений, так и больных неврозами и пациентов, находящихся в соматических больницах.

Тестирование по шкале Спилбергера – Ханина полезно и для самопознания. При ее использовании определяется, обусловлена ли тревожность объективными внешними обстоятельствами либо она является личностным свойством. В последнем случае тревога будет проявляться всегда, направляясь на тот или иной объект и усиливаясь с возрастом.

Среди шкал, определяющих риск депрессии, проводим наиболее простую, распространенную в акушерском колледже Санкт-Петербурга, которую любезно предоставила Т. Г. Буйневич.[14]

[14] Оба метода представлены в Приложениях 2, 3 учебника, так как ссылки на них, помимо этой главы, будут даваться и в следующей, посвященной «Психологии индивидуальных различий», и в дальнейшем, когда будет рассматриваться психология больного.

3.7. Волевые процессы

Действие, движение (по И. М. Сеченову) – конечный этап любого психического акта. Деятельность человека обеспечивают волевые процессы.

Воля – психический процесс, заключающийся в целенаправленной, мотивированной активной деятельности, связанный с преодолением внешних и внутренних препятствий и направленный на удовлетворение потребностей человека.

> Мы оставляем за скобками суждения о свободе воли, соотношении воли и необходимости – то, что рассматривается в философии.

Уже из одного определения ясно, что волевые процессы ни в коем случае не могут быть самостоятельным психическим проявлением. Волевые процессы тесно связаны с мышлением и эмоциями, что отчетливо выступает при последующем перечислении и рассмотрении их этапов.

Даже общепринятые представления о физиологических основах волевых процессов отражают эти взаимосвязи. Так, И. П. Павлов, рассматривая их, придавал значение уже образовавшимся временным связям (ассоциациям) между корковыми концами всех анализаторов, что определяет суммарный характер ответной реакции.

Разные авторы выделяют то большее, то меньшее число этапов, или фаз, волевого процесса. Наиболее коротко и конкретно они перечислены в монографии Р. Конечного и М. Боухала (1983):

1. Подготовка волевого акта.
2. Волевой акт.
3. Волевое поведение.

Первый этап включает в себя целый ряд последовательных *мыслительных решений*: осознание возможности достижения цели, рассмотрение мотивов, подкрепляющих или опровергающих эти возможности, а также внутреннюю борьбу этих мотивов и окончательное принятие решения.

Сам же выбор сферы деятельности и поставленных целей представляет собой первую стадию первого этапа волевого процесса и обозначается иногда как «импульс», иногда как влечение или желание. Выбор этот сугубо индивидуален и обусловлен *мотивациями человека*.

Под мотивацией подразумевается направленность на удовлетворение *индивидуальных потребностей человека*. Мотивации подразделяют на *низшие* (пищевая, половая, самосохранения) и *высшие* (творчество, карьера, материальное обеспечение и др.); последние обозначают еще как «ценности» или «идеалы». Фактически то же самое подразумевается под понятием «интересы». У того или иного человека преобладают разные мотивации, которые у каждого выстраиваются в «иерархический» ряд.

Принятие решения на подготовительной стадии волевого процесса может привести как к какой-либо деятельности, так и к удержанию от намерения что-то сделать.

Второй этап – волевой акт, это фактически единственное проявление воли в узком смысле этого слова и требует определенного психического напряжения или усилия. У некоторых людей, которых мы в быту называем слабохарактерными или слабовольными, принятие решения не приводит к волевому усилию и к дальнейшим действиям.

> С другой стороны, известен ряд примеров исключительной способности к волевому усилию. Это Алексей Маресьев, вернувшийся в авиацию после ампутации обеих ног; это французский художник и скульптор Огюст Ренуар, творивший почти парализованными подагрой

и паркинсонизмом руками. Яркий литературный пример – рассказ Дж. Лондона «Воля к жизни» – о человеке, в течение многокилометрового одиночного зимнего перехода оборонявшегося от неотступно следующего за ним голодного волка.

Третий этап – волевое поведение – связан с движением и мышечным усилием, которые во многом осуществляются благодаря автоматизированным навыкам, чему мы и учим будущих медсестер (инъекции, десмургия и пр.).

Действия человека часто подразделяют на *произвольные* (до конца продуманные, целенаправленные) и *непроизвольные*, осуществляющиеся под влиянием неосознанных или не до конца осознанных побуждений (их пристально изучал З. Фрейд – см. гл. 2).

Роль не до конца продуманных решений в человеческой жизни огромна. Их реализация нередко определяется интуицией (см. раздел 3.5). Решение, например, о выборе друзей, любимых людей происходит вовсе не благодаря тщательному продумыванию. В то же время непроизвольный, непродуманный выбор профессии и направления деятельности приводит к неприятным последствиям.

Как и раньше, касаясь других познавательных процессов, при описании нарушений волевого поведения мы будем рассматривать аномальные проявления, пограничные состояния, но не чисто психиатрическую патологию (если нарушения не наблюдаются также при соматических болезнях).

Следует упомянуть о *внушаемости*, когда нарушается первый этап волевого процесса и человек, не используя собственные мотивации, легко подчиняется чужим. Повышенная внушаемость нередко ведет к *аддиктивному поведению* – злоупотреблению алкоголем и приему наркотиков.

Нерешительность приводит к тому, что осуществление волевого процесса задерживается на стадии борьбы мотивов и решение вообще не принимается. Этот феномен характерен для определенных личностных аномалий.

Нерешительность ярко демонстрирует известная притча о Буридановом осле, который никак не мог выбрать между двумя охапками сена и в результате умер от голода.

Если нерешительность сочетается с чувством незащищенности и несамостоятельности, а деятельность заменяется фантазированием, употребляется термин *инфантилизм* (детскость). Инфантильные люди практически беспомощны, их удел – лень и бездеятельность. Внутренне они тревожны и зависимы (что и определяет названия соответствующих личностных аномалий). К такому кругу лиц относится знаменитый нарицательный герой – Илья Ильич Обломов.

Как в соматических, так и в психиатрических клиниках нередко наблюдаются больные с феноменом *гипобулии* (ослаблением воли), когда становится почти невозможным волевое усилие. Гипобулия развивается у соматически ослабленных, длительно болеющих пациентов; она характерна для некоторых неврологических заболеваний, например паркинсонизма. Длительное «залеживание» пациентов чревато неблагоприятными последствиями – ослаблением сердечной деятельности и появлением такого грозного осложнения, как пролежни.

Парализуют волю и состояния страха, паники при массовых катастрофах и стихийных бедствиях.

Абулия, *безволие*, *полная бездеятельность* – характерные симптомы шизофренического дефекта и опухолей лобной доли головного мозга.

Для больных с феноменом гипобулии требуются особые приемы сестринского ухода. Пациентов необходимо всячески (но без императивных выкриков) побуждать к деятельности, рассказывая о последствиях «залеживания», давая им несложные поручения (например, вызвать кого-то к сестринскому посту или в процедурный кабинет).

Гипобулия – одно из проявлений так называемого «госпитализма», когда пациент в амбулаторных условиях не борется с болезнью, а старается полностью заменить собственную волю усилиями медперсонала. Амбулаторным сестрам, наряду с врачами, необходимо применить в этих случаях психотерапевтические вмешательства.

В противоположность гипобулии, *гипербулия* (повышенное стремление к действиям и движениям) чаще рассматривается как исключительно психиатрический феномен (развивающийся при маниакальных и маниакально-подобных состояниях). Однако повышенное стремление к деятельности, часто импульсивной, нецеленаправленной, может быть последствием повышенной тревожности. Кроме того, гипербулия присуща лицам с повышенной мотивацией к обладанию властью, безостановочно стремящимся делать карьеру или каким-то способом непрерывно обогащаться. Их деятельность протекает без оглядки на себя, собственные физические возможности и душевные качества.

3.8. Сознание. Определения

Понятие «сознания» многолико. Если спросить философа-материалиста, он ответит, что это вторичный продукт высокоорганизованной материи. Физиолог сошлется на известное положение И. П. Павлова о том, что *сознание* есть нервная деятельность определенного участка больших полушарий, в данный момент при данных условиях обладающего оптимальной возбудимостью. Нетрудно заметить, что в физиологии понятия «сознание» и «внимание» сближаются.

