

612.8

1332

ВВЕДЕНИЕ  
В МЕДИЦИНСКУЮ  
ПСИХОЛОГИЮ



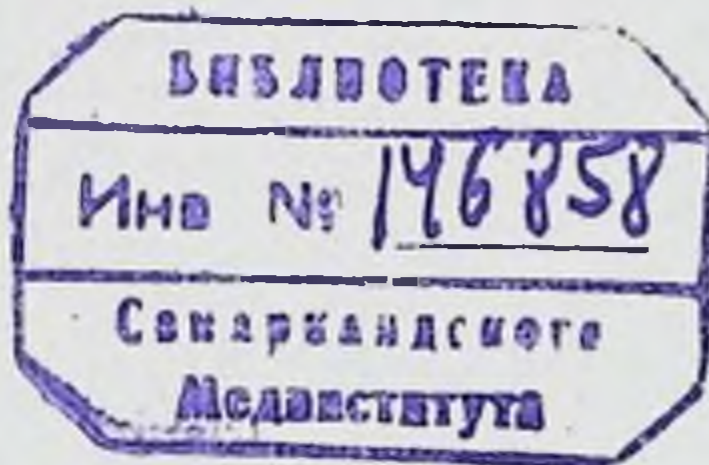
АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК СССР

612.8

1332

М.С. ЛЕБЕДИНСКИЙ, В.Н. МЯСИЩЕВ

ВВЕДЕНИЕ  
В МЕДИЦИНСКУЮ  
ПСИХОЛОГИЮ



ИЗДАТЕЛЬСТВО «МЕДИЦИНА» 1966

ЛЕНИНГРАДСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

Книга является первой монографией отечественных авторов по медицинской психологии. В ней рассматриваются вопросы единства и соотношения психики и соматики, психологии больного, роли психики в возникновении и течении психических и соматических заболеваний и в их предупреждении. Освещаются взаимоотношения врача и больного, методы исследования психики больного. Излагаются психологические основы психогигиены, психотерапии и трудотерапии.

Книга рассчитана на врачей, психологов, физиологов, педагогов, а также на учащихся высшей школы.

This book is a first monographie of our home authors about medical psychology. The questions of unity and correlation of mentality and somatic, psychology of a patient, mentality's part in rise and course of mental and somatic diseases and their preventions is examined in this book.

Relations of a doctor and a patient, methods of investigation a patients mentality is lighted very clearly. Psychological basis of psychohygiene, psychotherapie and labourtherapie is stated in this book.

The book is intended to the doctors, psychologists, physiologists, teachers and to the students too.

Das Buch ist eine erste Monographie Vaterländischer Verfasser über die medizinischen psychologie. In diesem Buch werden, die Fragen der Einheit und der Korrelation einer seelischen Verfassung und der Somatic, der Psychologie des Kranken, der Rolle der seelischen Verfassung in der Entstehung, des Verlaufes und das Verhuten der psychischen und somatischen Krankheit dargestellt. Im Buche beleuchten sich Beziehungen des Arztes und des Kranken und Methoden der Erforschung der seelischen Verfassung des Kranken und legen sich psychische Grundfesten der Psychohygiene, der psychotherapie und Arbeitstherapie dar.

Das Buch ist für die Ärzte, psychologen, physiologen und auch auf die Studenten des Hochschule bestimmte.

Издание одобрено и рекомендовано к печати  
Редакционно-издательским советом  
Академии медицинских наук СССР



## От авторов

Развитие современной медицины делает все более необходимым ее сближение с современной психологией. Это сближение осуществляется в медицинской психологии. В зарубежной медицине психологии уделяется большое внимание. Однако наши методологические позиции резко отличаются от теоретических позиций буржуазной науки. В связи с этим становится особенно актуальной задача дальнейшей разработки советской медицинской психологии. Трудность и сложность этой задачи не нуждается в доказательствах.

Авторы настоящей книги предприняли первую в отечественной литературе попытку монографического освещения основных вопросов медицинской психологии с позиций советской науки. При этом им пришлось столкнуться с рядом трудностей.

Самое определение предмета и содержания медицинской психологии еще не подвергалось в нашей печати достаточному обсуждению. Следовать же в этом вопросе без должной критики по пути зарубежных многочисленных монографий в области медицинской психологии было невозможно. Теоретические расхождения неизбежно приводят к расхождениям и в определении разделов медицинской психологии, их взаимоотношения, а также их удельного веса в системе изложения.

Несомненно, дальнейшее развитие у нас в стране медицинской психологии, появление в печати новых книг и статей как по отдельным ее проблемам, так и посвященных систематическому изложению предмета в целом, уточнит то понимание медицинской психологии, которое наиболее соответствует позициям советской медицины.

Количество разделов психологии, которые, по мнению авторов, обязательно должны быть включены в систему вопросов



медицинской психологии, настолько велико, что изложить их все в настоящей книге сколько-нибудь полно не представляется возможным. Некоторые из этих вопросов неоднократно освещались в нашей литературе. Другие еще слишком недостаточно разработаны и ждут освещения.

Книга называется «Введение в медицинскую психологию», поскольку она вводит в круг вопросов этой дисциплины и не имеет задачей дать исчерпывающее изложение каждого ее раздела.

Книга адресуется читателям, для которых знакомство с вопросами медицинской психологии необходимо, а именно: широким кругам врачей любой специальности, особенно невропатологам и психиатрам, психологам и физиологам, а также студентам-медикам.

Учитывая такой различный по подготовке и интересам круг читателей, в книге объясняются некоторые термины и понятия, хорошо известные одним группам читателей, но, возможно, малознакомые другим.

Неизбежное изложение здесь вопросов общей психологии и общей психопатологии не означает того, что книга по медицинской психологии может заменить книги по специальным вопросам психологии, психиатрии и общей психопатологии.

Авторы выражают благодарность за помощь при подготовке книги к печати Н. А. Агитовой, Н. В. Борисовой, Б. В. Иовлеву, И. М. Тонконогову.

Авторы будут очень признательны читателям, которые сочтут возможным поделиться с ними своими соображениями и критическими замечаниями о книге.



## ПРЕДМЕТ, ЗАДАЧИ И ЗНАЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Медицинская психология является как областью медицины, так и областью психологии. Медицинская психология изучает вопросы теории и практики медицины, которые связаны с психологией, и вопросы психологии больных людей, имеющие отношение к задачам диагностики, лечения и профилактики болезней. Она разрабатывает вопросы о роли и месте психических особенностей личности в предупреждении, возникновении, течении и лечении болезней, в деле укрепления и сохранения здоровья людей.

Основными общими разделами медицины, значимыми для всякого рода заболеваний, являются: а) проявления болезней; б) их причины и происхождение (этиология и патогенез); в) лечение и уход за больными, г) предупреждение болезней и тесно связанная с этим гигиена как наука об укреплении здоровья, развитии и укреплении сопротивляемости организма болезнетворным факторам.

Медицинская психология соответственно этому изучает: а) психические проявления различных болезней в их динамике, б) роль психики в возникновении, течении и предупреждении болезней и в гигиенических мероприятиях, в) влияние различных болезней на психику, г) нарушения развития психики, д) принципы и методы психологического исследования в клинике.

Особое место в разработке теоретических вопросов медицинской психологии занимают такие важнейшие проблемы методологического значения, как соотношение мозга и психики, организма и психики.

**Норма и патология в психике.** Болезненно измененная психика отличается от нормальной количественно и качественно. Например, эмоции могут быть у одних здоровых людей сильнее



и глубже выражены, у других — слабей и поверхностней; но чрезмерная слабость эмоций или чрезмерная сила их в действиях и поступках делают человека не адекватным требованиям жизни, не приспособленным к ней и являются признаком патологического состояния личности.

Особая важность и трудность проблемы различения нормы и патологии психики обнаруживается в области ранней диагностики психических заболеваний и в области так называемых пограничных состояний. Здесь имеют в ряде случаев известное значение средние статистические величины, подобно характеризующим норму в соматической медицине показателям кровяного давления, пульса, температуры, обмена. В области нервно-психической такими показателями являются скрытый период психомоторных реакций, некоторые качественные и количественные характеристики уровня умственного развития. Эти величины динамичны в том смысле, что они изменяются с изменением условий. Кроме того, варьируя в разные моменты у одного и того же индивида, они в своих колебаниях дают основание для суждения об их нормальности или патологичности.

Нормы времени восприятия также динамичны, как, например, колебания кровяного давления у здоровых. Сложный вопрос о нормах умственного развития имеет значение для оценки здоровья и болезни. Особенно важен этот вопрос в отношении динамики психического развития. Этот процесс сложен и многосторонен. Поэтому умственное развитие определяется по разным показателям, каждый из которых сам по себе имеет относительное значение. Так, одним из ранних показателей умственного развития ребенка является начало речи, которая нормально возникает в конце первого года. Весьма важным показателем является ответ на вопрос, в каком возрасте начаты счетные операции (разумеется в условиях, где ребенок мог выучиться считать). Способность к образованию правильных понятий возникает и развивается в процессе обучения в школе. При этом может обнаружиться быстрый, медленный и патологически замедленный темп, а также качественные нарушения развития. Здесь примерные нормы определяются в связи с возрастом. Что касается вопроса о нормальных и патологических свойствах характера, то для их определения количественные показатели наименее применимы и существенными здесь являются главным образом качественные характеристики, выявляющие нормальные типологические варианты и их крайние отклонения, свидетельствующие о патологии.

В рамках количественных показателей нормы существуют типические варианты, тяготеющие к той или иной крайности. Так, в области психомоторных актов отмечаются более медленные или более быстрые реакции. Эти типы реакций давно отмечены у здоровых. Однако в патологии резкое изменение реакций



в сторону замедления характерно для меланхолического угнетения или для гипотиреоидного притупления и некоторых других патологических состояний. Ускорение реакций само по себе не характеризует патологии, но их ускорение при снижении их качества, т. е. при увеличении числа ошибок, характеризует патологию. Так, в гипоманиакальном состоянии время реакции различения или выбора может превышать обычную быстроту, но количество ошибок при этом велико. При складывании чисел — число сложений в минуту у больных, страдающих возбудимой формой истерии, повышено, но также повышено количество ошибок, при пассивноастенической форме истерии снижено и количество и качество. При психастении количественно продукция низка, а качество ее, за исключением астено-абулических форм, обычно достаточно высокое.

Однако основным в определении патологического состояния личности является нарушение интегральной способности адекватно разрешать жизненные задачи и социально адекватно вести себя. Одну из важнейших задач медицинской психологии составляет выявление особенностей и соотношения в личности разума и чувств.

Чем более сложна поставленная перед личностью задача, тем, разумеется, более возрастают требования к *интеллекту*. В основном, мы понимаем под интеллектом способность субъекта ставить и решать новые задачи. Эта способность отличает интеллект от *инстинкта* как врожденной формы поведения, как системы безусловных рефлексов. Однако решение жизненных задач требует не только достаточного интеллекта, но и волевых и эмоциональных качеств: способности к усилию и стойкости, увлеченности делом, самообладания, уравновешенности, самоконтроля, целеустремленности. Согласованность различных сторон нервно-психической деятельности обеспечивает адекватность реакций жизненным условиям и способность разрешать жизненные задачи. Эта способность иногда у человека односторонне и неправильно определяется только как приспособляемость к требованиям и условиям жизни. Между тем она дает человеку возможность не только приспособляться к среде, но и господствовать над ней. Жизненная адекватность проявляется как в отдельных чертах личности, например, в достаточных интеллектуальных и волевых качествах, так и во взаимоотношении качеств интеллекта, воли, воображения, памяти, эмоции и т. п. Непропорциональность, противоречивость свойств является частным признаком патологических личностей — *психопатов*.

Наука и практика вырабатывают представления о нормальном состоянии как отдельных систем организма и психики, так и организма, психики и личности в целом. Нужно при этом заметить, что понятие нормы психического здоровья это не только биологическое, но и социальное понятие. Поэтому в характери-



стижку психического здоровья входит оценка не только силы, подвижности и уравновешенности нервных процессов, но и способности к волевому усилию и волевой стойкости, динамики интересов, особенностей общения и взаимоотношения с людьми.

Именно учитывая это, можно правильно ориентироваться в сложном вопросе определения и разграничения нормы и патологии личности и поведения человека, что является важной задачей медицинской психологии.

Учение о болезненных изменениях психики и личности в целом — одна из важнейших областей медицинской психологии. Вместе с тем, оно входит в общую часть психиатрии и психопатологии, которая связывает психиатрию с медицинской психологией.

**Медицинская психология и психопатология.** Здесь можно условно разграничить два очень близких понятия, относящиеся к медицине, — *психопатологию*, в основном как раздел психиатрии, и *патопсихологию*, в основном как раздел медицинской психологии.

Психопатология — это общее учение о патологии психики, ее болезненных изменениях, прежде всего выраженных в клинике психозов.

Медицинская же психология изучает главным образом особенности изменения у больных процессов и состояний, присущих и здоровой психике (восприятие, мышление и пр.). Патопсихология, как часть медицинской психологии, это психология человека в связи с его болезнью, изучение психики больного не только в ее болезненных изменениях, но и в сохранных ее сторонах. Патопсихологическое исследование — исследование, наиболее опирающееся на психологическую теорию и психологические методы.

Те или иные изменения психики отмечаются не только при душевных заболеваниях и при неврозах и психопатиях, но и в неврологической клинике и при ряде соматических заболеваний.

Среди вопросов медицинской психологии видное место занимает вопрос об особенностях личности, имеющий существенное значение для возникновения и течения болезни и лечения больного. Такие свойства личности, как бодрость, оптимизм, самообладание, идейная целенаправленность, могут способствовать предотвращению болезни, облегчению и преодолению ее. Психические травмы, психическое напряжение могут ухудшать состояние больного, отрицательно влиять на течение болезни. Это также является предметом исследования медицинской психологии.

Учитывая сказанное, необходимо признать общемедицинское значение медицинской психологии. Это также отличает медицинскую психологию от так называемой патопсихологии, с одной стороны, от психопатологии, с другой. Вместе с тем непра-



вильно было бы недоучитывать близость, а иногда и перекрещиваемость медицинской психологии и психопатологии.

Врачу надо уметь всесторонне обследовать не только организм, но и личность больного. Это умение опирается на большой медико-психологический опыт клиницистов и на психологическую теорию, а не на одно лишь знание соматической стороны болезни.

Врачу любой специальности важно знать особенности личности больного, особенности психики ребенка и пожилого человека. Эти знания устанавливаются рядом дисциплин, в том числе и медицинской психологией.

**Психология и этиология заболеваний.** Роль психологического исследования велика в дифференциальной диагностике ряда заболеваний, в первую очередь в диагностике заболеваний, обусловленных болезненным изменением вещества мозга и *психогенных*, т. е. обусловленных психическими причинами, заболеваний.

