



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

УЧЕБНИК ДЛЯ СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

С ЭЛЕМЕНТАМИ ОБЩЕЙ
ПСИХОЛОГИИ

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	6
ПРЕДИСЛОВИЕ	7
Глава 1	9
1.1. Определение предмета. Задачи медицинской психологии	9
1.2. Связь медицинской психологии с другими ответвлениями общей психологии и клиническими дисциплинами	12
1.3. О парапсихологии, экстрасенсорике и более низменном	14
1.4. Современные методы исследования в медицинской психологии	16
Темы для рефератов и дискуссий по материалам главы 1	20
Глава 2	21
2.1. Основные исторические вехи развития медицинской психологии	21
2.2. Психологические школы	26
Основные положения психоаналитической теории.	27
Практическое применение	
Другие психологические школы	29
Темы для рефератов и дискуссий по материалам главы 2	33
Глава 3 ОТДЕЛЬНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ. МЕДИЦИНСКИЙ АСПЕКТ. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	34
3.1. Ощущения	34
3.2. Восприятие	37
3.3. Внимание	41
Конец ознакомительного фрагмента.	46

**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
МКБ-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
ММРІ – 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 компоновке 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 явля-

ются 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 средой.

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 исследования

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.



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

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.

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

² Здесь перечислены не все отрасли.

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 явлений³, пока не подтвердили. В настоящее время страницы газет, особенно рекламных, пестрят предложениями об излечении с помощью экстрасенсорики 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. Особенностораживает 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 «культы личности»; наконец, в «перестройку» и послеперестроечный сегодняшний период). Общая причина взлета сегодняшних верований – неуверенность в завтрашнем дне, в возможность добиться благополучия и удовлетворительного качества 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).

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

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, склонность к уже упомянутому нами девиантному поведению⁴.

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 воздействия⁵.

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

⁴ На данные методы ссылаться будем неоднократно.

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

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.

Тесты представляют собой специальные наборы и материалы, с которыми работает испытуемый. Процедура теста должна быть максимально ограждена от случайных влияний. Резуль-

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.

таты 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. раздел 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 назначению⁷.

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 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,

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.

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 малозначущей). 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 телосложения⁸. 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

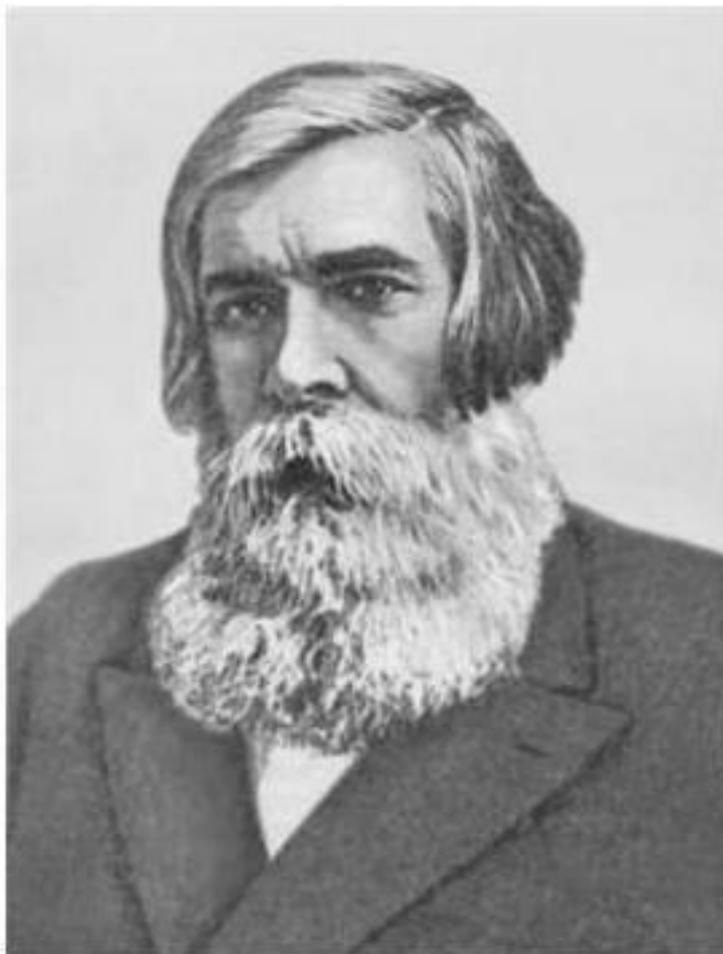


Рис 2.1. Владимир Михайлович Бехтерев

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 Гиппократ, что нашло отражение в «Клятве» его имени, которую непременно дают выпускники медицинских

учебных заведений. «Клятва» во времена Гиппократов 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*, основательница 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 неврологии 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 иатрогенные⁹ 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 методов 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 *Константином 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 Вульфовой Зейгарник*, *Вадимом Моисеевичем Блейхером* и др. На них мы будем неоднократно ссылаться.