В то же время в медицине в понятие «сознание», вернее, в понятие «ясное сознание» вкладывается иной смысл. Сознание – это способность личности отдавать себе ясный отчет об окружающем, о настоящем и прошлом времени; способность осознать себя как индивидуальность.

В общем, пациент, находящийся в ясном сознании, должен обладать *аллопсихической ориентировкой* (Где я? В каком месте и в каком времени я нахожусь и находился раньше?) и обладать *аутопсихической ориентировкой* (Кто я в прошлом и настоящем?). Обычные записи во врачебных историях болезни в таких случаях: «Сознание ясное» или «Ориентирован полностью».

> Необходимо отметить, что в психиатрии долго дебатировался вопрос: правомерно ли говорить о ясности сознания душевнобольных вообще? Действительно, можно ли говорить о нормальной аутопсихической ориентировке у пациента, считающего себя посланцем иных миров или о нормальной аллопсихической ориентировке, если пациент рассматривает больницу как застенок? Однако для удобства в психиатрии понятие, «ясное сознание» отождествляется с точной ориентировкой в месте, во времени и в собственной личности. Пациент, считающий себя «спасителем», правильно называет свое имя, своих родных и рассказывает о своих давних делах; он может считать себя заключенным, а не больным, но правильно называть город, где находится, год, месяц и число.

Понятие «сознание» само по себе и как корень ряда слов употребляется для обозначения явлений, не относящихся к предмету этого раздела. Так, говорят (см. гл. 2) о «подсознательном» или «бессознательном», как краеугольном камне психоаналитической теории. С другой стороны, понятием «сверхсознательного» оперируют поклонники парапсихологии, говоря о невидимом обычному человеку мире, где царит сверхчувственное, сверхразумное и астральное.

Социологи и специалисты по социальной психологии оперируют понятиями «общественное и индивидуальное сознание». Под общественным сознанием подразумевается отражение бытия в данное время: политические, философские, правовые, художественно-эстетические взгляды, моральноэтические нормы и идеи. Общественное сознание в большинстве случаев довлеет над индивидуальным.

> Так, в текущее время коммерциализация определяет многие моральные нормы и интересы; сказывается даже на творчестве – оно становится попкультурным компьютерным изделием. Повышенная религиозность далеко не всегда искренна, становится модой, подражанием.

Слепая подчиняемость индивидуальности окружающему большинству рождает «психологию толпы», «стаи», готовой к разрушительным действиям, или приводит к массовому приему наркотиков, т. е. к элементам девиантного поведения (см. гл. 5). С другой стороны, в любых исторических условиях существовали и существуют люди, протестующие против

навязанных им общественных норм. Часто такой протест является элементом прогресса (Коперник, Галилей, Дарвин, протестующие против религиозных догматов во имя нового знания). Однако иногда такой протест приобретает форму «ухода от реальности» (движения хиппи, панков или, если вспомнить советское время, уход людей с высшим образованием от профессиональной деятельности в кочегары или сторожа, чтобы заняться диссидентской литературой или неформальной живописью). Иногда такой протест также ведет к разрушительным агрессивным действиям (движение антиглобалистов).

Нарушения сознания

Грубые формы выключения и помрачения сознания изучаются в курсах психиатрии, терапии, неврологии и других дисциплин – как их клинические проявления, так и методы купирования или терапии.

> Таковы *делирий* – наплыв галлюцинаций, страх, возбуждение, нарушение аллопсихической ориентировки; *аменция* – полная дезориентировка, бессвязная речь, хаотическое возбуждение; *онейроид* – наплыв фантастических псевдогаллюцинаций, деперсонализация; *сумеречные состояния сознания* – пароксизмально возникающие дезориентировка, автоматизированные или разрушительные действия; *оглушенность* – отсутствие или затруднение ответов на внешние раздражения, заторможенность; наконец, сопор и кома.

В то же время предметом медицинской психологии должны быть нерезкие, стертые формы нарушения сознания. Медсестра или фельдшер должны уверенно распознавать их, потому что в такие периоды интервьюирование больных, попытки выявить их реакции на болезнь, тем более проведение психотерапии совершенно нецелесообразны. О проявляющихся нерезких нарушениях сознания должен быть незамедлительно поставлен в известность врач, особенно потому, что они могут быть предвестником более тяжелых расстройств, причем как психических, так и соматических.

Обнубиляции (от лат. *nubes* – облако) являются легкой формой нарушения сознания, при которой периодически, на несколько минут, возникает состояние недоосмысления окружающего; затруднение понимания обращенных к пациенту вопросов и их запоминания. Такие «затуманивания» могут волнообразно повторяться. Амнезии в отношении их возникновения не наблюдается.

От обнубиляций следует отличать *сомноленцию* – постоянную сонливость больного при ряде соматических, особенно инфекционных, заболеваниях. Ориентировка в окружающем и осмысление его не нарушаются, хотя слабых раздражителей больной может не замечать.

При *просоночных состояниях* при пробуждении в ночное время или утром больные не сразу осознают, где находятся, какое сегодня число и день недели и т. п. Они испытывают чувство растерянности и недоумения. Восстановление нормальной ориентировки происходит постепенно. Просоночные состояния нередко наблюдаются у пожилых пациентов и могут быть предшественниками более тяжелых расстройств («спутанности» или «ночного суетливого беспокойства», изучаемого в психиатрии).

При *предделиозных (или субделиозных) состояниях* отмечается повышенная чувствительность к звуковым, зрительным и прочим раздражителям, пугливость. Нарушения усиливаются к вечеру. Расстраивается сон, при закрытых глазах возникают галлюцинации (так называемые «гипнагогические»). Появляются вечером и «парэйдолические иллюзии» (видение объектов или фигур на месте игры света и тени, на пестро окрашенных обоях и т. п.).

Такие явления особенно часты у больных алкоголизмом, в частности, когда у них развиваются инфекционные заболевания.

Следует особо отметить феномен *деперсонализации* – ощущение человеком изменения, даже исчезновения собственного «я», т. е. избирательное нарушение аутопсихической ориентировки. Деперсонализация нередко сопровождает депрессии (могущие развиваться как в условиях психиатрических, так и соматических больниц). Деперсонализацией часто манифестирует шизофренический процесс. Однако она может возникать при крайнем утомлении или длительной бессоннице у людей без признаков душевной болезни.

Сон и сновидения. Прогностическое значение последних

Сон занимает около 1/3 жизни взрослого человека. Ребенок спит больше. Существуют формулы, отражающие желательную нормальную продолжительность сна у детей до года и от 1 до 16 лет. В первом случае:

$$C = 24 – M/2,$$

где С – продолжительность сна; М – число месяцев.

Во втором:

$$C = 16 – H/2,$$

где Н – возраст ребенка в годах.

Однако необходимо отметить, что для современных детей, особенно до года, характерна меньшая продолжительность сна. До 1950-х гг. сон рассматривался как «охранительное торможение», охватывающее мозг, за исключением нескольких групп клеток в так называемых «сторожевых пунктах» (например, у матери, лежащей рядом с грудным ребенком и легко просыпающейся при малейшем его движении). В 1953 – 1954 гг. два американских исследователя, Азеринский и Клейтман, независимо друг от друга описали феномен «парадоксального сна».

Согласно современным представлениям, сон состоит из двух фаз, сменяющих друга друга 4 – 5 раз: «медленноволнового», или «синхронного», сна, и «быстроволнового», или «парадоксального», сна. Соотношение их продолжительности приблизительно 73: 27 %.

Во время медленноволнового сна уменьшаются частота сердечных сокращений (ЧСС) и частота дыхания (ЧД), снижается артериальное давление (АД), уменьшается потребление кислорода тканями, расслабляется мускулатура, какие-либо сновидения отсутствуют. На электроэнцефалограмме (ЭЭГ) преобладают медленные дельта- и тета-волны. Во время быстроволнового сна ЧСС и ЧД увеличиваются, АД повышается, потребление тканями кислорода растет; мускулатура напряжена; появляются быстрые движения глаз; все это является показателем, того что человек в это время видит сны (при исследовании этого феномена людей будили). На ЭЭГ отмечается преобладание быстрых волн.

Была показана совершенная необходимость парадоксального сна для нормальной человеческой жизнедеятельности. При лишении (в эксперименте) медленного сна люди испытывали лишь утомление; в то же время при лишении парадоксального сна у них развивались психические расстройства (галлюцинации, эмоциональные нарушения). При полном лишении людей сна сначала восстанавливалась парадоксальная фаза.