При очаговых заболеваниях мозга важнейшее значение имеет проблема локализации очага поражения. Хотя роль психологического исследования при этом несомненна, но обычно психологическая сторона очаговых заболеваний изучалась до последнего времени главным образом невропатологами и психиатрами, что на стадии первоначального накопления фактов удовлетворяло запросы клиники. Сейчас же проблема локализации очага в мозгу и тесно связанная с этим проблема его влияния на функциональные системы все больше изучается с привлечением психологических знаний, психологических методов исследования. Соответствующий раздел медицинской психологии некоторые авторы обозначают как *невропсихологию*.

Другой крупный теоретический вопрос, имеющий и большое практическое значение, это вопрос о соотношении психики и организма. Эта важная проблема в капиталистических странах разрабатывается представителями так называемого *психосоматического направления* в медицине. Но это направление основывается на псевдонаучных положениях фрейдизма, требующих критического преодоления.

Наша медицинская психология должна сыграть большую роль в развитии материалистического учения о психосоматических отношениях. Сюда входят вопросы о влиянии психики на организм и отдельные органы и о влиянии нарушений в различных органах на мозг и психику. При заболеваниях отдельных органов нередко возникают некоторые изменения психики. Так, например, изменение деятельности мозга часто наступает при болезнях щитовидной железы, вплоть до развития психоза, который в таком случае называется *тиреотоксическим*. Изменение психики при этом представляется вторичным, т. е. последствием



первичного изменения организма, влиянием этого изменения на мозг.

Болезненное состояние мозга может вызываться не только нарушением деятельности органов внутренней секреции, как, например, щитовидной железы, околощитовидных желез, надпочечников, гипофиза, но и других органов — сердца, почек, печени, желудка и кишечника. Их заболевания могут повлечь за собой изменения функционального состояния мозга и расстройства психической деятельности, которые в таких случаях называются *соматогенными*, или *соматогениями*. Соматогения нередко выражается незначительными психическими изменениями, больше относящимися к сфере психологии, чем психопатологии.

С другой стороны, психические потрясения, иначе называемые психическими травмами, психические перенапряжения, разочарования в жизни, потеря близких и цели в жизни в результате тех или иных неблагоприятно сложившихся обстоятельств могут явиться болезнетворными или патогенными моментами. В таких случаях психические переживания играют роль причины, вызывающей болезненное психическое, а также и физическое (соматическое) состояние.

Эти психические причины многообразны. Наиболее значимыми и частыми являются отрицательные эмоции, связанные с нарушенными взаимоотношениями людей. Например, враждебные взаимоотношения, обусловленные ими действия, такие, как оскорбление, физическое и моральное насилие, моральные конфликты, издевательство над человеком, травля его, порождают эмоциональные состояния гнева, страха, угнетения, возмущения и т. д. Объективно — это иногда случайно сложившиеся обстоятельства: например, смерть близкого, потеря работы или положения, утрата имущества, там, где оно играет важную роль, увечье, особенно там, где оно создает серьезную угрозу существованию. Все это представляет обстоятельства, в которых значительную или главную роль играет тяжелое переживание, которое может стать причиной болезни, называемой психогенной, или *психогенией*.

В возникновении при этом психических расстройств играют роль не только внешние обстоятельства, но и в единстве с ними внутренние, субъективные условия. Внешние условия при этом прежде всего и главным образом социальные, зависящие от них конкретные жизненные обстоятельства, а также и определяемые ими физиологические условия. Не останавливаясь здесь детально на соотношении социального и физиологического, укажем лишь, что условия жизни и питания, продолжительность жизни, распространенность инфекционных заболеваний в огромной степени социально обусловлены. Изменение социальных условий влечет за собой изменения физиологического и биологического порядка.



Внутренние причины — это особенности организма и личности заболевшего. Особенности организма — это общая конституция и состояние отдельных органов. Индивидуальное соматическое состояние является сложным продуктом врожденных и приобретенных в истории жизни влияний. Внутренние причины переживаний, в том числе болезнетворных, психотравмирующих переживаний, вытекают из особенностей личности, характера ее реакций, ее отношения к окружающему. У человека, повышенно впечатлительного, «сензитивного» при прочих равных условиях болезненные переживания вызываются не только особо тягостными обстоятельствами жизни, но и не особенно жизненно важными для него факторами.

Таким образом, задача медицинской психологии в этиологическом плане заключается в изучении психологическими методами болезнетворных для психики особенностей условий жизни и деятельности человека, особенностей его организма и мозга, а также в изучении особенностей личности, предотвращающих заболевание или предрасполагающих к нему.

Роль соматических и психических моментов в возникновении болезненных психических и телесных изменений у человека различна. Они различно соотносятся в одновременности и последовательности. Так, может быть «чисто» психогенное заболевание, например, психогенная депрессия, вызванная утратой близкого лица. Неврозы, например, невроз навязчивости, истерия и другие, являются в своей основе психически обусловленными, т. е. психогенными. Психогенным путем могут возникать и соматические страдания — расстройства деятельности внутренних и эндокринных органов, кожные заболевания, температурные, трофические и другие нарушения. Возможна и комбинация «чисто» соматического заболевания, например острой инфекции, с психогенным заболеванием, нередко переплетение психогенных и соматических факторов создает «порочный круг», вернее, «порочную спираль», например, когда в трудных условиях возникает психическое перенапряжение, это перенапряжение вызывает *гипертоническую болезнь*, последняя ухудшает состояние нервной системы, что, в свою очередь, усиливает перенапряжение, и так далее.

Раскрытие психогенеза болезненного состояния, особенно в случаях длительно и исподволь развивающегося заболевания, представляется нередко весьма сложной задачей. Врачу приходится изучать историю развития личности, выяснять связи между свойствами личности и обстоятельствами жизни, зависимость патогенного действия тех или иных обстоятельств жизни от особенностей характера больного. Таким образом, медико-психологическими проблемами здесь являются ход развития психически обусловленной или осложненной болезни, взаимодействие



психического и соматического в процессе развития болезни, особенности личности, включая особенности характера, как до болезни, так и в болезненном состоянии, установление связи между особенностями болезненной психической картины и особенностями личности. Здесь медицинская психология также не только использует данные нормальной психологии для медицинских целей, но сама служит сравнительно-патологическим методом для решения ряда психологических проблем.

**Медицинская психология и вопросы лечения.** Психологическое является не только фактом проявления жизни, но и активным фактором, который постоянно играет важную роль в лечении, предупреждении болезней и гигиене. Нет надобности говорить о том, что воздействие на организм может и вызывать и излечивать психические болезни. Стоит лишь вспомнить о действии ядов на психику и о чудесном эффекте современных, так называемых *психотропных* средств, которые в ряде случаев возбуждения или угнетения человека на время их действия делают его практически здоровым или почти здоровым.

Признание активности психики и заставило уже давно искать в психике пути и средства лечения. Повседневный опыт и научно-клинические исследования показывают, что психика действительно может служить могучим источником целебного действия. *Психотерапия* — лечение методами воздействия на психику больного — играет в ряде случаев огромную роль. Поскольку задачей психотерапии является воздействие на психику и через психику, она требует вооружения лечащего врача умением правильно оценить психическое состояние, психические особенности и возможности больного, воздействовать сообразно этому на него с учетом особенностей его состояния.

Это касается не только психиатров и специалистов-психотерапевтов, но и врачей всех специальностей. Крупнейшие врачи древнейших времен и нашего века неоднократно указывали на роль психики в возникновении, течении и лечении болезни.

Из замечательных отечественных деятелей медицины можно указать в связи с этим на М. Я. Мудрова, С. П. Боткина, В. А. Манассеина и ряд других. С. П. Боткин, подчеркивая роль психики, писал о «психо-клинических параллелях». Он явился основателем того направления в медицине, которое И. П. Павлов назвал «нервизмом». Под явным влиянием И. М. Сеченова в сотрудничестве с И. П. Павловым С. П. Боткин показал зависимость состояния внутренних органов человека от головного мозга. И. П. Павлов, критикуя дефекты субъективной идеалистической психологии, подчеркивал значение психологического подхода, говоря о том, что прежде, чем физиологически объяснить, надо психологически понять больного. Видный отечественный клиницист Р. А. Лурия показал значение «внутренней кар-



тины болезни», т. е. отражения болезни в переживаниях больного.

Признание значения экспериментально-психологического исследования в клинике вызвало создание экспериментально-психологических лабораторий в различных институтах и клиниках.

Нет надобности доказывать, что для влияния на психику больного надо обладать и общими психологическими знаниями и специальным знанием особенностей психики больного и приемов лечебного психического воздействия.

Задачи психотерапевтического воздействия встают не только перед врачом-психиатром. Каждый врач в повседневной практике влияет на больного и многое в лечении зависит от того, насколько врач знает психику больного, владеет приемами психического воздействия. Врач ведет больного, это значит, что он не только регистрирует течение болезни, делает назначения, но и взаимодействует с больным, воздействует и психотерапевтически руководит им, успокаивает, ободряет, переубеждает, а это требует со стороны врача психологической наблюдательности. Разумеется роль психологической стороны изменяется в зависимости от характера заболевания и особенностей личности больного, различных форм его реакции на болезнь и на условия, в которых она протекает. Отношение больного к врачу — доверие, уважение, любовь, — являются важнейшим условием эффективности лечебного процесса.

**Психофармакология.** В последнее время в связи с огромным развитием фармакологии возникла область *психофармакологии*, т. е. учения о веществах, особенно заметно воздействующих на нервную систему и психику. Психофармакология — комплексная наука. Если одной ее стороной является изучение биохимической структуры различных «психотропных» веществ, то другой является выяснение особенностей психических изменений, наступающих под влиянием этих веществ. Для этого недостаточно клинического наблюдения, необходимо экспериментально-психологическое исследование. На этот путь объединения химии, клиники и психологии все более становятся психофармакологические исследования. Эти исследования приобретают огромное практическое, но и не меньшее теоретическое значение, помогая выявлению химической основы мозговой деятельности.

**Психология и профилактика.** Задачи советского здравоохранения, как известно, заключаются не только в лечении, но прежде всего в предупреждении заболеваний. Психологическая сторона профилактики, так называемая *психопрофилактика*, опирается на медицинскую психологию. Известная старинная латинская поговорка «в здоровом теле здоровый дух» отражает профилактическую и гигиеническую роль физического укрепления организма. Однако ее следует дополнить достаточно широким опытом человечества, свидетельствующим, что героически



стойкий дух может обеспечить человеку способность совершать великие дела, преодолевая слабость и болезни тела.

Признание этой важной роли психики несколько не подкрепляет мистико-идеалистическую психологию, а говорит, что психика, обусловленная материей мозга и сформированная определенным общественным опытом, является вместе с тем мощным фактором регуляции поведения человека и состояния его организма.

Общественная профилактика, как система массовых общественных мероприятий, включает и воздействие на отдельного человека, формирование его личности и психики; но наряду с этим существует индивидуальная психическая профилактика (психопрофилактика), которая направляет деятельность отдельного человека, воспитывая его, формируя идеи и реакции на действительность, повышая его моральную стойкость.

**Психогигиена.** Венцом медицины является гигиена, психологический раздел которой называется *психогигиеной*. Психогигиена как система знаний о роли психики в укреплении здоровья имеет значительное распространение в капиталистических странах, где она преимущественно изучается с идеалистических, и в меньшей степени, с механистических позиций. В условиях социалистического общества, строящего коммунизм, заключены огромные оздоровительные возможности. В этих условиях формируются новые положительные черты здоровой личности.

Из признания психики мощным регулирующим биодинамику фактором вытекают задачи укрепления организма и психики человека. Эта работа важна как для отдельного индивида, так и для целых коллективов.

Сразу же после Октябрьской революции в СССР началось изучение различных форм умственного и физического труда. В этом изучении значительную роль играли психофизиологические и медико-психологические методы. По мере возникновения новых форм труда на них также распространялись эти исследования. Так, в настоящее время с возникновением космонавтики психофизиологическое и психогигиеническое исследование направлено на изучение особых условий труда и состояния космонавтов в космическом пространстве. В этом направлении психология и психогигиена достигли значительных успехов. Усиление аналогичной работы требуется и на промышленных предприятиях в связи с ростом механизации и автоматизации производства. Вопросы психогигиены и психопрофилактики сближают медицинскую психологию с вопросами, разрабатываемыми в космической медицине и в инженерной психологии. Нельзя не отметить связь медицинской психологии с вопросами научной организации труда. Большое значение должна приобрести медицинская психология в разработке проблемы «кибернетика и медицина».



**Психология и теория медицины.** Поскольку психика человека это не только продукт биологического, но и общественно-исторического развития, в медицине необходим учет роли психики, а также углубленное изучение личности человека, его жизненного опыта, взаимоотношения с окружающими и формирующими личность общественно обусловленными обстоятельствами.

Огромное развитие у нас получила физиология высшей нервной деятельности, на нее опирается как на свою естественнонаучную основу психология вообще и в частности медицинская психология. И. П. Павлов хорошо понимал значение психологии для врача, и особенно для психиатра, он указывал, что «...психиатру непременно необходимо быть психологом, хотя бы эмпирическим. Я бы сказал так: тогда он будет в более выгодном положении, чем наши психиатры, вооруженные условными рефлексами, но без психологии эмпирической»<sup>1</sup>. Однако развитие физиологии высшей нервной деятельности человека происходило односторонне вследствие ее недостаточной связи с психологией и особенно с медицинской психологией, тесно связанной с проблемами естествознания. Сближение физиологии высшей нервной деятельности с психологией на общей и единой философской основе диалектического материализма должно содействовать наиболее полному и всестороннему познанию человека. И. М. Сеченов говорил, что его «всегда страшно удивляло во время студенчества отсутствие психологии в медицинских школах»<sup>2</sup>. В конце жизни он писал, что мечтал написать медицинскую психологию как свою лебединую песню. Материалистический монизм в понимании психофизической проблемы требует изучения не только тела, но и психики, и именно медицина является той областью, в которой это двуединое изучение может быть особенно успешным. Значение медицинской психологии здесь весьма велико.

Развитие представляет сущность диалектики. Развитие человека, как известно, социально и исторически обусловлено. Общественно-историческими условиями определяется индивидуальная психика человека и ее физиологическая основа.

Важным моментом диалектико-материалистического исследования является изучение развития психики. Медицинская психология в соответствии с этим должна освещать вопросы соотношения нормального и патологического развития мозга и психики, эволюции и инволюции болезненного процесса и его проявлений в психике. Изучение материи в ее развитии на высшей человеческой ступени, характеризуемой сознательной психикой, теснейшим образом связано с научной разработкой медико-психологического опыта.

---

<sup>1</sup> Павловские среды, т. II, 1955, стр. 415.

<sup>2</sup> Х. С. Коштоянц. Сеченов. М. — Л., 1945, стр. 84.