Из зарубежных работ, посвященных конкретно медицинской психологии, заслуживает особого внимания монография¹⁰ чешских ученых *Роберта Конечного* и *Милана Боухала* (1983). Хотя в ее теоретической части заметен перекоп 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 иатрогенными (или ятрогенными) 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, обуславливая 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 намерений (это перенесение рассматривается как одно из проявлений так называемого «трансферта» и используется в лечебном процессе, обуславливая 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, например общественной (в этом процессе участвует и «Супер-Эго»);
- е) рационализацией – приведением неприемлемых свойств и мотивов в соответствие с требованиями общества путем 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. Осознание 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 небезытересную попытку объяснения механизма неврозов и психосоматических состояний.

Приводим пример излечения невроза при использовании метода «свободных ассоциаций» [Свядоц, 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, злость 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 именованья архетипов: «anima» – символ женского естества в коллективном подсознании мужчин; «animus» – естество мужчин в коллективном подсознании женщин; «самость» – коллективный символ порядка и цельности личности; «тень» – аналогична фрейдскому «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 Hippocratica» – лицо умирающего больного). В классификации Гиппократов 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.



рис 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, обуславливающее 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 сахара в воде.

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, ползание 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.

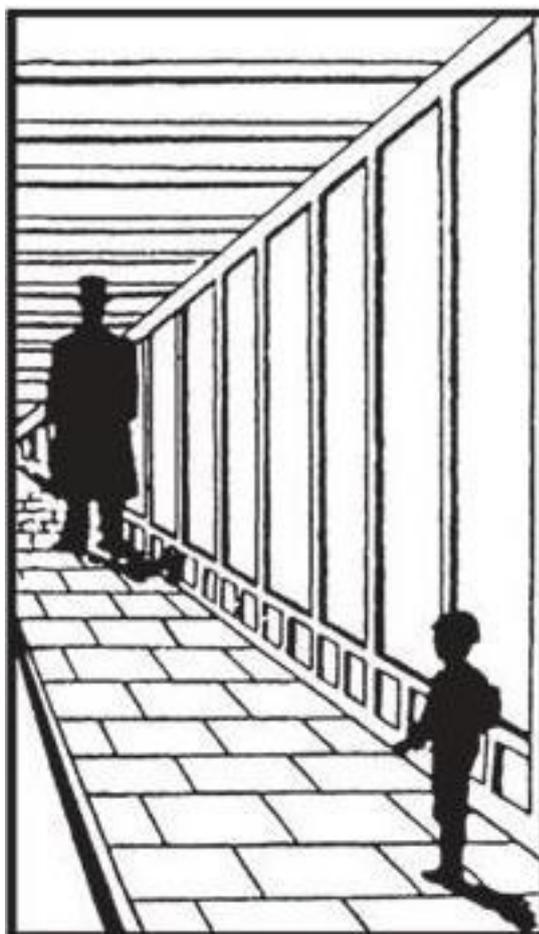
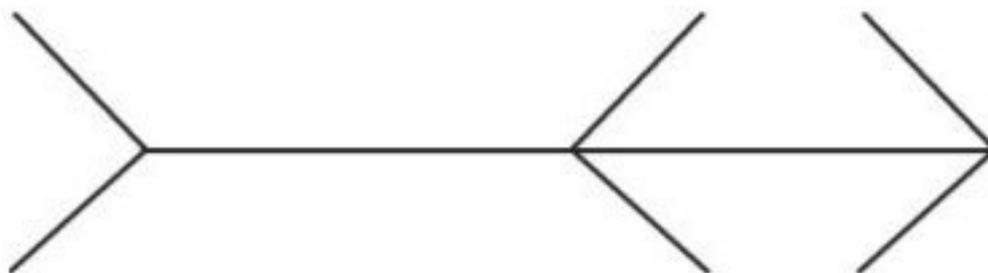


Рис. 3.1. Оптические иллюзии. Левый отрезок и человек слева кажутся больше, хотя одинаковы с изображениями справа (Конечный, Боухал, 1983)

При крайнем переутомлении, изнурении после перенесенных болезней отмечаются и другие расстройства восприятия: дереализация, феномены «уже виденного» или «никогда не виденного» («*de ja vescu*» 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 vescu*» – 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 неотлично 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 *синтезия*. У некоторых людей при восприятии в одной сфере параллельно возникает образ пред-

ставления 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.