Таким образом, вопреки существующим представлениям, человек видит сны всегда.

До сих пор наука не в состоянии точно ответить на вопрос, зачем человеку нужен парадоксальный сон, интенсивная мозговая деятельность ночью? Есть мнение, что в этой фазе сна особенно интенсивно протекают биохимические процессы, утилизация того, что человек получил с пищей днем. Однако наиболее признаваемым является предположение о том, что в этой фазе сна происходит переход информации из кратковременной памяти в долговременную.

Следует отметить, что практически все психотропные и психоактивные средства изменяют соотношение быстроволнового и медленноволнового сна. Так, алкоголь и барбитураты подавляют быстроволновый сон (поэтому при воздержании от них «разом» парадоксальный сон восстанавливается бурно, что приводит к галлюцинаторным феноменам, например к «белой горячке»). Транквилизаторы уменьшают продолжительность медленноволнового сна.

Во время сна, освобождения от сенсорных раздражителей, «житейской суеты» у человека возможны «озарения»: неожиданные решения мучивших его проблем, а также творческие открытия. Так, именно во сне Д. И. Менделеев открыл периодическую систему элементов.

К нарушениям сна относятся *гиперсомния* (увеличение продолжительности сна, в том числе пароксизмально наступающий сон в дневное время) и *бессонница.* Разнообразные проявления гиперсомнии изучаются в курсе неврологии. Бессонница, полная или частичная, в настоящее время является недугом около 1/3 человечества (полная у 1/9) и может наблюдаться у людей вне признаков душевных или невротических расстройств. Бессонница может проявляться затрудненным засыпанием, ранним утренним пробуждением, частыми ночными просыпаниями или просто неглубоким сном. Нарушение засыпания особенно характерно для тревожных личностей, испытывающих различные страхи, в том числе: «Засну ли я?». Те или иные проявления бессонницы наблюдаются у людей, работающих «на износ», на пределе возможностей.

Медицинским работникам среднего звена следует учить людей «гигиене сна». Сон нарушает обильная пища вечером, особенно жирная, и сласти; он также расстраивается при неправильном распределении времени труда и отдыха (например, при обучении непосредственно перед тем, как положить голову на подушку). Сон нарушают эмоциональное напряжение и волнение (например, у пожилых людей просмотр политических новостей в вечернее время). Людям, страдающим бессонницей, следует отвлекаться от темы «Засну ли я?» и придать мыслям свободное течение. Если при нарушениях сна невозможно обойтись без искусственных вмешательств, следует рекомендовать лекарственные средства растительного происхождения (настойки пиона, валерианы, пустырника и др.) и возможно более быстрый отказ от употребления транквилизаторов, к которым вырабатывается привыкание.

Сновидения следует отличать от грёз, при которых у бодрствующих людей возникает цепь ярких представлений, фантазий, организуемых желаниями. Глаза у грезящих людей открыты. *Грёзы* часты у детей и подростков, у лиц с чертами инфантилизма, у крайне замкнутых, обособленных людей (аутичных).

Характер сновидений отражает возраст и эмоциональное состояние человека. У детей сновидения более связны, часто отражают «исполнение желаний» (жажда отличной оценки или мороженого воплощается во сне). Сновидения взрослых сумбурны: проблемы, фрагменты прошлого и настоящего переплетаются. Весьма нередко сновидения приобретают характер «бесполезных поисков выхода» (из незнакомого города, лабиринта помещений и т. п.). Такие сны характерны для состояний тревоги, для лиц с повышенной тревожностью, для пожилых людей.

Объективная продолжительность сновидений и событий, которые в это время во сне якобы происходят совершенно не совпадают. Так, известен случай, когда одному человеку снилась длительная сцена казни (гильотинирования) в короткий период, когда ему на шею упала картина.

Необходимо остановиться на двух распространенных заблуждениях. Первое – о цветных снах как симптоме душевной болезни. На самом деле цветные сны преобладают у душевноздоровых и эмоциональных людей; возникают в состоянии повышенного комфорта (после известий, вызывающих радость, восторг и т. п.); с другой стороны, сопровождаясь тревожностью, появляются, когда человек спит в условиях резкого дискомфорта – в духоте, в условиях недостаточного притока воздуха.

Другое заблуждение – возможность видения «вещих» снов, якобы предсказывающих будущие события, о чем сообщается после сновидения. На самом деле появление таких «предсказательных» снов происходит благодаря так называемым «субсенсорным восприятиям», когда человек не отдает себе отчета в значении реальных раздражителей.

Так, человек видит своего знакомого (друга, родственника) побледневшим или осунувшимся, но не обращает на это внимания. Однако видит сон о смерти этого своего знакомого, что через некоторое время и происходит. После чего сон объявляется вещим.

Медицинское прогностическое значение сновидений. Медицинский работник среднего звена не должен пассивно пропускать сообщения пациентов и членов их семей о «страшных» сновидениях. Многочисленные наблюдения свидетельствуют, что *характер сновидений за несколько дней, вплоть до 2 – 3 нед., может сигнализировать о подступающей болезни.*

Приведем несколько примеров.

Древнеримский врач Гален описал пациента, которого регулярно преследовал сон, в котором его нога становилась каменной. Вскоре эта нога стала парализованной. В другом его наблюдении человека во сне в ногу кусали змеи, и вскоре на месте «укуса» наяву появилась язва.

Известно описание болезни ребенка, которому несколько ночей снилось, что на его теле вспыхивают синие огоньки. Оказалось, что это происходило в инкубационный период, до появления коревой сыпи.

Начинающаяся болезнь зуба у боксера возвестила о себе сном, в котором его нокаутировали ударом в челюсть.

И. Касаткин (не медик) описал 912 таких «прогностических» сновидений, обобщив свои наблюдения в отдельной книге. Наиболее яркие наблюдения: человеку снятся отвратительные тошнотворные крысы, после чего наступает заболевание желудка; человеку снится удушение веревкой, а через несколько дней он заболевает мучительной ангиной; человеку снится, что его голова заполняет всю комнату, а через какое-то время у него диагностируют опухоль головного мозга.

Темы для рефератов и дискуссий по материалам главы 3

Рефераты:

1. Взаимосвязи отдельных психических функций (восприятия, памяти, внимания, мышления, эмоций, воли). Обобщение данных главы.

2. Утомление и астения: изменение психических функций. Обобщение данных главы (желательно с собственными клиническими примерами).

3. Как вы обеспечите оптимальное состояние памяти и внимания, необходимое для обучения (для себя и в форме советов другим; желательно использование примеров, относящихся к программе средних медицинских учебных заведений)?

4. Какие особенности психического функционирования можно заметить при обычном разговоре (знакомстве) с пациентами, без проведения специального тестирования?

5. Описание эмоциональных проявлений пациентов, наблюдаемых вами (мной) при клинической практике.

6. Каково должно быть адекватное поведение медсестры при контакте со следующими категориями пациентов: с нарушениями памяти, внимания, эмоций, воли, неясностью сознания?

7. Как обеспечить нормальный сон (для себя и в форме советов другим)?

Дискуссия:

Нужно ли знать медсестре, обеспечивающей уход, процедуры психологического тестирования (и какие приемы)?

Глава 4
ПСИХОЛОГИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ РАЗЛИЧИЙ

Рассмотрим отдельные характеристики, по которым люди отличаются один от другого. В дальнейшем, перечисляя типы личностей, суммируем эти различия; от анализа перейдем к синтезу.

Индивидуальные различия могут быть врожденными, или формироваться внешними воздействиями, или могут складываться из переплетения того и другого.

4.1. Темпераменты

Под *темпераментом* подразумеваются характеристики индивидуума в отношении скорости протекания отдельных психических процессов, их интенсивности, быстроты возникновения, устойчивости.

Темперамент включает:

А. Особенности эмоциональности человека:

1. Сенситивности, т. е. порога раздражения, при котором возникают эмоциональные проявления.

2. Реактивности, т. е. величины и степени непроизвольных эмоциональных проявлений.

3. Модальности, т. е. преобладающего фона настроения.

4. Стабильности эмоций.

При этом различают эмоциональную стабильность (устойчивость) и эмоциональную лабильность (неустойчивость).