Философское положение о психике и сознании как функции мозга опирается на все растущее познание соотношения мозга и психики. Но ни педагог, ни инженер, ни юрист, ни литератор, для деятельности которых важны разные стороны психики человека, не обладают фактами психологического и физиологического опыта. Ими обладают только медицинские работники. Только врачу доступно изучение организма, мозга и психики в их единстве, в норме и в патологии. Поэтому опыт медицинской психологии исключительно важен для дальнейшей разработки проблемы материалистического монизма.

Нельзя, наконец, не коснуться важной философской проблемы — этики. Нравственная сторона поведения и переживаний каждого индивида формируется его общественной практикой, опираясь на его нервно-психическую деятельность, т. е. на мозг и его функции. Но нравственные требования как идейно-общественный продукт усваиваются и реализуются при определенных качествах мозга и психики. Моральное недоразвитие или регресс могут быть связаны не только с неблагоприятными социальными условиями, но и с болезненным нарушением мозга и психики или с дефектами их развития. Соответствующие данные становятся достоянием науки и философского обобщения в большой мере через врачебный опыт. Таким образом, в сравнительно-патологическом плане материалистическое решение вопросов индивидуальной нравственности также имеет своим существенным источником данные медико-психологического исследования.

Советская медицинская психология развивается на основе марксистско-ленинской методологии, в борьбе с ложными теоретическими воззрениями. Она является важным разделом идеологической борьбы. Только глубокое изучение вопросов действительности и рассмотрение фактов жизни с позиций диалектического материализма является подлинной гарантией развития истинной науки и ее воздействия на практику в области медицинской психологии.

Медицинская психология — это растущая дисциплина. У нас в стране ей обеспечиваются широкие возможности развития.

**Подготовка кадров.** Медицинская наука не только изучает болезни и способы борьбы с ними, она непрерывно участвует в подготовке кадров ученых и медицинских работников, развивающих ее, лечащих и предупреждающих болезни. Поэтому и в подготовке врачей не только в образовании, но и в воспитании их велико значение медицинской психологии. Всякое заболевание, как психическое, так и соматическое, отражается на психике; в борьбе со всяким заболеванием психика играет большую или меньшую роль. Поэтому каждый врач должен быть в известной мере психологом. Гуманнейшая профессия врача требует знания не только тела, но и психики больного. Без этого знания (т. е. знания основ медицинской психологии) врач в ряде



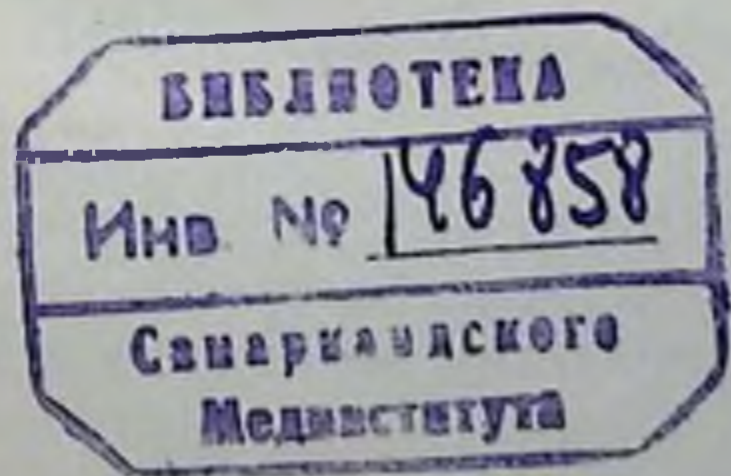
случаев оказывается беспомощным в распознавании болезни, ее причин и в ее лечении. Гуманное отношение к больному требует знания больного, предполагает интерес и сочувствие к нему.

Медицинская *деонтология*, т. е. система правил поведения врача в отношении к больному обосновывается в значительной мере психологией. Отсюда вытекает необходимость включения медицинской психологии в план обязательного преподавания в медицинских вузах. Подлинно гуманная медицина — советская медицина должна обеспечить в подготовке врача знание не только тела больного, но и его личности.

Еще в первые годы формирования советской медицины один из виднейших наших физиологов В. Я. Данилевский указывал, что введение преподавания в медицинских институтах психологии весьма важно не только для психиатров и невропатологов, но также и для терапевтов, гинекологов, школьных врачей.

Задачи подготовки врачей в области медицинской психологии требуют расширения публикаций в этой области науки.

В капиталистических странах написано много книг по медицинской психологии. Было бы вредной ошибкой недооценивать большой фактический материал, приведенный в этих трудах. Поэтому требуется строгое размежевание, с одной стороны, неприемлемых теорий и вытекающих из них методов, и, с другой — истинных и значимых фактов, которые могут быть использованы нашей медицинской психологией.





## КРАТКИЙ ОЧЕРК ИСТОРИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

**Примитивные представления о психике в связи с болезнями.** Человек в борьбе с болезнями издавна совершенствовал свое понимание их сущности, причин и средств борьбы с ними. Но в то время как в области соматических заболеваний еще в глубокой древности стали мало-помалу накапливаться реальные факты, в вопросах, связанных с проблемой психической деятельности, долгое время человечество оставалось во власти наивных фантастических, ненаучных представлений, суеверий и религиозных предрассудков.

Представления о психических заболеваниях встречаются еще в фольклоре и легендах, в мифических древних сказаниях. В основе их лежит мысль о том, что эти заболевания являются следствием овладения духа человека нечистой силой, бесом и т. п. Колдуны, шаманы, жрецы у отставших в историческом развитии народов Азии и Африки и еще недавно Европы демонстрируют приемы лечения и мистически объясняют исцеление.

Понятие о душевной болезни как одержимости человека демоном или бесом (демонология), зародившееся в глубокой древности, дожило до нашего времени.

Вопрос о природе психики и психических болезней привлекал внимание ученых еще древнего мира, главным образом философов. Мы встречаемся с представлением о связи психических явлений с мозгом у Алкмеона, с зачатком гуморализма в понимании связи психики и тела у Гиппскрата. Но ученые древности не могли преодолеть основной тенденции отщепления душевных болезней от всей области медицины.

**Средневековая медицина и психология:** В мрачный период средневековья особенно отчетливо господствовало демонологическое понимание безумия как формы сочетания болезни с одержимостью дьяволом. Под влиянием астрологии возникло пред-



ставление о том, что созвездия влияют на течение болезни. Медицина была сосредоточена в руках монахов, полузнахарей, полуврачей. Многие больные, особенно страдающие припадками, и душевнобольные, лечились заклинаниями — «экзорцизмами».

Одновременно в отдельных местах развивалось учение Гипократа, Галена и других классиков древней медицины. В целях ограждения окружающих от душевнобольных их родственников обязывали наблюдать за ними и отвечать за ущерб, ими наносимый. Больные, представляющие опасность, содержались в тюрьмах и в тюремного типа учреждениях, некоторые в цепях.

В литературе середины XV в. встречается указание Д. Савонаролы на то, что к душевнобольным применялось сечение розгами до крови, их кололи иглами и шипами, покрывали тело горчичниками. Подозреваемых в бесоодержимости подвергали зверским пыткам и этим добивались у них признания о связи с дьяволом. Сторонники «святой инквизиции» были основными виновниками эпидемии бесоодержимости. В 1571 г. один священник заявил, что во Франции имеется не меньше 300 тысяч колдунов и ведьм.

В XVI в. даже видные врачи того времени допускали возможность бесоодержимости (Frennel, 1497—1558; Ragé, 1517—1590; Ragacels) и указывали на необходимость дифференциации душевных болезней и бесоодержимости. Но в это время уже началась борьба (Агриппа, Weier, Kardan) с демонологическими идеями.

В XVI в. Италия была уже свободна от демонологического понимания душевных болезней, еще распространенного в Средней Европе. Душевную болезнь стали рассматривать как результат изменения мозга под влиянием каких-то токсических веществ. Мерсиа́л (1536—1606) принадлежит мысль о том, что меланхолия, наступающая чаще от соматических причин, может возникать и под влиянием несчастий. Он же отмечал при этом роль тяжелых условий и дурного обращения в детстве, уродующих человеческий характер.

В том же столетии знаменитый врач и ученый Plater разработал первую классификацию психических расстройств по этиологическим моментам, учитывая роль наследственности, эндогенных и экзогенных факторов. Впервые описываются им навязчивые состояния и уделяется много внимания пограничным состояниям; психогенные расстройства обозначаются как «сотрясения духа».

XVII в., век Декарта, характеризуется возникновением понятий о рефлексе, материалистическим направлением философии Гоббса, материалистическим эмпиризмом Локка. В основу науки кладется не умозрение, а опыт. Идеи детерминизма овладевают естествознанием, начинают проникать и в медицину.



Лериа полагал, что истерия связана с нарушением деятельности мозга и указывает на роль эмоций в происхождении этой болезни. Он решительно подчеркнул, что истерия встречается не только у женщин, но и у мужчин.

Хотя в это время еще иногда обнаруживаются рецидивы демонологии, но они становятся все реже и реже. Знаменитый врач и химик Геррегт установил семь форм меланхолии, но вместе с тем допускал, что при некоторых формах мании люди благодаря влиянию дьявола говорят на иностранных языках, которых раньше не знали.

Van Gelmont указал на роль сильных потрясений в развитии душевных заболеваний. Он в связи с этим рекомендовал лечить психозы погружением больных в холодную воду.

Крупный анатом Deleboë, он же Сильвий (1614—1670), выдвинул формулу «кто не умеет лечить болезни ума, тот не врач». Он сообщал о большом числе случаев излечения душевнобольных с помощью морального воздействия.

Другому выдающемуся анатому Вилизию (1621—1675) принадлежит первое ясное описание прогрессивного паралича. Он был основоположником теории локализации психических функций в мозгу и неврологического направления в психиатрии. Автор первой патологоанатомической монографии Bonet был вместе с тем сторонником лечения душевных болезней «диалектикой». Он касался и вопросов психологии, рекомендуя самообладание и умеренность.

Одним из средств лечения душевных болезней того времени было разубеждение и создание таких инсценировок, которые, по мнению авторов, могли вызвать исправление болезненных идей у больных. Lusitanus в книге «*Practica animanda*» («Одушевляющая практика») описывает ряд подобных случаев. Так, больному, страдавшему идеями греховности, подсылали человека, одетого ангелом, который отпускал больному грехи. Конечно, отсутствие этиопатогенетических знаний делало попытки разработки вопросов психиатрии и медицинской психологии наивными и малопродуктивными, но отмечавшаяся при этом психотерапевтическая активность врачей заслуживает внимания, поскольку они предполагали роль психогенных моментов в патогенезе психоза.

В XVII в., особенно в трудах разностороннего ученого Захиаса (1584—1659) зарождается судебная психопатология и экспертиза, что дало большой и важный для медицинской психологии материал.

В XVIII в. великий реформатор психиатрической помощи во Франции Pinel в своем «Трактате о душевных болезнях» выдвинул положение о том, что психиатрической больницей должны руководить: врач, администратор и психолог, причем ему представлялось наиболее желательным объединение в одном лице



врачебной и психологической компетенции. Как известно, Pinel освободил душевнобольных от цепей. Немного ранее в Англии принцип гуманного отношения к душевнобольным был реализован в реформе психиатрической больницы Tuke. Но наиболее полное осуществление идеи гуманного обращения с душевнобольными нашли в системе нестеснения (O'Connell), которая до настоящего времени еще далеко не всюду реализована, несмотря на принципиальное ее признание. Конечно, изучение расстройств психики и ее восстановления могло получить реальную почву только с того момента, когда варварские перевозбуждающие, раздражающие и подавляющие больных условия и воздействия были устранены.

**Медицинская психология в XIX и начале XX веков.** История медицинской психологии тесно связана с развитием медицинской науки, в первую очередь психиатрии, психологических исследований и с накоплением знаний о мозге.

В XIX столетии публикуется ряд работ, положивших начало формированию медицинской психологии как самостоятельной ветви науки.

В 1818 г. знаменитый врач и анатом Reil опубликовал исследование, которое называлось «Рапсодии о психических методах лечения душевных потрясений». Основное значение этого труда для медицинской психологии заключалось в применении своеобразных методов психотерапии. Reil принадлежит также ряд работ по проблеме «медицина и воспитание». В 1834 г. известный невролог Fgidgeich опубликовал «Систематический указатель литературы по врачебной и судебной психологии». В разделе, посвященном врачебной психологии, содержится 3469 названий работ, в различных планах освещающих проблемы психологии, психопатологии, психиатрии и психотерапии.

В формировании медицинской психологии нашла яркое выражение борьба идеалистического и материалистического направлений в медицине. Представители первого направления получили название «психиков», второго — «соматиков». Борьба психиков и соматиков закончилась победой соматиков, признанием естествознания единственной основой медицины. Однако первоначально это была победа механистического материализма. В отличие от «соматиков» «психики» усиленно пропагандировали, изобретали и применяли терапию, якобы положительно воздействующую на психику больного и формирующую у него прежде всего дисциплинированность и уважение к авторитету медицинского персонала. К этим воздействиям относятся механотерапия в виде вращающегося полого колеса «настоящего суррогата цепи и плетки» (Schnizer), привязывания к креслу и кровати, деревянной маски, или гидротерапия в форме внезапного сбрасывания больного с высоты в бассейн или поливания головы мощной струей воды. Эти жестокие, потрясающие процедуры



могли только ухудшить состояние больного, но не облегчить его.

Особенно развивали идеи «психиков» в первой половине прошлого века Heinroth, Ideler. Для этой группы психиатров было характерно ненаучное, идеалистическое «психологизирование» (игнорирование организма) в рассмотрении психических болезней. Психическая болезнь рассматривалась здесь как выражение и результат «борьбы страстей» (Ideler).

Крайним представителем школы соматиков был Jacobi. Значительная роль в преодолении ошибок этих двух направлений принадлежит Grisinger, который решительно осудил «поэтические» представления в психиатрии, отстаивал введение психиатрии в русло единой медицинской науки и несколько продвинулся к физиологическому пониманию мозга как органа психики.

Интерес ученых к психике нормального человека, соматического и психически больного в XIX столетии непрерывно возрастает. В середине столетия появляется «Медицинская психология» Lotze, а в 70-х годах выходит книга D. H. Tuke под названием «Психологическая медицина». Но эти книги представляли собой в большей степени очерки современной авторам психиатрии и истории ее развития, нежели собственно медицинской психологии. В XX в. появляется ряд монографий, более правильно освещающих предмет медицинской психологии. В 1908 г. Witmer, профессор университета в Пенсильвании, стал издавать «*Psychological clinic*».

Некоторые направления развития психотерапии конца XIX и начала XX вв. имели важное значение для формирования медицинской психологии.