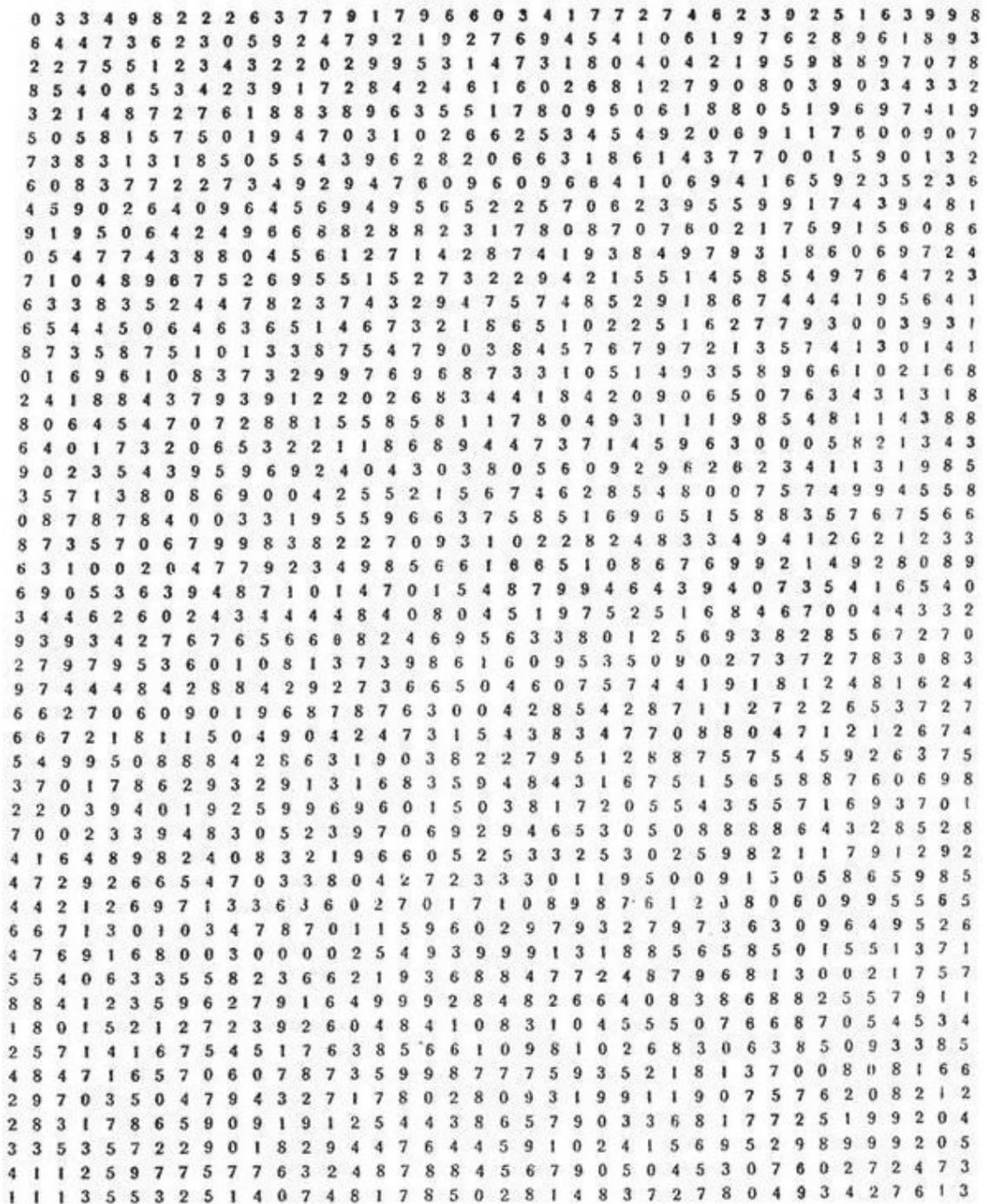


Рис. 3.2. Бланк для выполнения корректурной пробы

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. Корректирующая 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 корректирующей 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 вычерчивается кривая работоспособности и определяется таким образом степень истощаемости внимания.

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.