Крайним выражением стабильности является эмоциональное безразличие, а крайним выражением лабильности – аффективность, склонность к развитию малоконтролируемых эмоциональных реакций.

> Вспомните невозмутимого Собакевича из «Мертвых душ» Н. В. Гоголя и постоянно находившихся в состоянии надрывного аффекта героев Ф. М. Достоевского, хотя бы Дмитрия Карамазова.

Б. Скорость мышления.

В. Скорость двигательных реакций; выразительность движений, мимики и жеста.

Г. Активность – сила воздействия человека на окружающее.

Важно уяснить, во-первых, что характеристики темперамента того или иного человека *постоянны*, они не изменяются с раннего детства до глубокой старости. Во-вторых, необходимо понять, что темперамент отражает лишь *количественную* сторону психической деятельности. Недаром мы оперировали такими понятиями, как «порог», «величина», «скорость» и т. п. В характеристики темперамента не входят устремления человека, его мировоззрение, интересы и другие *качественные* показатели, отличающие одного индивидуума от другого.

> Согласно Г. Олпорту (цит. по: Менделевич В. Д.), темперамент обозначает род сырого материала, на котором закладывается характер.
>
> Учение о темпераменте является наиболее давней разработкой в психологии. Его основателем являлся знаменитый Гиппократ. Согласно его представлениям, в теле человека смешано 4 жидкости: кровь, слизь, желтая желчь и черная желчь. Преобладания той или иной жидкости Гиппократ обозначил как «кризисы», что было переведено на латынь как «темпераменты». При преобладании желтой желчи человек обладает *холерическим темпераментом*, черной желчи — *меланхолическим*, слизи — *флегматическим*. Названия «кризиса» (темперамента) у человека с преобладанием крови Гиппократ не дал; позже он был назван *сангвиническим*. Вслед за Гиппократом древнегреческий философ Аристотель, древнеримский врач Гален, философ XIX в. Эммануил Кант развили свои учения о темпераменте. Есть и современные классификации, отличающиеся от введенной Гиппократом. Однако 4 типа темперамента, выделенные им, по-прежнему наиболее общеизвестны и общеприняты.

Физиологические основы различия темпераментов были детально разработаны И. П. Павловым. Согласно его учению, эти различия объясняются силой, подвижностью и уравновешенностью нервных процессов (возбуждения и торможения).

Так, сангвиник является сильным, подвижным и уравновешенным типом; флегматик – сильным, уравновешенным, но малоподвижным; холерик – сильным, подвижным, но неуравновешенным; наконец, меланхолика И. П. Павлов характеризовал как «слабого типа» в аспекте и силы, и подвижности, и уравновешенности нервного возбуждения и торможения.

> Сангвиник и флегматик иногда характеризуются как «средние» или «центральные» типы, а холерик и меланхолик как крайние. Согласно О. П. Елисееву, «средние» типы составляют по 34 % общей популяции, а «крайние» по 16 %. Однако это не общепринято.

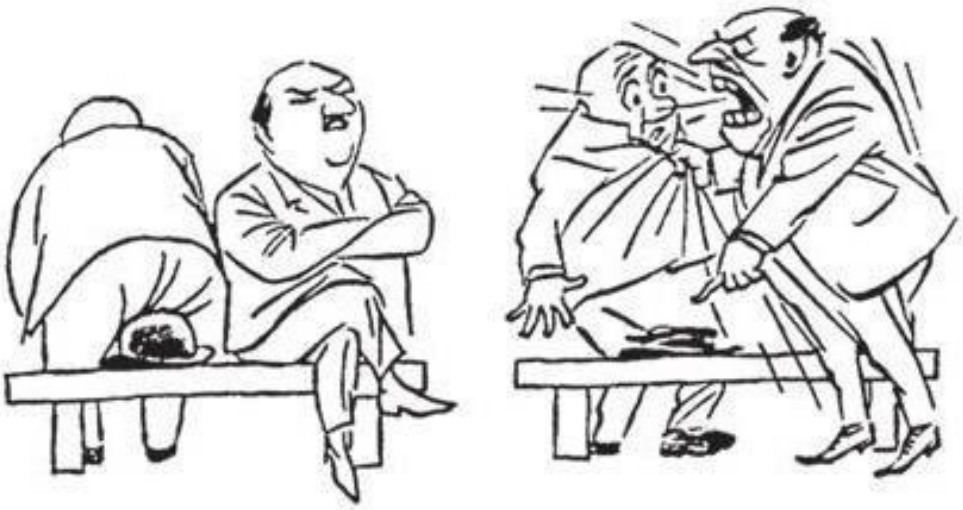
Описания носителей того или иного темперамента в разных литературных источниках не совпадают. Общие положения следующие:

Холерик – человек, у которого эмоциональные проявления (то ли радость, то ли тревога, то ли злоба) легко возникают при незначительных раздражениях и отличаются значительной силой. Легко возникают состояния аффекта и экстаза. В то же время его эмоции переменчивы; и злобность, например, может быстро смениться смехом, т. е. холерик всегда эмоционально лабилен. Он активен, решителен и настойчив, отличается высокой работоспособностью, но только в благоприятных условиях, когда его усилиям не мешают эмоциональные раздражения. Скорость его двигательных реакций высока, речь быстрая, но неровная; мимика и жесты выразительные, нередко чрезмерно.

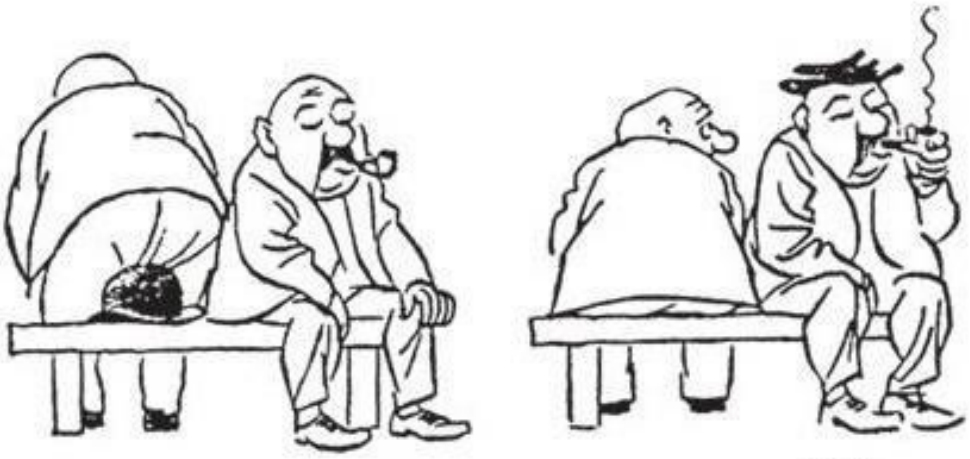
Люди с холерическим темпераментом в силу неуравновешенности, вспыльчивости, несдержанности, бурных аффектов, обидчивости и агрессивности больше других склонны к конфликтам. Они относительно слабо приспособлены к требованиям школы или трудового коллектива, причем в своих неудачах они обычно склонны винить окружающих, а не себя (это так называемая «экстрапунктивная направленность») (рис. 4.1, *а*).

Сангвиник – человек, также живой и эмоциональный, но порог возникновения эмоций у него значительно выше; они возникают лишь от значимых для него раздражений. Крайние эмоциональные реакции – аффект или экстаз для них не характерны. Эмоции сангвиника стабильны, меняются они плавно и для человека безболезненно. Фон настроения несколько повышенный; он оптимист, человек общительный и разговорчивый. Сангвиник отличается наиболее высокой активностью, инициативностью, решительностью; его работоспособность нарушить трудно. Скорость мышления и движений у него высокая, мимика и жесты богатые, выразительные, речь громкая, интонации выраженные. Сангвиник отличается высокой приспособляемостью к условиям школы и рабочего коллектива, в конфликты вступает относительно редко (см. рис. 4.1, *г*).