В середине XIX в. возник месмеризм — учение о «животном магнетизме». Это учение, создателем которого является Mesmer, явилось первой попыткой обоснования гипнотических явлений. Факты гипноза были описаны также аббатом Faга и хирургом Braid. Последний немногим позже Mesmer независимо от концепции животного магнетизма опубликовал исследования о гипнозе. Более глубокое понимание гипнотизма получил в клинике Charcot в Сальпетриере, крупнейшей психиатрической больнице Парижа. Charcot связывал истерическое состояние с гипнотическим и полагал, что в основе того и другого лежит особое физиологическое состояние.

Bernheim, современник Charcot, развивая идеи и опыт врача Liebaull, стоял на точке зрения психологического понимания гипноза и внушения.

Факты внушения и гипноза привлекли широкое внимание науки и общества, появилось значительное количество исследований. Хотя опыт гипноза использовался и шарлатанами, но в результате большого внимания к нему был собран огромный материал, который в настоящее время с развитием неврологии,



физиологии и психологии представляет область очень интересную и ценную для понимания нейрофизиологии человека и медицинской психологии. Большой интерес в этом отношении представляют работы Janet, посвященные неврозам и медицинской психологии, работы Рпинсе по проблеме подсознательного. Эти работы основывались на значительном экспериментальном материале, добытом при исследовании в гипнотическом состоянии у лиц, страдающих неврозами. Janet принадлежит написанная уже в XX в. книга «Медицинская психология», в которой он подытожил свой большой клинический и психотерапевтический опыт. Janet и другие авторы описали особые состояния, которые назывались раздвоением сознания, двойной личностью или деперсонализацией.

С конца XIX и начала XX в. начало формироваться особое направление, которое исходило первоначально из опыта лечения истерических состояний, описанного Брейером и Фрейдом. Последний явился главой этого направления и основателем учения о *психоанализе*. Это учение вначале касалось преимущественно клиники неврозов, психологического анализа невротических проявлений и их психотерапии, а затем было перенесено и на изучение здорового человека. Сам Фрейд отмечал, что он оперирует рядом недоказуемых положений, что его учение не может быть основано ни на физиологии, ни на научной психологии. Именно в связи с этим он назвал развиваемое им психологическое учение *метапсихологией*, т. е. находящимся за пределами психологии. Идеи Фрейда и его последователей приобрели широкое распространение во всех капиталистических странах, привлекли много пламенных последователей и создали нечто вроде наукообразной религии. Однако психоанализ был подвергнут очень серьезной критике, как у нас, так и за рубежом. Одна из ранних критических работ о Фрейде и фрейдизме принадлежит Blondel. Вместе с тем за рубежом фрейдизм приобрел многочисленных последователей. Фрейд и его последователи не понимали и неправильно понимают социально-историческую природу развития человека, резко снижают роль разума и сознания в психике, выдвигают на первый план врожденные формы психической деятельности, особенно сексуальную сторону жизни человека, совершенно неправильно ими понимаемую.

Только формирование психологии и медицины на основе философии диалектического материализма и развитие физиологии высшей нервной деятельности позволили глубоко вскрыть ошибки психоанализа и показать его ненаучные и реакционные тенденции.

Следует, однако, заметить, что уже среди учеников и первоначальных последователей Фрейда были видные психотерапевты и медицинские психологи, впоследствии частично разошедшиеся с ним во взглядах. Так, Adler (создатель направления «индиви-



дуальная психология») противопоставил учению Фрейда иное понимание механизмов неврозов. Adler можно назвать первым антифрейдистом в школе Фрейда. Хотя выдвинутые им положения не являются материалистическими и неправильно освещают социальную природу человека, тем не менее именно Adler первый выдвинул возражения против сексуальной теории Фрейда и подчеркнул значение «социального чувства». Ученик Фрейда Jung в рамках психоанализа разработал вопросы так называемой «аналитической психологии».

Несмотря на эту критику, идеи психоанализа Фрейда находили крупных последователей и проникли в многие новые области науки и практики. В плане медицинской психологии следует упомянуть крупного австрийского невролога Schilder, написавшего «Медицинскую психологию» с позиции психоанализа, и Alexander — основателя теории психосоматической медицины.

Под давлением теоретической критики и практического опыта сторонники психоанализа меняли свои позиции, преимущественно в частных вопросах. Возник неофрейдизм, отошедший и от фрейдовского понимания определяющей роли сексуального инстинкта и его теории бессознательного. Однако, критикуя эти основные положения психоанализа, неофрейдисты не стали антифрейдистами, так как сохранили в основном терминологию и понятия Фрейда. Выдвинув принцип культурной обусловленности человека, они не сумели опереться на единственно правильную историко-материалистическую теорию развития личности и остались по существу на психобиологических позициях.

В 20-х годах нашего столетия ряд публикаций принадлежит крупному психиатру Kretschmer, который, помимо специальных психиатрических работ, имеющих и большое медико-психологическое значение, опубликовал книгу «Медицинская психология», явившуюся в собственном смысле слова уже попыткой выделения самостоятельного раздела науки, освещающей аномалии психической жизни, но не трактующей проблем собственно психиатрического характера. Kretschmer является представителем конституционально-биологического направления в психиатрии и в медицинской психологии. Переоценивая роль врожденных конституциональных факторов, он крайне недооценивает и неправильно понимает значение социальных условий формирования личности.

В период с 20-х годов нашего столетия за рубежом появилось множество статей, а также ряд монографий, посвященных медицинской психологии (монографии Delay и Pichot, Destunis, Wiesenhütter, Noioes и др.).

**Формирование материалистической медицинской психологии.** Развитие естествознания сопровождалось значительными успе-



хами в нейрофизиологии. Крупнейший физиолог второй половины XIX в. И. М. Сеченов осветил психические явления с точки зрения рефлекторной теории и явился не только основателем отечественной нейрофизиологии, но и основателем материалистической психологии.

Наш знаменитый нейроморфолог, нейрофизиолог, невропатолог, психолог и психиатр В. М. Бехтерев, опираясь на учение И. М. Сеченова, развил и построил «объективную психологию». Он указал, что И. М. Сеченову принадлежит заслуга объективного изучения психической деятельности и объяснения этой деятельности в свете учения о рефлексах. Рефлекторная теория стала прочной основой понимания как нормальных, так и патологических психических явлений. Научное развитие медицинской психологии опирается на эту теорию.

В формировании материалистической медицинской психологии большую роль сыграли труды, освещавшие работу головного мозга как органа психики. Но на этом пути имели место и заблуждения, как, например, ложное учение Gall — френология, пытавшееся связать особенности психики, и в частности способности и склонности, с выпуклостями («шишками») на черепе, свидетельствовавшими якобы о развитии лежащих под ними частей мозга. Псевдонаучность этой теории вскоре была убедительно показана многими авторами (у нас Н. А. Добролюбовым). Подход к решению проблемы связи мозга и психических свойств, проблемы так называемой локализации функций мозга, стали искать на пути клинко-психоневрологических исследований. Большое значение имело открытие Брока так называемого двигательного центра речи, Вернике «сензорного центра речи», возникновение учения об апраксии (Lipps) и агнозиях, клинко-биологические концепции Jackson, Head, Монаков, Goldstein. Росту знаний в области физиологии и морфологии мозга способствовал и опыт первой мировой войны. Учение о проводящих путях мозга (Flechsig, В. М. Бехтерев), изучение архитектоники (цитоархитектоники) серого вещества мозга (Brodman и Focht, Есопомо и Koskinas), работы ленинградского (В. М. Бехтерев, Л. Я. Пинес и др.) и московского (С. А. Саркисов, И. Н. Филимонов, Г. И. Поляков и др.) институтов мозга создали естественнонаучные предпосылки развития учения о мозге как материальной основе психики.

Учение И. П. Павлова о высшей нервной деятельности явилось новым и важнейшим этапом на этом пути. Работы И. П. Павлова не только осветили закономерности процессов высшей нервной деятельности животных и человека, но и создали основу для объединения различных разделов науки о мозге, его морфологии, биохимии, электрофизиологии. Оно явилось подлинно научной базой психологии вообще и медицинской психологии в частности.



Возникшее в начале XX в. учение о вегетативной нервной системе и ее особенностях (Langley, Hess) было дополнено открытием медиаторов, были выяснены соотношения основных компонентов вегетативной нервной системы — симпатического или адренергического и парасимпатического или холинергического. В связи с получившей с этого времени развитие эндокринологией появилось учение о конституционально-эндокринных типах (Pende, Н. А. Белов). Изучение этой проблемы привело к установлению положения о центральной регуляции вегетативной нервной системы и диэнцефальной области. Накопление материала о функциях подкорковых образований позволило И. П. Павлову на основе опытов Л. А. Орбели сформулировать положение о тонизирующем влиянии подкорковой области на кору головного мозга.

В самое последнее время исследования функций подкорковой области ознаменовались новыми этапами. Заметное место среди них заняли работы Selye об общем синдроме адаптации, открытие роли ретикулярной формации (Megoun и Moguzzi, П. К. Анохин и др.), работы Пенфилда о центрo-энцефалической системе, экспериментальные исследования биотоков мозга с вживленными электродами и самораздражением, проливающие свет на механизм эмоциональных реакций. Несмотря на ошибочность некоторых теоретических обобщений авторов этих исследований, добытые ими факты имеют большое клинико-патофизиологическое значение. Они позволили основательнее понять природу нормальных и патологических состояний мозга.

Существенным моментом в развитии медицинской психологии явилось возникновение лабораторий экспериментальной психологии при клинических психоневрологических учреждениях. В России первые экспериментально-психологические лаборатории были открыты при кафедрах психиатрии В. М. Бехтеревым, С. С. Корсаковым (А. А. Токарский), Н. А. Бернштейном, на кафедре невропатологии — Г. И. Россолимо.

Психология в Советском Союзе после Великой Октябрьской социалистической революции была перестроена на основах исторического и диалектического материализма и опирается на естественнонаучные данные физиологии, особенно нейрофизиологии. При перестройке общей психологии специалисты касались также вопросов медицинской психологии. Упомянем А. П. Нечаева, П. П. Блонского и особенно Л. С. Выготского, работы которого по психологии мышления при шизофрении, а также по расстройствам развития получили широкое признание как в психиатрии, так и в психологии.

Существенным источником развития медицинской психологии является детская психиатрия и врачебная педагогика (Heller, Stromayer, Homburger, Zilhen, Binet, Wallon).



Детская психиатрия в трудах профессоров А. С. Грибоедова, В. П. Кашенко, Г. Е. Сухаревой, Т. П. Симсон, Н. И. Озерецкого, С. С. Мнухина, Г. Б. Абрамовича значительно обогатила не только общую психиатрию, но и медицинскую психологию.

Работа психологов в медицинских учреждениях, опыт участия психологов в восстановлении нарушенных функций мозга у раненых во время и после Великой Отечественной войны (Б. Г. Ананьев, Э. С. Бейн, А. В. Запорожец, Б. В. Зейгарник, В. М. Коган, М. С. Лебединский, А. Н. Леонтьев, А. Р. Лурия, В. Н. Мясищев, А. В. Ярмоленко и др.) позволили осветить ряд вопросов медицинской психологии. Этот опыт обобщен в курсах лекций по медицинской психологии и патопсихологии на психоневрологическом факультете Харьковского медицинского института (А. Р. Лурия, М. С. Лебединский), философского факультета Ленинградского университета (В. Н. Мясищев) и Московского университета (А. Р. Лурия, Б. В. Зейгарник).



## ПСИХИКА И МОЗГ

**Идеалистическое и материалистическое понимание взаимоотношения психики и мозга.** Вопрос о взаимоотношении мозга и психики в советской науке решается на основе философии диалектического материализма, обеспечивающей правильное понимание огромного, накопленного мировой наукой фактического материала.

Нельзя изучать головной мозг человека, игнорируя психику как функцию мозга. И также невозможно научно изучать психику, не исследуя ее как функцию, как свойство мозга. Советская общая психология и медицинская психология изучают мозг и психику в их единстве. В таком изучении важнейшую роль играет павловское учение.

Стоящие на идеалистических позициях ученые отрывают психику от мозга. Kretschmer, крупный психиатр, автор широко распространенного руководства по медицинской психологии, писал недавно в последнем издании этой книги, что наиболее «соответствует особенностям мышления современного ученого концепция спиритуалистического монизма», т. е. откровенного идеализма. С тех же позиций другой немецкий ученый Klages утверждает, что «тело есть лишь высшее выражение психического».

В последнее время большинство ученых идеалистического направления переходит на позиции эклектического дуализма. Выдающийся физиолог Sherrington в своей книге «Человек и его природа» (1946) писал, что «мозг сотрудничает с психикой», рассматривая мозг и психику как независимые и отделенные друг от друга. Для Sherrington как и его учеников (Eccles, 1953) психика и мозг связаны лишь по принципу взаимодействия.

Ученые капиталистических стран, понимая невозможность научного решения проблемы с идеалистических позиций и не



будучи способными и готовыми усвоить материалистические воззрения, вообще пытаются уйти от ее решения, по существу становятся агностиками, утверждая непознаваемость соотношения мозга и психики.

Gruhle (1956) в большом труде по психологии недавно писал: «Вопрос о том, следует ли понимать, что мозг и психика взаимовлияют друг на друга или функционируют параллельно или их двойственность лишь кажущаяся, а в самом деле психическое и физическое идентичны, не имеет отношения к психологии». Здесь все неверно. Первый вопрос всякой психологии — что такое психика? Его невозможно решить без решения вопроса о происхождении психики. Является ли последняя душой, данной богом, или же она есть свойство материи? Перечисляя возможные варианты решения этой проблемы, Gruhle называет любые решения, кроме того, которое строится на основе материалистического монизма и последовательно материалистического учения И. П. Павлова.

Ученые феноменологического направления (Jaspers и др.) отрицают вообще возможность изучения психики и ее механизмов, сводя свою задачу лишь к описанию отдельных моментов в сознании больного (*феноменология*). Здесь, конечно, не может быть и речи об изучении соотношения психики и мозга.

Советская наука исходит из положений марксизма-ленинизма о том, что психика является высшим продуктом особым образом организованной материи. Являясь продуктом мозга, психическое не может быть отождествлено с ним.

Материя первична, психика вторична; мозг и психика едины, но не тождественны. Головной мозг является органом отражения объективной действительности и взаимоотношения организма с окружающей средой. Отражение осуществляется в процессе деятельности человека и лежит в основе ее. При изучении мозга, как и в изучении психики с этих позиций, одним из важнейших вопросов является вопрос о локализации функций в мозгу, т. е. о характере зависимости различных психических процессов, различных форм деятельности как от мозга (и организма) в целом, так и от отдельных его частей. Изучение проблемы локализации психических функций в мозгу человека имеет важнейшее теоретическое и практическое значение. Последнее особенно велико в нейрохирургической клинике.

Ряд видных ученых за рубежом высказываются с теми или иными оговорками в пользу концепции *эквипотенционализма*, т. е. тождества функциональных возможностей различных отделов коры головного мозга. Lashley (1933) пишет: «Механизмы интеграции следует искать в динамических отношениях частей нервной системы, а не в деталях структурной дифференциации», отрывая динамику от структуры, не видя их органической связи, их единства. Концепция эквипотенционализма противоречит



фактам. Различно локализованные поражения головного мозга по-разному определяют психопатологический синдром. Отвергая положение о том, что эти различия в структуре отдельных участков головного мозга необходимо связаны с различием их функций, концепция эквипотенциализма вступает в противоречие с данными клиники и эксперимента.

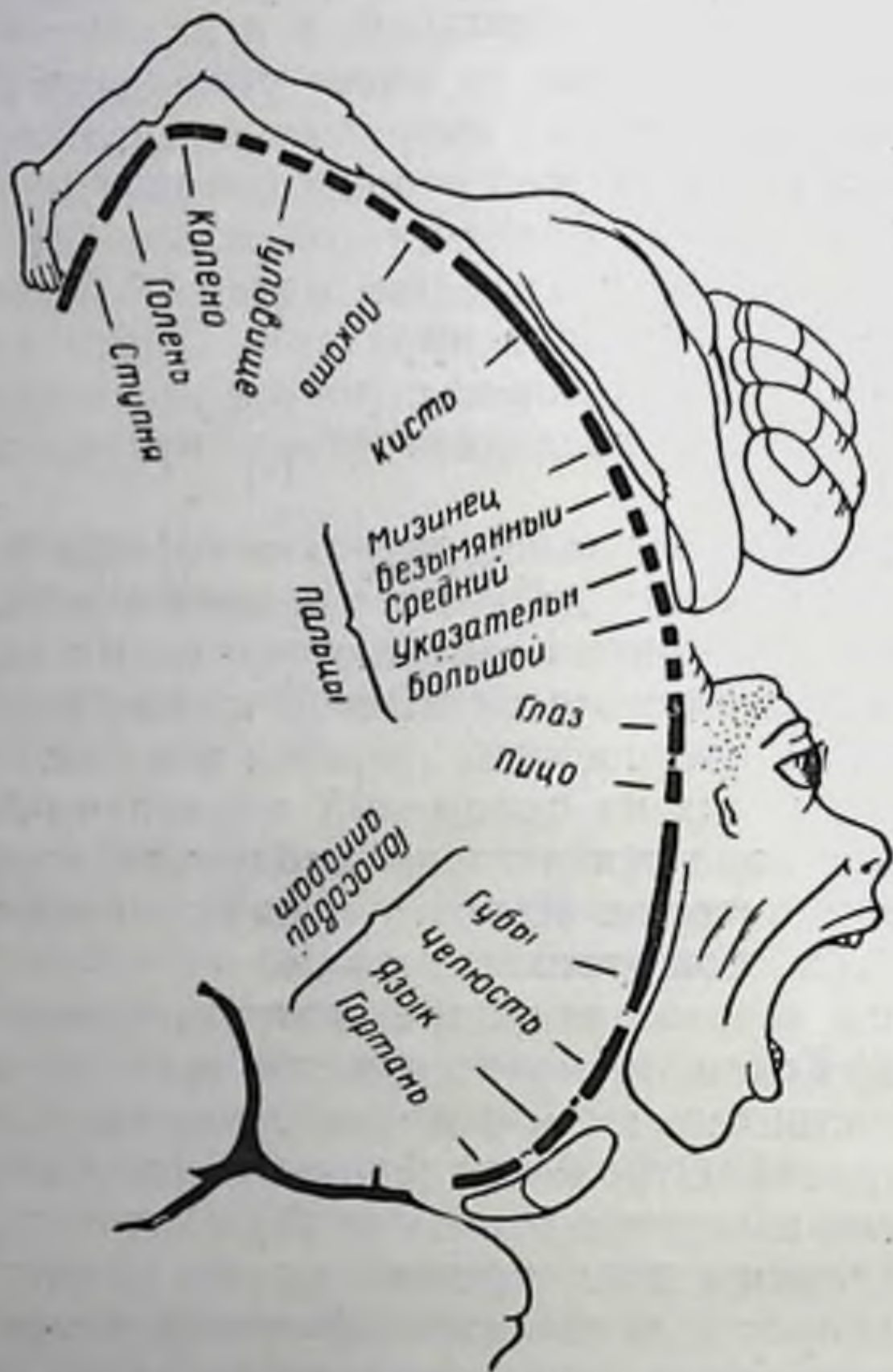


Рис. 1. Представительство разных частей тела в двигательной области коры (по Пенфилду).

Изучение развития головного мозга показывает, что некоторые отделы коры головного мозга человека особенно значительно отличаются от коры головного мозга антропоидов. Так, лобные доли у человека занимают несравненно большую часть коры: у человека — почти 25% коры, а у шимпанзе — 14,5%. Анатомогистологические структуры различных участков головного мозга также весьма различны. Развивающиеся методики морфологического исследования все больше выявляют эти различия. Таковы же результаты электрофизиологических и гистохимических исследований (С. А. Саркисов, 1964).

Известно, что в двигательной области коры имеется представительство разных частей тела (рис. 1). Концепция сторонников



узкого локализационизма, считающих возможным относить даже самые сложные действия и психические процессы целиком к какому-либо одному небольшому участку мозга, как это делают Kleist и другие авторы, является неприемлемой и ложной. Такое неправильное и необоснованное понимание локализации связано с метафизическими воззрениями *психологического функционализма*, отрывающего отдельные психические процессы и их стороны друг от друга, не изучающего единый мозг как орган психики, единую личность человека, который воспринимает, мыслит, помнит, действует. Психологический функционализм отрывает память от мышления, мышление от восприятия, что неизбежно извращает понимание этих процессов и делает невозможным изучение подлинной психики человека, в которой все эти процессы едины и взаимосвязаны. Такой разрыв только и допускает концепцию локализации, игнорирующую дифференцированное единство мозга и психики. При этом не учитывается, что внешне сходные действия могут быть во многом различны психологически и по своей физиологической основе. Сравнение разговора на родном и иностранном, недостаточно еще усвоенном языке может представить убедительную иллюстрацию этого положения.

Одно и то же действие или психический процесс строятся по-разному на разных его этапах. Справедливо писал И. Н. Филлимонов в связи с этим о «поэтапной локализации». Одно и то же действие или один и тот же психический процесс на разных этапах может иметь в своей основе неодинаковые морфофизиологические системы.

Сторонники концепции узкого локализационизма не понимают, что отделы мозга от природы наделены некоторыми физиологическими свойствами, которые могут стать наиболее подходящими для обеспечения тех или иных психологических процессов, но не способны сами по себе продуцировать сознание, речь. Всякий психический процесс, всякое действие построено настолько сложно, что нельзя и думать, что его анатомофизиологическая основа строится на одном участке мозга, а не на сложной системе, включающей в себя одновременно многие отделы мозга, и не только кору, но и другие области головного мозга, т. е. по существу, весь мозг, но каждый раз по-разному вовлекая отдельные его части, так, что одни из них приобретают большую, а другие меньшую в этой системе роль.

В коре головного мозга выделяют в настоящее время: новую кору (неокортекс), старую кору (архикортекс), древнюю кору (палеокортекс), межуточную периархикортикальную кору и межуточную перипалеокортикальную кору. Каждый из этих слоев имеет свои особенности и по-разному участвует в различных процессах, но все они между собой связаны, представляя единство. Говоря о локализации в коре головного мозга в настоящее



время необходимо учитывать это сложное ее единство при многообразии особенностей различных участков — полей, обычно обозначаемых числами по Бродману.

А. А. Ухтомский (1945) писал: «Центр определенного сложного отправления — это целое созвездие созвучно работающих ганглиозных участков». Даже каждая область коры, представляющая корковый конец анализатора, не говоря уже о ее взаимодействии с другими участками коры, строится весьма дифференцированно. Так, ядерная зона (по И. П. Павлову) зрительного анализатора в затылочной области коры состоит из полей 17, 18, 19 (по Бродману), каждое из которых строится несколько по-иному и, соответственно, играет иную роль в оптическом процессе. Ядерная зона кожно-кинестического анализатора — постцентральная область — состоит также из различающихся морфологически и физиологически полей 3, 1, 2. Ядерная зона слухового анализатора — верхняя височная подобласть — из полей 41, 42 и 22 и т. д. Наряду со связями, объединяющими эти поля центральных зон одного анализатора, новейшими исследованиями установлено наличие внутрикорковых связей между корковыми концами различных анализаторов.

Все морфологические и физиологические исследования последних лет убедительно показывают наличие теснейшего сотрудничества и взаимодействия различных областей коры и подкорки. Большое значение здесь приобретают концевые межнейрональные аппараты связи — синапсы (С. А. Саркисов, А. Д. Зурабашвили и др.). Эти важнейшие факты, как и клинические и клинико-психологические исследования, показывают, таким образом, как сложно морфологически обеспечивается функционирование мозга. Отнесение общественно-исторических по происхождению сложных психических процессов к отдельным участкам мозга без учета целостной его деятельности совершенно неправомерно.

Головной мозг — дифференцированное единство. В него входят кора головного мозга, подкорковые образования и ретикулярная формация ствола, таламуса и гипоталамуса. Современные исследования показывают, как необходимо участвуют эти последние в процессах, основное значение для которых имеет кора. На рис. 2 и 3 показаны связи ретикулярной формации с корой головного мозга и подкорковыми образованиями. Имеются указания (Л. А. Орбели) на известную роль в нервно-психических процессах и мозжечка. Maier-Gross в группу старческих и предстарческих заболеваний психики включает форму, для которой он считает характерной атрофию мозжечка. Hess уже давно показал, что раздражение заднего отдела гипоталамуса вызывает у животного состояние беспокойства. Н. И. Гращенков (1964) описал астено-ипохондрический синдром при поражении гипоталамуса. По данным автора, слабость и повышенная утом-



ляемость возникают у 54% больных с поражением гипоталамуса, раздражительность, плаксивость — в 39%, снижение памяти — в 21%.