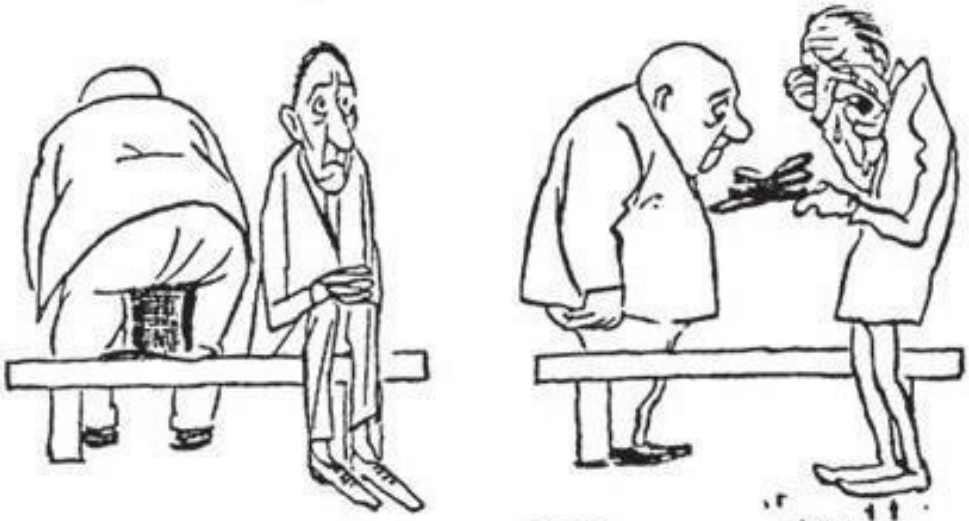
а



б



в



г

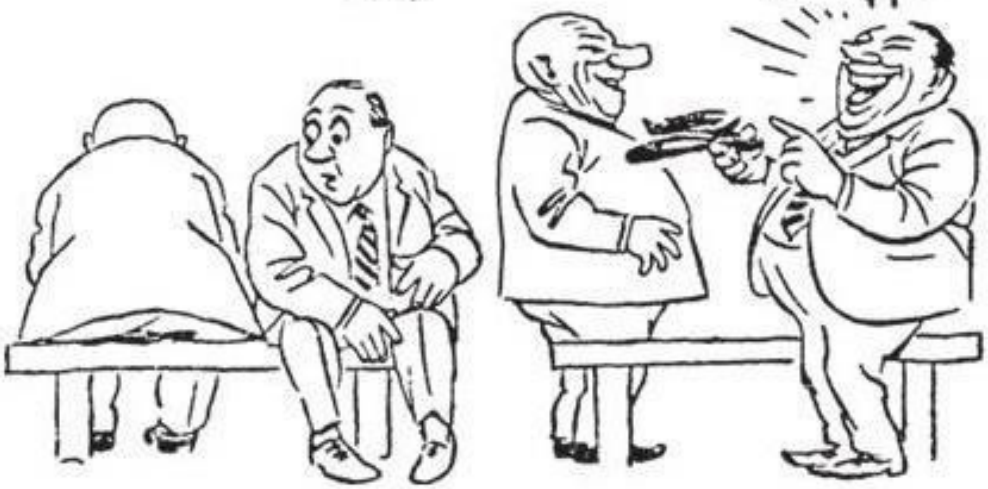


Рис. 4.1. Типы темпераментов (по: Бидструп Х.):
а – холерик; *б* – флегматик; *в* – меланхолик; *г* – сангвиник

Примеров холерического темперамента в творчестве Ф. М. Достоевского – множество. Помимо Мити Карамазова, это и Раскольников, и Рогожин, и многие другие. Таким был, судя по воспоминаниям, и сам писатель.

Сангвиником – светлым, эмоциональным, оптимистичным, быстрым был, несомненно, и А. С. Пушкин.

Флегматик – человек мало эмоциональный, реагирует лишь на значительные раздражения. Эмоционально стабилен, нередко безразличен; его нелегко смутить. Хотя мыслительные процессы и двигательные реакции у него замедленны, он отличается высокой работоспособностью, принимает твердые решения, пусть и с замедлением. Как правило, он запоминает, хоть и понемногу, но глубоко. Он без труда приспосабливается и к школе, и к трудовому коллективу и редко оказывается в центре конфликтов; миролюбив и сдержан. Речь флегматика ровная, замедленная, жесты и мимика скупые (см. рис. 4.1, *б*).

Типичный пример флегматика (помимо упомянутого Собакевича), немногословный и реагирующий на все с замедлением Пьер Безухов – герой романа «Война и мир» Л. Толстого.

Меланхолик – человек, у которого сенситивность, порог возникновения эмоциональных состояний резко снижены; он впечатлителен, переживает даже мелкие раздражения – «уколы» окружающих и «уколы совести» – глубоко и длительно. Чаще эмоциональным ответом являются печаль, тоскливость, слезы, и вообще настроение у него чаще понижено. Он робок, нерешителен. Сильные переживания ему несвойственны, он быстро после них истощается и ощущает усталость и апатию. Также истощаема и его работоспособность, он не способен к инициативным, быстрым решениям. Мышление и двигательные реакции у него замедленны, мимика и жесты вялые и нерешительные. Речь тихая.

Меланхолик чаще всего боится вступать в конфликты, он пытается приспособиться к условиям и требованиям детского и взрослого коллективов, но весьма часто это оказывается для него непосильным. В неудачах он склонен винить себя, а не окружающих (это так называемая «интрапунктивная» направленность) (см. рис. 4.1, *в*).

Литературные примеры: Акакий Акакиевич из повести Н. В. Гоголя «Шинель»; герои Диккенса.

(!) К возникновению невротических и психосоматических состояний, естественно, более предрасположены носители холерического и меланхолического темпераментов. Оба – в силу повышенной сенситивности к эмоциогенным раздражителям; кроме того, холерики – в силу неуравновешенности, склонности к аффектам, плохой толерантности к окружению, а меланхолики – из-за склонности к депрессии, легкой утомляемости, боязливости.

Методы исследования темперамента. Косвенные суждения о скорости мышления и двигательных реакций можно получить, проводя вышеупомянутый «ассоциативный эксперимент» и исследуя «сенсомоторные реакции».

Существует *опросник Стреляу* непосредственно для определения темперамента. Он крайне трудоемок (134 вопроса), сложен в обработке результатов и для сестринского процесса совершенно непригоден.

Более прост и более широко употребителен «*Круг Айзенка*»; при использовании этого метода определяется степень эмоциональной уравновешенности и общительности и, исходя из этого, – тип темперамента. Определяется и степень искренности испытуемого, что крайне

важно. Следует заметить, что прямая связь темперамента и общительности наблюдается не всегда (см. с. 425). Опросник Айзенка (часть методики «Круга Айзенка») существует в двух вариантах – подростковом и взрослом (последний представлен в Приложении 4).

4.2. Экстраверты и интроверты. Художественный и мыслительный типы

Экстравертами называют людей, психическая жизнь которых питается внешними впечатлениями; ориентированных вовне, общительных. Экстраверт нуждается в собеседниках, еще больше в слушателях. Он не переносит одиночества, на работе или в процессе учебы нуждается в сотрудничестве. Он открыт, ясен для окружающих и сам не склонен таить свои переживания и размышления – «весь, как на ладони».

> Типичными экстравертами среди русских писателей были А. С. Пушкин, Н. А. Некрасов, А. М. Горький, сочетающие, кстати, литературную деятельность с организационной. Среди ученых экстравертами были И. П. Павлов, Д. И. Менделеев, Л. Пастер – основатели научных школ и исследовательских институтов.

Интровертами называют людей, живущих внутренним миром, своими размышлениях, часто длительными и напряженными; ориентированных вовнутрь, малообщительных. Интроверт склонен к одиночеству, нуждается в периодах полного одиночества, хотя оно (если человек душевно здоров) должно прерываться периодами общения. Он для окружающих неясен или не полностью ясен; таит свои переживания, особенно интимные, часто раскрывается людям с неожиданной стороны. К нему подходит поговорка: «чужая душа – потемки». Он часто «сам по себе» в школьном коллективе, а на работе предпочитает исполнять свои обязанности или творить в одиночку.

> Типичными интровертами среди русских писателей были Н. В. Гоголь и А. П. Чехов, стремящиеся к самосовершенствованию или не декларирующие свои мысли напрямую. Интровертами среди ученых были Р. Кох и в какой-то степени А. Эйнштейн.

Мы уже упоминали, что термины «экстраверт» и «интроверт» ввел швейцарский ученый К. – Г. Юнг. Часто оперируют исходящими отсюда терминами: «экстраверсия» и «интроверсия»; «экстравертированность» и «интровертированность».