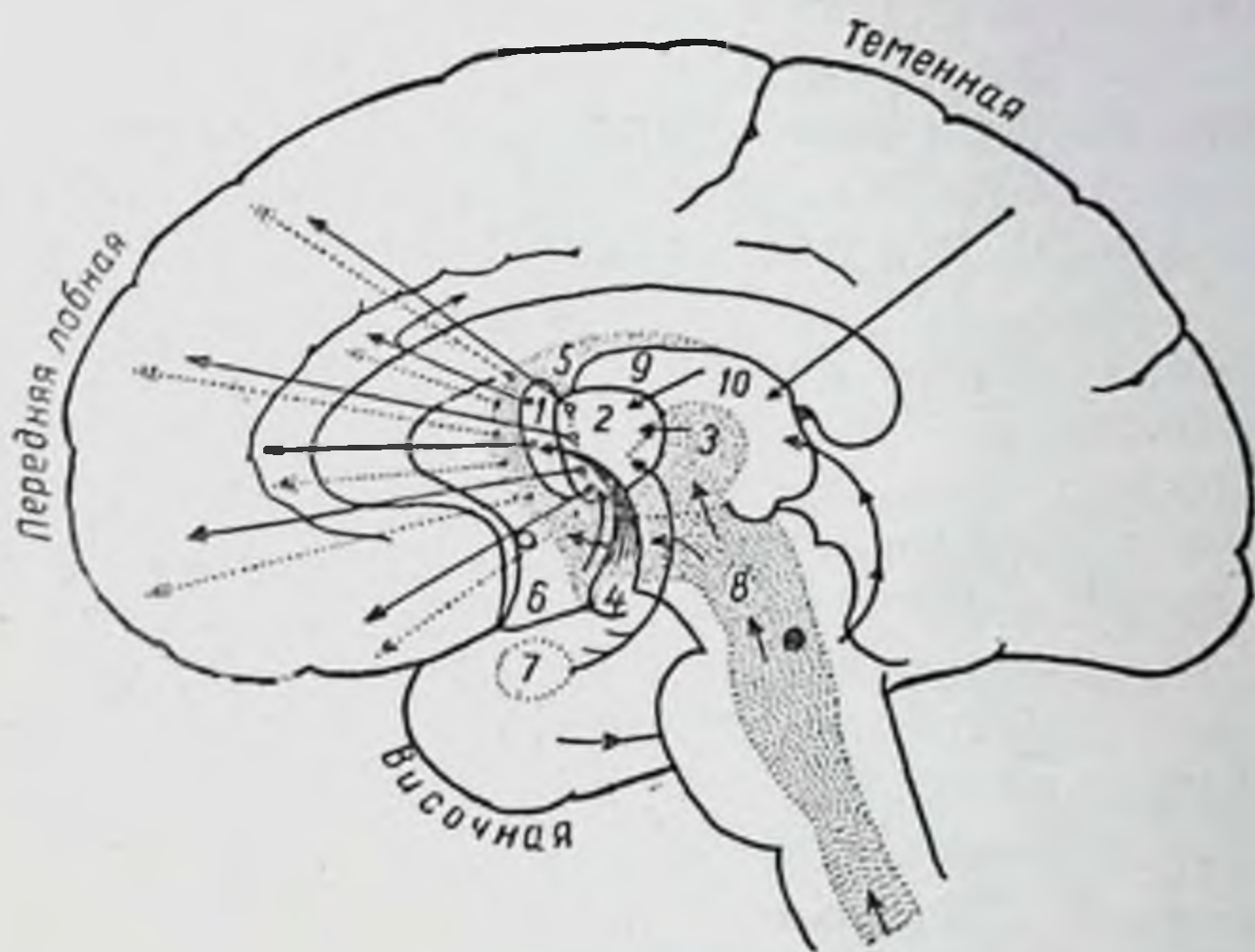


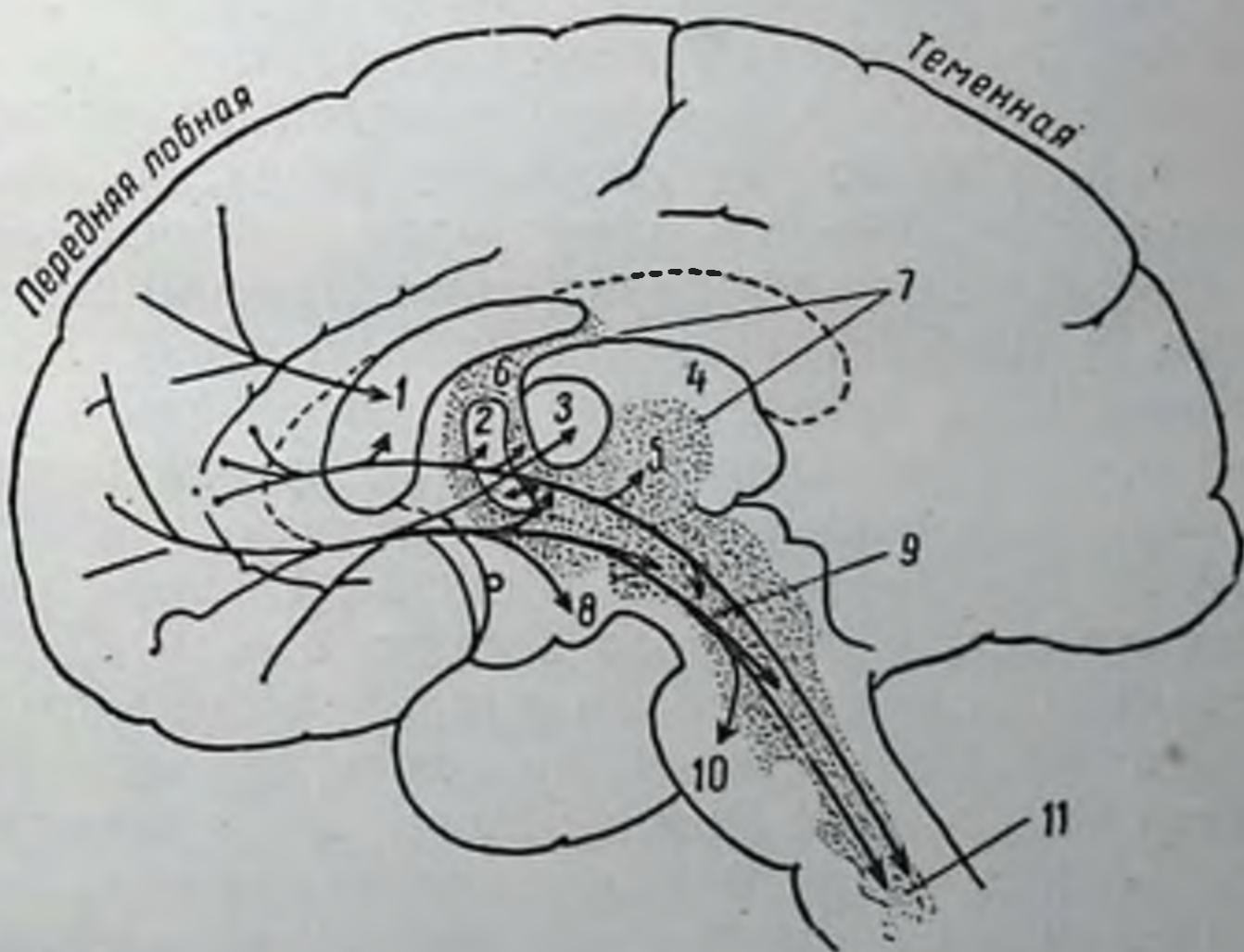
Рис. 2. Схема афферентных путей к коре лобной доли и переднего отдела поясной борозды (по Пенфилду и Джасперу, 1958).

1 — переднее ядро зрительного бугра; 2 — внутреннее верхнее ядро; 3 — срединный центр; 4 — сосцевидное тело; 5 — сетевидное ядро; 6 — гипоталамус; 7 — миндалевидное ядро; 8 — покрышка среднего мозга; 9 — боковое ядро подушки зрительного бугра; 10 — подушка. Точки обозначают восходящую ретикулярную систему с неспецифическими проекционными путями (пунктирные линии). Прямые связи гипоталамуса не показаны.

Понимая все значение подкорковых образований мозга в обеспечении психических процессов, нельзя не учесть, что они сами находятся, как это установлено рядом исследований, под

Рис. 3. Схема некоторых главных кортикофугальных путей от коры лобной доли и переднего отдела поясной извилины (по Le Gros Clark).

1 — хвостатое тело; 2 — переднее ядро зрительного бугра; 3 — нижнее боковое и верхнее внутреннее ядра; 4 — подушка; 5 — срединный центр; 6 — сетевидное ядро; 7 — ретикулярная формация зрительного бугра; 8 — гипоталамус; 9 — покрышка; 10 — варолиев мост; 11 — ретикулярная система.



контролем коры. Вместе с тем вопросы локализации в головном мозгу не могут в настоящее время рассматриваться без понимания роли возбуждений, идущих к нему от всего организма, от вегетативной нервной системы, эндокринной системы и пр.,



которые и сами также находятся под непрерывным влиянием мозга. В 1946 г. Lemke писал о «вегетативной депрессии». Вопрос о связи маниакальных и депрессивных состояний с вегетативной нервной системой еще значительно раньше стал разрабатывать Leonhard. Ряд исследований указывает на повышение активирующей функции ретикулярной формации под влиянием раздражений, поступающих из внутренней среды организма. Таким образом, головной мозг, как единое целое, входит в единый организм человека.

**Динамическая локализация.** Разрешаемая на основе павловского учения проблема локализации включает в себя понимание коры головного мозга, как системы анализаторов, учитывает многостороннюю характеристику нервной динамики, присущей отдельным разделам мозга, взаимодействие этих разделов и границы их взаимозаменяемости, соотношение локального и общемозгового и ряд других моментов, относящихся к проблеме взаимоотношения функции и структуры. Эти вопросы освещены в работах А. Г. Иванова-Смоленского (1949), А. Р. Лурия (1962), в ряде работ И. Н. Филимонова и др.

И. П. Павлов в своих высказываниях по этому вопросу выдвинул понятие динамического структурного комплекса, элементы которого входят в другие динамические комплексы. В соответствии с приведенными взглядами А. А. Ухтомского и И. П. Павлова, с близкими к ним высказываниями В. М. Бехтерева, современные советские исследователи П. К. Анохин, Н. И. Гращенков, А. Р. Лурия и другие говорят о «функциональных системах», которые являются физиологической основой психической функции, сложной деятельности, сформированной в процессе исторического развития. Индивидуальные особенности этого формирования определяются как тонкими морфологическими вариантами строения мозга у разных людей, так и различием их жизненных путей. Единственно научной концепцией, позволяющей вскрыть физиологическую основу деятельности головного мозга, как органа познания и взаимодействия с внешней средой, является рефлекторная концепция И. М. Сеченова и И. П. Павлова. Психика рефлекторна. Совершенно правильно писал в связи с этим С. Л. Рубинштейн, что «всякое психическое явление обусловлено в конечном счете внешним воздействием, но любое внешнее воздействие определяет психическое явление лишь опосредованно, преломляясь через свойства, состояния и психическую деятельность личности, которая этим воздействиям подвергается» (1957).

Большое значение для понимания павловского динамического принципа локализации функций в коре головного мозга имеют факты, показывающие, что у больного, у которого пострадал отдельный участок коры головного мозга, нарушенные вследствие этого поражения нервно-психические процессы могут



в большей или меньшей мере восстанавливаться за счет других физиологически для этого пригодных, не пострадавших участков мозга, можно думать, и ранее участвовавших в обеспечении этих процессов, но не в столь значительной степени.

И в условиях нормального развития, и при наличии патологии головного мозга можно установить варианты связи того или иного отдела мозга с определенной функцией.

У подавляющего большинства людей, например, для функции речи приобретают важнейшее значение участки мозга в левом полушарии, прочно связанные с движениями правой руки. Но это доминирование определенных участков левого полушария в отношении речи и соответствующая форма связи речи с правой рукой не может считаться обязательной и неизменной. Это показывают факты грубых нарушений речи при поражении правого полушария у правшей, представляющие случаи разрыва отмеченной связи правой руки с речью. Связь органа с функцией весьма, таким образом, сложна и допускает некоторые индивидуальные вариации. Так называемые речевая, оптическая, двигательная и другие области коры сохраняют свою специфическую форму участия в обеспечении того или иного действия или психического процесса, но эта форма участия может в той или иной мере варьировать в зависимости от ряда условий.

Историческое развитие человека наделяет его все новыми формами деятельности и для них могут быть использованы органы, при других условиях используемые для других функций.

Человек рождается без специальных органов речи. Для речи используются органы питания и дыхания. Жизнь человека в общественной среде приводит к использованию этих органов с соответствующими их представительствами в коре головного мозга, где осуществляется также их связь с представительством правой руки для построения речи. Возникновение речи и развитие ее, как и всех подлинно человеческих форм психической деятельности, определяются историческим процессом, социальной средой, находят подготовленные природой органы, сложно между собой связанные.

Весьма важно, как это показывают многочисленные факты, что под влиянием различных условий отделы мозга, принимающие участие в осуществлении психических процессов, заменяемы и «многозначны», т. е. способны участвовать в различных процессах. А. Р. Лурия справедливо пишет о том, что на разных этапах своего развития высшие психические функции обеспечиваются меняющимися физиологическими системами. Ведущее место при этом преимущественно сохраняется за одними и теми же участками мозга. Современные электроэнцефалографические исследования показывают, что образование условного рефлекса в первой фазе характеризуется узко локализованным возбуждательным процессом в коре головного мозга. За этой фазой



следует вторая — генерализации возбуждательного процесса в коре и подкорке и третья фаза постепенной вторичной локализации в определенном участке. Конечно, эти данные не следует толковать упрощенно. Но все же и эти электрофизиологические явления подкрепляют концепцию динамической локализации. П. К. Анохин, следуя В. М. Бехтереву и И. П. Павлову, показал, что одни и те же клетки коры головного мозга могут принимать участие в самых различных функциональных системах организма. П. К. Анохин, как и некоторые другие советские ученые, также полагает, что эта многозначность клетки связана с многообразием синаптических образований на ее дендритах. Сходные взгляды развивают С. А. Саркисов и другие советские морфологи. Уже давно Klegambault, а затем ряд других авторов (Л. С. Выготский, Г. Е. Сухарева и др.) показали, что у детей поражение определенного участка мозга может вызвать иные и более значительные нарушения психики, чем у взрослых.

Отметим, наконец, что в последнее время рядом исследователей отмечаются изменения в мозгу, происходящие при нагрузке. Ряд авторов показали, что при повышении функциональной активности в нейронах возрастает количество РНК (рибонуклеиновой кислоты). М. М. Александровская с сотрудниками сообщает, что в соответствии с работами Kulenkampf ее исследования показали, что функциональная нагрузка вызывает изменения метаболизма в перинейрональной глии, изменяет глио-нейрональные соотношения.

В заключение этого раздела следует еще раз подчеркнуть, что принцип динамической локализации означает и поэтапность локализации и возможность замены в обеспечении того или иного психического процесса одних участков мозга другими и вовлечение мозговых систем во вновь возникающие формы психической деятельности. Говоря о локализации функций в мозгу, нужно иметь в виду локализацию не только по горизонтали, но и по вертикали. На это в свое время обращал внимание В. М. Бехтерев, говоря о многоэтажной локализации.

О некоторых других сторонах динамической локализации будет еще сказано в дальнейшем изложении.

**Психологический эксперимент и локализация.** Проблема локализации и взаимодействия различных отделов головного мозга человека, рассматриваемая с позиций единства структуры и функции, их взаимозависимости должна изучаться с точки зрения морфологической, биохимической, физиологической, клинической и психологической. При всем различии соответствующих методов и аспектов для нас в нем, в отличие от идеалистических взглядов, руководящим принципом диалектико-материалистического исследования является единство изучаемого предмета — единая человеческая личность и ее единый орган — головной мозг.



При исследовании мозга и психики человека исключительно большое значение приобретает клиника, исследование больных с поражениями головного мозга. В свое время Jackson обратил внимание на то, что установление связи определенных нарушений психики с определенной локализацией очага поражения не означает, что нарушенная функция локализуется в соответствующем разделе мозга. Это, несомненно, верно. Исследования в области патологии могут лишь устанавливать значение определенного участка мозга для тех или иных процессов: речи, восприятия, ручных действий, памяти и пр. Клиника представляет материалы о значении для психики взаимоотношения различных очагов поражения и соотношения локального и общемозгового моментов в нарушениях психики. Эти факты клиники вместе с данными, полученными при экспериментально-физиологическом исследовании животных, с материалами сравнительного физиологического и психологического исследований здоровых и больных людей, сравнительно морфологического исследования мозга тех и других и составляют ту систему фактов, которые при наличии правильных теоретических позиций образуют систему знаний в области проблемы «мозг и психика».

При изучении в клинике вопросов локализации психических функций должна быть обеспечена ее тесная связь с наиболее специфичными для нее методами, — морфологическими, с одной стороны, и экспериментально-психологическим и физиологическим исследованиями, с другой. Отрыв одного из этих методов от других может привести к серьезным ошибкам и недочетам исследования.

Одно клиническое наблюдение без использования современных методов физиологического (в частности, электрофизиологического) и экспериментально-психологического исследований может привести к некоторым практически ценным частным выводам, но далеко не всегда может обеспечить необходимую для правильного решения локализационных вопросов достаточную дифференцированность описания нарушений, раскрытие их механизмов и точность их квалификации. Здесь совершенно нетерпимы чрезмерно общие, малодифференцированные характеристики нарушенных функций или процессов. И дело не только в том, что нельзя локализовать в определенном центре, например, «личное и общественное я» (Kleist). Нельзя локализовать в узко ограниченном участке мозга и *алексию* (нарушение процессов чтения) и *акалькулию* (нарушение процессов арифметического счета), хотя хорошо известно, например, значение поражений теменно-затылочной области в их возникновении. Необходимо решительно отказаться от ложной идеи относить соответствующие процессы (чтение, счет) целиком к одному определенному участку. Нельзя и решать вопрос о локализации очага поражения при таких расстройствах без глубокого изучения своеобразия данной



алексии, данной акалькулии и пр. Например, нарушения чтения могут возникнуть как при поражении теменно-затылочной области, так и при поражении височной доли (а также и в других случаях). Только тщательное клинико-психологическое исследование способно обеспечить правильный локальный диагноз при такого рода нарушениях.

Расстройства памяти также нельзя локализовать в одном пункте. Конечно, в процессах памяти участвуют весьма сложные различные функциональные системы. Вместе с тем, представляется несомненным, что особо важную роль в некоторых случаях расстройств памяти могут играть очаги в височной доле коры головного мозга, а также, по-видимому, и в подкорковой области. Психологическое исследование способно найти ряд критериев, помогающих дифференцированию *амнестических* нарушений при различной локализации очага поражения (амнезия — буквально означает потерю памяти. Но обычно говорят об амнезии при выраженных патологических снижениях памяти). Так, например, при амнезиях, связанных с поражением левой височной доли и при отсутствии выраженных явлений сенсорной афазии, тщательное экспериментальное исследование может обнаружить характерные нарушения фонематического анализа, трудности в различении близко звучащих фонем (ка-та, ба-па и пр.) и сделать возможным топический диагноз, т. е. установить в данном случае наличие поражения в височной доле коры.

Вместе с клиническим наблюдением экспериментально-психологическое исследование должно все больше обеспечивать многостороннюю, возможно исчерпывающую характеристику нарушения.

Стоящие перед экспериментально-психологическим исследованием задачи не должны ограничиваться, как это иногда делается, исследованием ведущего симптома, ведущего нарушения, или сводиться к поискам «основного» расстройства психики. Поражение мозга и связанное с этим нарушение нейродинамики может быть причиной как ведущего, так и других расстройств. Например, поражение в так называемой области Брока приводит к возникновению расстройств речи. Но это не значит, конечно, что у больного нет при этом других нарушений. Далеко не всегда будет правильно выводить их из речевого нарушения, как «основного» расстройства. Такая локализация поражения может вызвать и ряд других нарушений психики, не являющихся вторичными по отношению к нарушению речи, не являющихся следствием этих последних. Необходимо учитывать, что каждый участок головного мозга одновременно входит в состав различных функциональных систем.

Установление нарушения того или иного анализатора, тех или иных сложных психических процессов, должно, вместе с тем, сочетаться с тщательным исследованием ведущего нарушения,



с изучением того, как влияет это нарушение и данный патологический очаг на другие стороны психики, личности. Важно установить подлинное физиологическое и психологическое соотношение различных нарушений при данном очаге, при данном состоянии мозга в целом, при данных условиях, при данных преморбидных особенностях личности. При афазии, например, могут быть нарушены (и нередко это так и бывает) также мышление, восприятие, память и пр.

При этом приходится иметь в виду, что участие патологического очага в нарушении психики может осуществляться не только в результате изменения физиологических свойств в соответствующем участке головного мозга, но и вследствие влияния этого очага на общемозговую нейродинамику через вызванное поражением изменение внутричерепного давления и пр. Известно, например, различное влияние на психику одинаково локализованных доброкачественной и злокачественной опухолей.

Недостаточное изучение тех изменений при очаговых поражениях мозга, которые не относятся как будто бы к ведущему нарушению, приводит, в частности, к тому, что эти не отмеченные при одной локализации очага нарушения относятся затем к локальным поражениям иначе расположенных патологических очагов, как характерные только для них. Это же ведет и к неправильному пониманию ведущего расстройства. Например, при той же афазии может быть недооценено значение более общих изменений личности в формировании нарушения речи и в процессе ее восстановления. Большое значение имеет исследование влияния взаимоотношения различно расположенных в мозгу очагов и соотношения влияния очага и разлитого поражения головного мозга.

При поражении коркового конца того или иного анализатора можно бывает отметить нарушения интеллекта, преимущественно выраженные в сфере, наиболее связанной с этим анализатором, что соответствует высказываниям об анализаторах И. П. Павлова. Вместе с тем один и тот же очаг поражения может по-разному воздействовать на различные мозговые системы: например, по-разному определять апрактические нарушения на каждой из рук.

При исследовании больных можно в ряде случаев обнаружить функциональные компоненты, сопровождающие очаговые поражения мозга. Нами (М. С. Лебединский, 1941) в свое время описаны больные, у которых при таких поражениях можно было установить также и психогенные компоненты нарушения. Например, у больной наступило под влиянием тяжелых переживаний нарушение кровообращения в головном мозгу с выраженными явлениями афазии. Но одновременно возникла и истерическая форма нарушения речи. Сложное переплетение речевых



нарушений того и другого рода первоначально затрудняло диагностику. Спустя несколько дней под влиянием психотерапии истерические расстройства речи были сняты и ясно обозначилась в чистом виде нерезко выраженная афазия. С. М. Блинков описал некоторую эффективность, хотя и неустойчивую и не очень значительную, внушения в гипнотическом состоянии при афазии. Во время Великой Отечественной войны и после нее Н. И. Гращенков, Л. Б. Перельман и их сотрудники, применяя стимуляторы при ранениях в голову, также получили до некоторой степени положительный эффект. Недавно группа румынских авторов применяла тофранил (антидепрессант) при афазии с явлениями депрессии. Они отметили некоторое улучшение речи вместе с положительным влиянием лекарства на депрессию.

Аналогичные данные получены в физиологических исследованиях Э. А. Асратяна и др. Эти факты позволяют думать, что функциональный компонент, включая и психогенный, участвует в формировании клинического синдрома.

При разработке вопросов локализации необходимо учитывать, что наряду со специфическими для отдельного участка патологически измененного мозга особенностями нарушений этот участок может вызывать и общемозговые нарушения. К последним относится, в частности, повышенная истощаемость. Нередко нарушения психических процессов только и выступают на стадии истощения.

Мы наблюдали больных, у которых пораженный анализатор находился в стадии значительной компенсации. Однако после некоторой нагрузки на него начинали отмечаться типичные проявления его недостаточности. Перегрузка (также и вследствие трудности задачи) при этом может обнаружиться в симптомах не только специфических для поврежденной области, но и в неспецифических (ухудшение самочувствия, головокружения, слабость и пр.).

Такого рода истощаемость бывает выражена при различно локализованных поражениях неодинаково.

Нарушение психики может выступать по-разному в разных условиях, при решении разных задач. Поэтому всякое психологическое исследование есть исследование конкретной деятельности в определенных условиях. Например, в целях выявления возможных нарушений письменной речи бывает нужно исследовать письмо под диктовку, у владевших до болезни не одним языком — письмо на разных языках, длительное письмо и пр. Только при применении правильно подобранных многообразных методик исследования может составить общую правильную характеристику соответствующей деятельности в целом. В частности, следует иметь в виду, что в более сложной системе деятельности больше проявляются слабые стороны данной функции.



При этом выявляется возможность более точной локализации очага поражения, отчасти его размеров и характера, открываются новые возможности вскрытия основных механизмов нарушения.

Страдающий нерезко выраженным расстройством счета может правильно произвести отдельную арифметическую операцию, например, сложение двух чисел, но не быть в состоянии ее же выполнить, если она включена в более сложную арифметическую задачу. Отдельные операции тесно связаны с той сложной системой действия, в которую они включены. Иной раз внешнее сходство нарушений ошибочно принимается за тождество.

Большое значение имеет психологическое исследование нарушений, в которых обозначается взаимоотношение различных очагов.

Нами (М. С. Лебединский) в свое время был описан больной с поражениями в лобной и затылочной областях мозга. Ему было предложено посчитать 16 нарисованных квадратиков. Как и весьма многие исследованные нами и другими авторами больные с нарушениями восприятия пространственных отношений, он не может последовательно переходить в определенной системе от одного квадратика к другому, и это мешает ему правильно считать. Но он, как и другие больные с поражениями мозга в лобных областях, не в состоянии своевременно приостановить законченную операцию, и насчитывает здесь несколько десятков квадратиков. В этом явно находит выражение взаимодействие двух различно локализованных патологических очагов, возникает как бы модель взаимоотношения различных мозговых структур в норме. Поставленный на основании описанных явлений топический диагноз подтвердился посмертно.

Нередко приходится встречаться с мнением, что изучение локальной патологии невозможно и нецелесообразно при наличии наряду с локальным очагом разлитого поражения мозга. Однако в ряде случаев у больных с такого рода поражениями представляется возможным выделить проявления локального и общемозгового генеза. Исследование, например, речи у ряда больных с болезнью Пика и болезнью Альцгеймера показало, какими своеобразными могут быть у них афатические расстройства (*афазия* — нарушение речи в результате органического поражения головного мозга в соответствующей области коры). Конечно, известную роль в этом своеобразии играет и самый характер поражения «речевой» зоны, но нельзя думать, что в этих нарушениях речи не играет существенной роли и влияние со стороны широко поврежденной коры.

При болезни Пика на фоне нарушений речи, характерных для других форм моторной афазии, с более ограниченным, более локальным очагом поражения, с большим постоянством высту-



пают, в частности, в речи так называемые «стоячие обороты», как об этом писали многие авторы (так называет Мауег-Гросс и другие психиатры характерные для этих больных частые повторения одних и тех же фраз, выражений). Эти «стоячие обороты» представляют своеобразные фразы или комбинации слов, употребляемых иногда с известным смыслом, иногда бессмысленно.

Такие проявления речевой патологии, можно думать, возникают под влиянием локального и общего нарушения мозговой динамики и представляют один из видов патологической инертности, наиболее резко выраженной при широко распространенных в мозговом веществе поражениях.

У некоторых больных с разлитыми поражениями головного мозга приобретает весьма своеобразный характер *амнестическая афазия*. Они иногда не только теряют способность назвать предмет (расстройство речи, особо характерное и в относительно наиболее чистом виде выступающее при этой форме афазии), но обнаруживают при этом и потерю самого смысла названия. Они с трудом понимают, что значит назвать предмет, смешивают название с характеристикой предмета. Это их резко отличает от страдающих афазией при узлокальном поражении речевой зоны (С. А. Вайсбурд и Г. П. Платонова).

Нельзя не отметить важность повторных психологических исследований, проводимых в соответствии с намечающимися в клинике изменениями состояния больных. Такие исследования должны неоднократно проводиться при нарастании нарушений, при снятии временных, преходящих изменений в пораженных участках, при снятии функциональных моментов, в процессе компенсации, при наличии декомпенсации, в процессе восстановительного лечения. При этих исследованиях важно проследить соотношение нарушений на различных стадиях болезни, учитывая все стороны синдрома, все линии, по которым осуществляется его прогрессирование или регрессирование.

**Асимметрия полушарий.** При разработке вопросов локализации психических функций нужно больше, чем это обычно делается, уделять внимания асимметрии полушарий. В связи с этим целесообразно рассмотреть некоторые относящиеся сюда вопросы.

В свое время многие психиатры и невропатологи писали, что в отношении психики «подчиненное» полушарие является «немым», т. е., что при поражении этого полушария нарушение психики мало выражено. Но становится все более ясной неправильность этого положения. В последнее время ряд исследователей приходит к пересмотру идеи «доминантности» левого полушария, выдвигая вместо него понятие «функциональной асимметрии полушарий».



Во всяком случае доминантность может быть выражена избирательно. В отношении одних функций полушарие может быть доминирующим, не являясь таким для других. Конечно проблема латерализации полушарий (особых черт, присущих функции каждого из них), должна также изучаться во всем качественном своеобразии роли каждого из полушарий для различных процессов.

Накопленный рядом авторов материал говорит о большой значимости «подчиненного» полушария для психики, о наличии известного распределения ролей полушарий, особенно у человека. Вопросы локализации, таким образом, должно ставить не только в отношении узко очерченных мозговых структур, но и в отношении более широких разделов мозга, включая сюда различия между полушариями.

Следует учитывать, что черты патологии психики в ряде случаев, в частности при поражении правого полушария, углубляются, выступают более резко и по-иному, когда корковые нарушения осложняются подкорковыми. В такой комбинации мозговых поражений, вероятно, можно видеть ценный объект для изучения роли корково-подкорковых соотношений.

Проблема латерализации тесно связана с вопросом о роли симметричных участков в коре головного мозга. Известно, что одновременное поражение симметричных участков полушарий значительно усиливает нарушение. Например, одновременное поражение в соответствующих разделах обеих височных долей резчайшим образом усиливает нарушение восприятия речи.

В характере чувствительности, как это давно отмечалось у здоровых людей, также имеют место различия, зависящие от стороны тела (Fechner, Lombroso и др.).

Электрофизиологическая асимметрия установлена также рядом авторов. Вопросам асимметрии посвящен ряд работ Б. Г. Ананьева.

Обращает на себя внимание большая частота анозогнозий (недооценка болезни, в частности, паралича) при поражениях именно правого полушария. В исследованиях, проведенных нами (М. С. Лебединский) совместно с С. И. Ротенбергом и А. Б. Роговер, можно было убедиться в том, что синдром анозогнозии, подробно нами описанный на основании экспериментально-психологического и клинического исследования, в различной степени, но почти постоянно, выражен при поражениях правого полушария и может считаться для них, пожалуй, столь же характерным синдромом, как афазия для поражений левого полушария. Позднее сходные с нашими данные о синдроме правополушарных поражений опубликовала С. В. Бабенкова.

При поражениях правого полушария (здесь всюду имеются в виду правши) иногда возникают явления незамечания левой



стороны тела, игнорирование ее, иногда своеобразное оттапливание от нее. Одни больные не выполняют инструкцию дотронувшись правой (здоровой) рукой к левой стороне тела, другим очень трудно повернуть влево голову (после повторных просьб они это делают совершенно свободно). Именно при поражениях левой половины тела возникают ощущения нескольких конечностей (псевдополиметрия Бехтерева — Останкова). Во время Великой Отечественной войны 1941—1945 гг. были отмечены более частые нарушения сознания при ранении правого (по сравнению с левым) полушария (Д. Г. Шмелькин). При поражениях правого полушария относительно чаще наблюдаются нарушения эмоций (больше в виде эйфории).

Нельзя не думать, что все виды функциональной асимметрии тесно связаны с локализацией речи, с процессом труда (Б. Г. Ананьев). Эти вопросы должны привлечь внимание исследователей. При исследовании вопросов локализации должны всегда различаться и сопоставляться поражения в правом и в левом полушарии.



## ПРОЦЕССЫ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

**Наследственность и психика.** Общая психология изучает процесс нормального развития психики (А. Н. Леонтьев, А. В. Запорожец и др.) во взаимодействии врожденных особенностей и истории жизни. В этом процессе индивидуальный опыт не просто прибавляется к врожденным свойствам, как это понимают сторонники психоанализа, а врожденные элементы физиологической динамики реализуются и преобразуются во взаимодействии с окружающей действительностью. На этой основе возникают и развиваются все более сложные и все более обусловленные опытом прижизненные психические образования: знания, способности, навыки, умения, отношения (привязанности, вражда, интересы). Общественно и морально регулируемое поведение в процессе роста формируется и преобразуется на основе индивидуального опыта.

Наследственные «задатки» различно развиваются в зависимости от внешних условий; внешние условия, меняясь, определяют сложный и меняющийся процесс развития. Чем выше организм по своему филогенетическому уровню, тем большую роль играют прижизненные условия, тем выше пластичность организма и тем богаче и разнообразнее может быть усвоенный при благоприятных условиях опыт.

Наследственность представляет процесс передачи последующим поколениям сформированных в опыте прошлых поколений биологически закрепленных свойств организма, в том числе и нервной системы.

Исследования последнего времени показали, что носителем и хранителем наследственности являются ядерные нуклеиновые кислоты. Особая роль здесь принадлежит дезоксирибонуклеиновой (ДНК) и рибонуклеиновой (РНК) кислотам.



Там, где имеет место половое размножение, каждый индивид является носителем наследственных влияний отца и матери. Как показывает опыт, отдельные свойства потом могут представлять смешение свойств родителей, может обнаруживаться доминирующее, т. е. господствующее свойство одного из родителей, может наследоваться в скрытой форме то или иное свойство, которое обнаруживается в последующих поколениях («рецессивное» свойство).

Однако уже de Frees указал на возможность мутаций, иначе — изменений в свойствах потомков, обусловленных изменением наследственного начала, заложенного, по современным данным, в хромосомном аппарате.