Безусловно, существуют и так называемые «средние типы», однако с тяготением к тому или иному полюсу: экстраили интроверсии.

Степень общительности часто включают в понятие темперамента. Так, пишут, что с интроверсией сочетаются свойства флегматического и меланхолического темпераментов, а с экстраверсией – холерического и сангвинического. Такое отождествление вы можете проследить, просматривая методику «Круга Айзенка» (см. Приложение 4).

Вместе с тем, очевидно, можно говорить лишь о частом сочетании степени общительности и вида темперамента, но не о полном соответствии. Каждый, даже не взирая на возрастную житейскую неопытность, встречал людей, склонных к унынию, печали, слезам, но тем не менее (иногда настойчиво) ищущих собеседников для многословного изложения своих жалоб, – экстравертов. Или же немногословных, кажется, слишком спокойных людей, неожиданно взрывающихся речевым потоком (не всегда связным) – интровертов, о которых говорят: «комок нервов внутри».

Например, Раскольников у Ф. М. Достоевского.

Естественно, и в ситуации болезни интроверт более для медработника неясен и закрыт, и депрессия у него может остаться незамеченной. В то же время «выпытывания» могут только ухудшить контакт между ним и медработником. Нужные сведения последнему лучше получать у такого пациента «исподволь».

Понятия «художественный и мыслительный тип личности» были введены И. П. Павловым.

> «Жизнь отчетливо указывает, – писал он, – на две категории людей – художников и мыслителей… Одни, художники во всех своих родах: писателей, музыкантов, живописцев захватывают действительность целиком, сплошь… без всякого дробления, без всякого разъединения. Другие – мыслители… дробят действительность, как бы умертвляют ее, делая из нее какой-то временный скелет и затем… снова собирают ее части и стараются таким образом оживить, что вполне все-таки им не удается».
>
> «У одних, художников, деятельность больших полушарий, протекая во всей своей массе, захватывает всего меньше лобные их доли и сосредоточивается главнейшим образом в остальных отделах; у мыслителей, наоборот, преимущественно в первых…»

И. П. Павлов, таким образом, подразделял людей на индивидуумов с преобладанием 2-й сигнальной системы (мыслительно-речевой деятельности, которую он соотносил с функционированием лобных долей) – мыслителей; и индивидуумов с преобладанием 1-й сигнальной системы (образного мышления, связанного с преимущественным функционированием центральных концов анализаторов органов чувств) – художников.

Люди художественного типа склонны к занятиям, затрагивающим непосредственно органы чувств (это не обязательно живописцы или музыканты; могут быть и квалифицированные столяры-краснодеревщики или слесари-инструментальщики). Люди мыслительного типа склонны к опосредованным занятиям, не затрагивающим органы чувств. Типичные случаи: шахматисты, математики, физики-теоретики.

Естественно, напрашиваются параллели: «экстраверт – художественный тип» и «интроверт – мыслительный тип». Однако опять-таки здесь можно говорить о наиболее частых совпадениях, но не о полных соответствиях. О. П. Елисеев приводит диаграмму, в которой выделяет при экстравертированности около 16 % «мыслителей». Многие художники и композиторы были явными интровертами (Гойя, Шуман), а великие мыслители (И. П. Павлов, З. Фрейд) – экстравертами. Очевидно, нельзя ставить знак равенства между склонностью к непосредственным и опосредованным впечатлениям и выбором тех или иных занятий.

4.3. Самооценка и уровень притязаний

Индивидуальные различия, о которых идет речь в контраст рассматриваемых нами в предыдущих разделах (темперамент, экстра- и интровертированность и пр.), являются в основном не врожденными, а приобретенными.

Самооценка (синонимы или близкие понятия: самоотношение и самоуважение) – одно из основных (базисных) свойств личности; определение ее качества имеет огромное значение, поскольку оно определяет возникновение ряда патологических состояний, реакцию личности на болезнь, может влиять на эффективность терапии. Чрезмерные отклонения в самооценке могут потребовать психокоррекции.

Качество самооценки закладывается в детстве и зависит от взаимоотношений ребенка с родителями. Подчеркивание реальных и мнимых достоинств ведет к чрезмерно завышенной самооценке. Искренние проявления любви и полноценный контакт родителей с ребенком способствуют адекватной самооценке. Отчуждение ребенка, грубое подавление естественного детского негативизма, предъявление ему завышенных требований имеют следствием развитие чрезмерно пониженной самооценки. То же может произойти при неправильной постановке замечаний: вместо частных – общих (например, не «ты меня обманул», а «ты – лгун!»). В подростковые, школьные годы самооценка формируется отношением (мнением) окружающих. Адекватная оценка себя достигается лишь в зрелые годы.

Различают чрезмерно завышенную, повышенную, адекватную, пониженную, чрезмерно заниженную самооценку.

Чрезмерно неадекватно заниженная самооценка ведет к тревожности, боязни собственных поступков, отрицательных отзывов окружающих; ранимости, острой реакции на безобидные насмешки или легкие порицания; к разрушению надежды, ограничению контактов с другими людьми, понижению социальной активности. Реальные успехи при этом расцениваются как случайность. Свои проблемы человек с чрезмерно заниженной самооценкой иногда переносит в область воображения, в создаваемый им фантастический мир, где эти проблемы успешно решаются (вспомните «Белые ночи» Ф. М. Достоевского).

> Излишне доказывать, что в ситуации болезни человека с чрезмерно заниженной самооценкой отличает неверие в выздоровление, склонность к депрессии. Тревога и ранимость, порождаемые чрезмерно заниженной самооценкой, предрасполагают к развитию невротических расстройств и психосоматических состояний.

При чрезмерно завышенной самооценке: непоколебимой вере в себя, высокомерии, преувеличении недостатков других, отметании любых критических замечаний в свой адрес – любая неудача нарушает душевное равновесие. При этом ответственность за неудачу перекладывается на других, развивается подозрительность (вплоть до бредовых идей), возникают конфликты и отчуждение от других людей.

Пересмотр самооценки может привести к душевному краху и суициду. В то же время при психокоррекционных вмешательствах легче исправляется пониженная, чем повышенная самооценка.

> У человека с чрезмерно завышенной самооценкой в ситуации болезни, естественно, сохраняется наклонность к конфликтам. Он может не доверять медработникам, ставить собственные диагнозы, требовать иного лечения или заниматься самолечением. Частые неудачи у людей с повышенной самооценкой также ведут к невротическим расстройствам и психосоматическим состояниям.

Так, замечено, что к ишемической болезни сердца (ИБС) склонны энергичные, честолюбивые карьеристы с повышенной самооценкой, высоким темпом жизни, не умеющие отдыхать.

Уровень притязаний относится к *идеалу*, т. е. соответствует задачам, которые человек ставит перед собой, и целям, которые он стремится достичь. Отношения самооценки и уровня притязаний весьма сложны.

Действительно, человек с пониженной самооценкой вряд ли будет ставить перед собой высокие цели и задачи, а индивидуум с повышенной самооценкой скорее всего будет стремиться к карьере, достижению материального достатка, власти и т. п. Однако, с другой стороны, если человек вырабатывает у себя невысокий уровень притязаний и легко достигает требуемого, самооценка у него может быть повышенной.

Например, он направляет все силы на достижение максимального физического благополучия, занимается бегом трусцой, гимнастикой с гантелями даже в пожилом возрасте, похваляется перед другими силой и здоровьем, не замечая, что он выглядит субъектом невысокого кругозора и узкого круга интересов.

С другой стороны, человек с повышенным уровнем притязаний, терпящий неудачу за неудачей, резко снижает уровень самооценки со всеми упомянутыми выше медицинскими и социальными последствиями.

Существует так называемая формула Джемса (цит. по: Ковалев С. В.), иллюстрирующая вышесказанное:

Самооценка = успех / притязания.

Уровень притязаний человека также формируется постепенно. Различают исходный уровень и его динамику, зависящую от результата (успеха). В конце концов устанавливается типичный для личности уровень притязаний, который может и должен корректироваться как самим человеком, так и окружающими, а если он неправомерно высок и сказывается на здоровье, – корректируется медработником.

Методы исследования самооценки и уровня притязаний

Таких методов разработано немало, и некоторые из них достаточно просты как по процедуре проведения, так и обработке результатов (см. Приложение 5).

Весьма проста в использовании «*шкала Розенберга*»по определению «степени самоуважения». Испытуемому предлагается 10 суждений.

1. Я чувствую, что я достойный человек, по крайней мере, не менее, чем другие.
2. Я всегда склонен чувствовать себя неудачником.
3. Мне кажется, что у меня есть ряд высоких качеств.
4. Я способен кое-что делать не хуже, чем большинство.
5. Мне кажется, что мне особенно нечем гордиться.
6. Я к себе хорошо отношусь.
7. В целом я удовлетворен собой.
8. Мне бы хотелось больше уважать себя.
9. Иногда я ясно чувствую свою бесполезность.
10. Иногда я думаю, что я во всем нехорош.

При этом каждому ответу присваивают определенные баллы, проставляемые испытуемым.

На вопросы № 1, 3, 4, 6, 7, 8:
4 *балла* – полностью согласен;
3 *балла* – согласен;
2 *балла* – не согласен;
1 *балл* – абсолютно не согласен.
На вопросы № 2, 5, 9, 10:
4 *балла* – абсолютно не согласен;
3 *балла* – не согласен;
2 *балла* – согласен;
1 *балл* – полностью согласен.

Итоговое значение показывает степень и направленность самооценки. Логично, что при конечном значении > 25 – самооценка (самоуважение) завышена; при конечном значении < 25 – занижена.

Еще проще процедура исследования самооценки по *методу* Дембо – Рубинштейн.

На листе бумаги проводят вертикальную линию и испытуемому говорят, что она обозначает «счастье»; верхний полюс – «полное счастье», а нижний – «несчастливость». Испытуемому предлагают указать на линии свое место. Такие же (параллельные с первой) линии проводят для исследования самооценки пациента по показателям здоровья, умственного развития, характера.

Т. М. Габриял использовал для исследования самооценки здоровья шкалу с семью категориями: «самый больной», «весьма больной», «более или менее больной», «средне больной», «более или менее здоровый», «весьма здоровый», «самый здоровый».

После проведения методик Дембо – Рубинштейн или Т. М. Габриял обычно приступают к беседе с пациентом, выясняя причину того или иного ответа, сравнивая самооценку с объективными показателями здоровья.

Для исследования уровня притязаний в московской школе Б. В. Зейгарник был разработан метод Б. И. Бежанишвили, модифицированный и упрощенный В. М. Блейхером (см. Приложение 5).

4.4. Другие индивидуальные различия

В психологии рассматривается еще ряд индивидуальных особенностей людей. Такова «*направленность личности*» – совокупность мотивов, определяющих поведение. Мотивы эти диктуются доминирующими интересами, существующим идеалом, мировоззрением и убеждениями (если под мировоззрением подразумевается совокупность взглядов, то под убеждениями – та же совокупность плюс готовность к действию).

К *индивидуальным различиям* относятся особенности отдельных познавательных функций (например, скорости восприятия, объема внимания; медленное или быстрое запоминание, способность к волевому усилию и многое другое), а также черты характера: доброта или злобность; храбрость или трусость; оптимистический или пессимистический фон настроения; лживость или честность и т. д.

Близким к понятию «направленность личности» является «*ценностная ориентация*», или «*иерархия ценностей*». Так, одним людям (по Н. Печекшиану) свойственна преимущественная забота о «теле» (самочувствии, сексуальности, питании и сне);

другим – о «достижении» (работе как процессу или результату, престиже, карьере); третьим свойственно погружение в «фантазию»: увлеченность религией или творческие устремления.[15]

К индивидуальным различиям относится и стремление людей занять в социуме, в больших или малых группах, определенное положение – лидера, близкого к лидеру, тайного лидера – оппортуниста, конформиста (приспосабливающегося) и подчиняющегося. Однако изучение этих различий является прерогативой социальной психологии, хотя касается и медицинской. Известно, что лица, стоящие на крайних полюсах социальной иерархии, – лидеры или подчиняющиеся – наиболее подвержены неврозам и психосоматическим заболеваниям.

При рассмотрении типов личности (включая «акцентуации» и «аномалии») подходим к главной задаче медицинской психологии – изучению человека в ситуации болезни и его реакций на окружающее при этом.

Однако прежде этого необходимо остановиться на достижениях Эрнста Кречмера и его школы. Во-первых, были установлены связи типа телосложения («строения тела») и типа личности. Во-вторых, прослежены закономерности перехода личностного «варианта» в определенные личностные аномалии и болезнь; подверженность лиц с тем или иным типом телосложения к тем или иным соматическим и психическим заболеваниям.

[15] Все указанные в этом разделе индивидуальные различия изучаются в курсе *общей психологии* и к проблемам медицинской психологии имеют малое отношение.

4.5. Связь типов телосложения и типов личности. Закономерности перехода варианта личности в аномалию и болезнь [16]

К моменту выхода знаменитой книги «Строение тела и характер» (1921) Эрнст Кречмер провел широкое изучение конституциональных особенностей душевнобольных, лечившихся в его клинике (г. Тюбинген, Шварцвальд); членов их семей, некоторых других категорий пациентов (эпилептики; люди, страдающие некоторыми эндокринными заболеваниями). Кроме того, исследованию были подвергнуты 150 здоровых людей.

Изучались строение тела, форма черепа, особенности волосяного покрова, своеобразие сексуального инстинкта. Все полученные данные сравнивались с характерологическими особенностями исследуемого контингента.

В результате изучения строения тела упомянутого контингента Э. Кречмер выделил четыре типа телосложения:

1. *Лептосоматики (астеники)* – хрупкие, высокого роста, с узкими плечами, длинными и худыми конечностями.

2. *Пикники* – тучные, неповоротливые, малого или среднего роста, с круглой головой на короткой шее, короткими конечностями.

3. *Атлетики* – крепкого телосложения, с чрезвычайно развитой мускулатурой и физически сильные, с широкими плечами и узкими бедрами.

4. *Диспластики* – непропорционального или бесформенного телосложения (например, с большой головой и слабыми короткими конечностями).

В результате характерологического исследования Э. Кречмер выделил две разновидности так называемых «средних типов»: душевно здоровых людей:

А. Циклотимический тип (циклотимы) – общительные, любознательные, человеколюбивые, реалистичные, часто болтливо-веселые, юмористы, любители жизни, энергичные практики, склонные к примирению с действительностью и другими людьми.

Б. Шизотимический тип (шизотимы) – сдержанные, необщительные, прямолинейные, часто лишенные юмора, чудаковатые, «друзья природы и книги», иногда холодные и властные, с эмоциональностью, проявляющейся внутри, но не вовне.

При этом Э. Кречмер установил четкое соответствие (корреляции) между пикническим телосложением и циклотимическим типом характера и астеническим телосложением (в меньшей степени атлетическим и диспластическим) и шизотимическими чертами характера[17].

Более того, если в телосложении прослеживались смешанные черты (например, сочетание тонких конечностей, высокого роста и «пикнической» выраженности подкожно-жирового слоя), то отмечались и смешанные черты характера (например, сочетание деспотизма или идеализма с веселостью и общительностью).

Сам Э. Кречмер сомневался в существовании третьего, «эпилептического» типа характера, считая эпилепсию следствием травм или врожденных повреждений, что впоследствии не подтвердилось. Однако этот тип характера был доказательно выделен его учениками.

В. Эпилептический тип – раздражительные, злобно-гневливые, вязко-мелочные (возможно, в свете современных представлений – с повышенной судорожной готовностью).

---

[16] Разработки Эрнста Кречмера и его школы.

[17] Деление людей по телосложению на астеников, гиперстеников и нормостеников являются устаревшим. Понятие «нормостеник» нелепо, все люди тяготеют к тому или иному типу телосложения. Не можем же мы установить норму роста или веса?

При заострении нормальных черт (циклотимических, шизотимических, эпилептических) появляются аномальные проявления, и люди расцениваются как психопатические личности (по современной классификации – люди с расстройством личности). Э. Кречмер выделял два таких аномальных типа – «циклоидов» и «шизоидов». У *циклоидов* отмечается измененный фон настроения: постоянно повышенная веселость или «вечная скорбь», или колебания настроения от того до другого полюса. У *шизоидов* ведущим признаком является аутизм (отгороженность от реальности), а крайними полюсами характера являются неадекватная раздраженность или эмоциональное бесчувствие.

Болезни – шизофрению или маниакально-депрессивный психоз (по современной классификации – аффективное расстройство) Э. Кречмер рассматривал «в широком биологическом смысле» как заострение, вернее, накопление черт шизоидных или циклоидных аномалий. Циклоиды, таким образом, расматривались как лица, предрасположенные к маниакально-депрессивному психозу, а шизоиды – к шизофрении.

> Э. Кречмера позже упрекали за стирание граней между нормой и болезнью, игнорирование закона «перехода количества в качество», однако он никогда не отрицал нового качества болезни.

Позже была выделена «эпилептоидная психопатия», и люди с таким расстройством оказались предрасположенными также к «своей» болезни – эпилепсии.

Таким образом, при указанном «заострении» или «накоплении» черт шизотим может стать только шизоидом, а не циклоидом, и наоборот. При заострении черт у шизоида он может заболеть только шизофренией, но не маниакально-депрессивным психозом, и наоборот.

В цепочке «циклотим – циклоид – больной маниакальнодепрессивным психозом» одинаково доминировали лица с пикническим типом телосложения. В цепочке «шизотим – шизоид – шизофреник» – лица с астеническим, реже с диспластическим и с атлетическим телосложением. Последним из указанных типов телосложения обладают люди с эпилептическими чертами характера, эпилептоидной психопатией или эпилепсией. Типы телосложения, таким образом, одинаковы как у больных, так и у психопатических личностей, а также при определенных вариантах нормы. Иногда у родственников больных или у здоровых людей (с циклотимическими, шизотимическими, эпилептическими чертами характера) соответствующие черты телосложения представлены более ярко, чем у душевнобольных.

В дальнейшем были выявлены особенности телосложения и у больных с рядом соматических заболеваний и предрасположенность людей с определенными личностными чертами к конкретной соматической патологии.

Э. Кречмер в развитии учения о типологии личности является первооткрывателем. В дальнейшем было выделено еще множество типов личности, однако в их описание были заложены как преимущественный тип телосложения (соответствующий классификации Э. Кречмера), так и предрасположенность к тем или иным заболеваниям (более широкий круг, чем у Э. Кречмера).

4.6. Личности и характеры, акцентуации и аномалии

Понятия «характер» и «личность» нередко отождествляются, однако в большинстве литературных источников (В. Д. Менделевич, А. Е. Личко, Х. Рорахер и др.) различия усматриваются в следующем.

К личности характер относится как генотип к фенотипу. *Характер* предусматривает наличие наследственно обусловленных индивидуальных черт, задатков, устойчивых особенностей, проявляющихся в типе реагирования на раздражения и впечатления действительности. Формируется характер воспитанием на основе врожденных свойств. Начиная со зрелого возраста, черты характера отличаются устойчивостью.

Личность формируется на основе характера под влиянием социальной среды, т. е. это сочетание социально значимых черт: выработанного мировоззрения, идеалов, иерархии ценностей, того или иного уровня самостоятельности и ответственности.

В зрелом возрасте личностные особенности приобретают относительную устойчивость, однако личность изменяется в большей степени, чем характер, под влиянием окружающей среды. В особенности личности могут включаться дополнительные черты.

> Ребенок растет живым, веселым, энергичным, самостоятельным (*характер*). Достигнув зрелости и соприкоснувшись с общественным окружением, он приобретает импульс к достижениям, карьере, пробует стать лидером большой или малой группы, иногда работает «на износ» (т. е. приобретает определенные *личностные черты*).
>
> Или: ребенок обладает робким, нерешительным, чувствительным *характером*. Соприкоснувшись с социумом, он теряет самостоятельность, перекладывает решения на окружающих, уходит в мир фантазий, т. е. тоже приобретает определенные *личностные черты*.

Различают:

Варианты так называемой нормы (хотя от определения понятия «норма» исследователи обычно уходят).

Акцентуации (акцентуированные характеры и акцентуированные личности), представляющие крайние варианты нормы. Индивид, обладающий теми или другими акцентуированными чертами, не теряет способности адаптироваться к окружающей действительности. В определенных ситуациях человек с акцентуированными чертами, оказывается уязвимым по отношению к типу окружения, но в других случаях те же черты характера ему помогают.

> Так, человек с педантичным типом характера, затруднением переключаемости, замедленностью мышления может добиться определенных достижений в ситуациях, когда его трудовая деятельность четко регламентирована инструкциями, и получить нервный срыв, когда от него требуют самостоятельных нестандартных решений или в неопределенной обстановке.

Аномалии (психопатии, расстройства зрелой личности).

Они отличаются от акцентуаций бóльшим постоянством, стабильностью, одинаковым проявлением в любой ситуации. Вследствие уже не заострения, а искажения характерологических и личностных черт человек не в состоянии адаптироваться к общественной среде (семье, месту занятости), даже если она представляется благоприятной.

Виды акцентуаций были выделены в основном К. Леонгардом и А. Е. Личко. Типология расстройств зрелой личности определена «Международной классификацией болез-

ней» (10-й пересмотр). Поражает, насколько названия акцентуаций и аномалий (расстройств зрелой личности) в большинстве случаев совпадают (см. Приложение 7). И в той и в другой классификации есть названия: «шизоидная», «истероидная (демонстративная)», «эпилептоидная», «эмоциональнолабильная или аффективно-лабильная», «тревожная» и др. Это не удивительно, если вспомнить приведенные закономерности переходов при накоплении, «заост рении» черт (см. с. 113).

Рис . 4.2. А. Е. Личко

Для нас существенным является следующий вопрос: можно ли классификацию личностных акцентуаций перенести на варианты нормы? При положительном решении облегчается изложение нашей центральной задачи: описания типологии реакций личности на болезнь, медицинское и иное окружение.

Совершенно очевидно, что классификации акцентуаций и вариантов нормы должны совпадать. О совпадении типов характера (истерического, шизоидного, астенического и др.) с соответствующими акцентуациями пишет В. Д. Менделевич: «…Каждая из вышеперечисленных черт характера может относиться и к условной норме, быть заостренной (акцентуированной. — *Авт*.) или становиться основой так называемых расстройств личности (психопатий в старом понимании)…».

А. Е. Личко (рис. 4.2) не раз подчеркивал, что в развитых странах акцентуированные личности составляют около 50 % общей популяции. Очевидно, процент становится бóльшим, если учитывать выделенные им же «скрытые акцентуации», проявляющиеся лишь в определенных ситуациях. Распространенность же аномалий – до 5 %.

Наиболее известные тесты для исследования типологии личностей содержат в результатах обработки данных описания тех же черт, что характерны для акцентуаций и аномалий (опросники Кеттела или MMPI).

Наконец, предположить, что сходство классификаций акцентуаций и аномалий не может распространяться на варианты нормы, было бы просто нелогичным или нелепым.

Паранойяльный характер, «застревающая» акцентуация, параноидное расстройство личности [18]

Для таких индивидуумов характерны повышенная самооценка, высокомерие, склонность к нравоучениям. Они обладают повышенным уровнем притязаний, а также предъявляют чрезмерный уровень требований к окружающим: «все обязаны с ними считаться». Они обладают острым чувством обиды, чрезмерно чувствительны к неудачам и отказам по службе, могут работать лишь в ситуациях признания, поощрения, следования их примеру, но не в ситуациях сомнений в правильности их работы, их убеждений, тем более при каком-то их уличении.

При более выраженных изменениях их характера и личности они чрезмерно подозрительны, ищут тайный смысл в поступках окружающих, все рассматривают как относящееся к ним. Даже нейтральные или дружеские высказывания могут рассматриваться как враждебные. Такие личности – одни из наиболее конфликтных (и в медицинских условиях), причем при возникновении конфликтов являются активной стороной. Они никогда и ничего не прощают, легко становятся в коллективах «борцами за идею», даже если эта «идея» ничтожна (например, распределение премии). Нередко они пишут многочисленные жалобы, прибегают к судебным разбирательствам (их именуют «сутягами» или «кверулянтами»).

[18] Паранойяльный вариант характера выделяет В. Д. Менделевич; «застревающий» тип акцентуации – К. Леонгард; параноидное расстройство личности рассматривается в МКБ-10.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, купив полную легальную версию на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.