В современной генетике, т. е. учении о наследственности, большое значение придается наличию аномальных хромосомных комплексов.

Galton принадлежат первые исследования «психической наследственности» или наследственной передачи психических свойств. Однако он совершенно не учитывал роли социально-педагогического фактора. Явившись основоположником антинаучной теории «евгеники», т. е. теории улучшения человеческого рода, он направил ее разработку в расово-биологическое русло. С одной стороны он недооценил роль социального фактора, с другой — дал пищу пропаганде реакционной идеи фатальной неизменной наследственности в противовес прогрессивным идеям формирования человека путем создания социально-педагогических условий его физического и культурного развития.

Современная генетика разработала ряд методических приемов, которые позволяют пытаться изучать роль наследственности в отношении некоторых психических свойств. Сюда относятся изучение семейств с многочисленными поколениями, метод близнецов и др. Эти методы позволяют установить некоторые тенденции наследования темпераментов (Davenport), психических особенностей (Peters).

Бесспорна, например, роль наследственности в происхождении болезни Дауна. Зависимость проявления наследственного фактора от ряда условий здесь, в частности, сказывается в том, что частота этого синдрома связана с возрастом матери. Когда ее возраст выше 35 лет, потомство значительно чаще страдает этой болезнью (Penrose, 1963).

Из советских авторов психо-неврологов роль наследственности освещали С. Н. Давиденков, Т. И. Юдин, М. С. Лебединский, А. Р. Лурия, И. И. Канаев. С. Н. Давиденков уже давно описал более ста аномалий нервно-психической сферы наследственного происхождения (1947). Материал, собранный по вопросу о патологической психической наследственности, особенно богат в связи с проблемами развития различных форм олигофрении и психопатии.



**Патология психического развития.** В плане изучения патологии психического развития существенны три вопроса: 1) патологическое развитие личности и развитие личности в неблагоприятных условиях среды; 2) развитие нервно-психической болезни; 3) психические изменения в процессе развития соматической болезни.

Изучение патологии развития психики опирается на ряд моментов: 1) фамильный анамнез и учение о наследственности, 2) пренатальные условия, психогигиена и психопрофилактика беременной матери, 3) индивидуальное развитие ребенка на разных возрастных этапах в связи с условиями обучения, воспитания, включения в труд, 4) прижизненные заболевания, их влияние на развитие организма и личности больного.

Проблема фамильного анамнеза тесно связана с проблемой наследственной передачи свойств. Но вместе с тем надо отчетливо подчеркнуть, что на детях душевнобольных, психопатических и невротических родителей может отразиться не только (и не столько) неблагоприятная биологическая, но и «социальная» наследственность (Baldwin) вследствие влияния на ребенка атмосферы быта, взаимоотношений в семье. Нередко родители, страдающие нервно-психическими заболеваниями, отрицательно влияют на детей и делают их жертвами семейных конфликтов, драм, своей жестокости и других уродующих или патогенных влияний, подавляющих, перераздражающих и препятствующих нормальному развитию всех сторон личности. В литературе достаточно отмечалось особенно неблагоприятное влияние родителей-психопатов и невротиков (в частности истеричных). Ограничимся лишь приведением примера того, как атмосфера болезни в семье может стать источником болезненного состояния детей.

В семье К. у матери обнаруживаются явления вегетативно-сосудистой дистонии с тахикардией, болями в области сердца, сердечной слабостью, эти расстройства осложнялись невротической демонстрацией страхов. Мать очень опасалась за сердце дочери, оберегала ее, ограничивала ее в движениях, в физкультуре и даже в чтении художественной литературы, придерживаясь формулы: «любое перенапряжение может быть вредно и даже опасно для сердца». Однако ее дочь развивалась вначале нормально и до 8-го класса не обнаруживала каких-либо физических или психических отклонений. В 8-м классе она заболела гриппом, после которого обнаружилась повышенная сердечная возбудимость и возникло состояние, сходное с обычным состоянием матери. Обследование не выявляло у девушки симптомов сердечно-сосудистого заболевания, за исключением тахиритмии, возникающей при волнении. Болезнь не поддавалась лечебному воздействию, несмотря на обильную и разнообразную физио- и фармакотерапию, пока не была применена психотерапия. Здесь нет оснований говорить о наследственности, но есть все основания говорить о психической индукции страха сердечного заболевания, идущего от матери, которая не только изнеживала, «но незаметно и глубоко примером своего поведения заражала» дочь неврозом.



**Психическое недоразвитие.** Роль неблагоприятной наследственности в возникновении некоторых нервно-психических нарушений известна.

В настоящее время особенно расширились наши представления в области биохимической и ферментативной стороны наследственности при умственном недоразвитии. Современная генетика располагает данными о различных наследственно неблагоприятных условиях, обуславливающих несколько десятков форм нарушенного психического развития. Однако их клиническая характеристика, в смысле соотношения между психопатологическими, нейросоматическими и биохимическими особенностями, недостаточно разработана. Недостаточно полно выявлены психические особенности патогенетически разных форм. Задержка психического развития исследована больше в отношении общей степени умственного недоразвития, а специфические и типичные особенности его форм требуют еще дальнейшего психологического и психопатологического изучения.

Один из видов аномального развития наблюдается тогда, когда отец и мать сами по себе здоровы, но имеют место несоответствие, «несовместимость» по группам крови или по резус-фактору между матерью и ребенком. В ряде случаев нарушение психического развития возникало при сифилисе, при токсоплазмозе, краснухе беременных.

В основе наследственной патологии развития могут лежать различные нарушения обмена. Так, с нарушением липидного обмена связана наследственная амавротическая идиотия или болезнь Тай-Сакса и близкая ей форма Шпильмейера — Фогта, фенил-кетонурическая олигофрения, обусловленная нарушением фенилаланинового обмена.

Болезнь Хеллевордена — Шпатца, медленно прогрессирующая ригидность, возникает в связи с накоплением пигмента в бледном шаре и черной субстанции.

Существует также форма расстройства психического развития, связанная с галактоземией.

Не касаясь других форм, можно отметить, что наследственная патология развития, по-видимому, играет еще недостаточно известную роль и в патогенезе *эпилепсии* (так называемой генуинной), шизофрении и маниакально-депрессивного психоза. Эти клинические формы, являясь как бы вариантами патологического психического развития в его существенной обусловленности эндогенными моментами, конечно, представляют с этой стороны интерес и для общей и для медицинской психологии.

**Основные формы патологии психического развития.** Основными формами патологического развития являются *олигофрения* и *психопатия*.

Термином *олигофрения* объединяют разные формы наследственного, определенного пренатальными условиями и в раннем детстве возникшего нарушенного психического развития, в котором на первое место выступает задержка умственного развития.



При этих видах нарушений больше всего страдают наиболее сложные стороны интеллектуальной деятельности; умственное и вообще нервно-психическое развитие замедлено. Поэтому больной ребенок позже начинает ходить, говорить, позже приучается к опрятности. Такими процессами, как чтение, письмо и счет ребенок овладевает с особенно большим трудом. Но и здесь бросается в глаза разница между автоматическими операциями и творчески комбинационными процессами. Ребенок-олигофрен иногда по счетным способностям не уступает нормальным, но не может решать самых элементарных арифметических задач. Это расхождение счетной и математической способности отмечается иногда и у нормальных людей. Так называемая «механическая» память при олигофрении может быть даже очень хорошей, но логическое запоминание отсутствует или значительно отстает. Восприятие элементарно и поверхностно. Смысловая сторона восприятия страдает. Мышление примитивно. Дети неспособны усвоить сложные комбинации, неспособны к содержательной абстракции и к пониманию переносного смысла. Воображение бедно и бледно. Интересы элементарны и ограничены<sup>1</sup>.

При всех формах недоразвития интеллекта обнаруживается недоразвитость и других сторон психической деятельности. Так, бывают недоразвиты произвольное внимание, более сложные и тонкие эмоции. Волевые акты и основанные на них действия имеют ситуационный характер, лишены большой внутренней переработки и перспективы.

В целом задержка психического развития заключается в перевесе элементарно-автоматического над творческим, в бедности и ограниченности психики. При этом обнаруживаются различия в развитии и тоне различных систем психической и невросоматической деятельности.

На практике установлены три степени психического недоразвития. Самая тяжелая — *идиотия*, средняя — *имбецильность* и более легкая — *дебильность*.

Страдающие идиотией не овладевают речью, тем более — счетом и письмом, иногда не ходят или плохо ходят, бывают неопрятны мочой и калом. Идиотами признают подростков или взрослых с умственным развитием, соответствующим развитию здоровых детей до 3 лет. Имбецилы говорят, хотя речевой запас их беден, в их речи имеются лишь конкретные обозначения отдельных предметов. Они овладевают конкретным счетом в пределах двух десятков; двигательная сфера у них может быть близкой к норме, они могут быть приучены к опрятности

---

<sup>1</sup> Вопросы о психических и психопатических особенностях детей-олигофренов у нас хорошо разработаны (Г. Я. Трошин, Г. Е. Сухарева, С. С. Миухин, М. С. Певзнер и др.).



и к элементарнейшим формам труда. Взрослые люди, если уровень их умственного развития соответствует развитию детей от 3 до 8 лет, практически относятся к имбецилам.

Дебилы могут научиться читать, писать и считать даже в пределах сотен и тысяч, но усвоить программы средней школы не могут. Для их обучения создаются вспомогательные школы. Они могут хорошо овладевать несложными ремеслами. Взрослые дебилы по умственному развитию соответствуют нормальным детям восьми лет с небольшим. Принятое деление по степеням развития интеллекта, во-первых, в известной мере представляется односторонне количественным, во-вторых, не предусматривает переходов, существующих между формами. Кроме того, сопоставление взрослого олигофрена со здоровым ребенком может быть принято лишь весьма условно. Не останавливаясь на клинической характеристике групп умственно недоразвитых, отметим лишь важное с точки зрения не только проблемы психического развития, но и в смысле соотношения мозга и психики, организма и психики положение о том, что задержка процесса психического развития может быть связана с различными причинами, нарушающими строение и функции мозга. Так, известна, например, нервно-кожно-диспластическая («туберозный склероз»), нейроангиоматозная, нервно-костная умственная недостаточность. О нейроинкреторной уже упоминалось. Травма, инфекция и интоксикация, поражая в разной степени и в разных формах структуру и функции мозга, могут также являться причиной нарушений психического развития.

Помимо критерия уровня развития, для деления олигофрении и других форм психического недоразвития на группы используется еще признак вялости (или торпидности) и возбудимости. Отмечено, что не существует полного параллелизма между моторикой и интеллектом. Наблюдаются подвижные и двигательные ловкие олигофрены, вместе с тем описана «моторная дебильность» (Dupré, Heller), характеризуемая отставанием развития моторики при относительно удовлетворительном развитии интеллекта. Вопросы особенностей моторики в связи с психикой освещались у нас в работах Л. Ю. Квинта, М. О. Гуревича, Н. И. Озерецкого и М. С. Лебединского.

Олигофрению следует отличать от патологии развития, вызванной органическим поражением мозга, возникшим хотя и в детском, но относительно более позднем возрасте. При таких поражениях головного мозга задержка развития психики соединяется с регрессом или патологическим изменением уже сложившихся психических процессов и функций.

Очень важно различать олигофрению от временных задержек развития под влиянием различных причин, временно создающих неблагоприятные условия развития (соматическая болезнь, особо неблагоприятные социальные условия и пр.).



Не всегда нарушения психического развития связаны с первичным поражением мозга. *Кретинизм* или *микседема*, т. е. заболевание, связанное с недостаточностью щитовидной железы, является наиболее ярким примером эндокринно обусловленного недоразвития психики. Соматические заболевания, ослабляющие и истощающие, могут вызвать временное отставание ребенка в развитии. При устранении соматических причин такой ребенок обычно наверстывает упущенное.

Отставание психического развития может иметь причиной нарушения в отдельных анализаторах. Слепые, глухие и тугоухие дети только в результате специального обучения могут интеллектуально догнать своих здоровых сверстников. Замечательные успехи педагогического процесса у слепо-глухих детей у нас были достигнуты И. А. Соколянским и другими специалистами педагогами.

От олигофрении как врожденного или в раннем возрасте обусловленного отставания психического развития отличаются также задержки развития отдельных функциональных систем. Сюда прежде всего надо отнести алалию, т. е. врожденную задержку развития речи. Конечно, нарушение столь важной системы, как речь, не может не отражаться в той или иной мере и на общем развитии психики. Можно указать и на алексию, которая в некоторых случаях имеет и наследственные источники.

Нужно учесть, что местный очаг поражения может задерживать общее развитие также в силу его влияния на общую мозговую динамику, так же и вследствие образования неблагоприятных условий отражения действительности, характера общения с внешним миром, отношения больного к дефекту.

При всех обстоятельствах врач, психолог и педагог должны, во-первых, отличать болезненно обусловленное общее недоразвитие психики от недоразвития той или иной из ее отдельных систем или от временной задержки развития; во-вторых, необходимо как можно раньше начинать и как можно систематичнее и настойчивее проводить обучение, какова бы ни была степень выраженности нарушения.

Другая форма патологического развития — *психопатия* — многократно и многообразно описывалась в психиатрии. К вопросу о психопатии в свое время подошел Mogel с его учением о дегенерации, т. е. прогрессирующем ухудшении свойств нервной системы, начиная с психической неуравновешенности, которая особенно характеризовала «дегенератов». Но эта теория имеет лишь историческое значение. Термин и понятие психопатии связаны с именем И. М. Балинского и В. Х. Кандинского. Аналогичные картины описывал Koch под названием психопатической неполноценности. Главное в понятии психопатии относится к особенностям личности психопата. Прежде всего психопатия



определяется как врожденно обусловленная аномалия психического развития, т. е. аномалия, вызываемая не внешними или соматическими причинами, а какими-то еще конкретно недостаточно ясными особенностями мозга и его динамики. Хотя ряд авторов справедливо указывал на то, что патологическое развитие психопата является результатом комбинации врожденных условий и неблагоприятных прижизненных влияний, но наиболее убедительной и поучительной формой является та, в которой патологическая личность формируется вопреки благоприятным внешним условиям воспитания.

Личность психопата обычно характеризуется нервно-психической диспропорцией или дисгармонией, чрезмерно выраженной гипертрофией одних черт характера и недоразвитием других. Так, импульсивный психопат характеризуется чрезмерной возбудимостью при недостаточности самоконтроля. «Неустойчивые» психопаты, «инстабли» характеризуются частыми немотивированными колебаниями настроения, которые при недостатке контроля сказываются в неустойчивости всего поведения.

Здесь патология проявляется недоразвитием определенных черт. Это аффективно лабильные, неустойчивые люди, часто легко поддающиеся под посторонние влияния, лишённые в своем поведении прочной доминанты.

В других случаях, например, у гипертимных или депрессивных психопатов, развитие нарушается наличием таких черт, которые нельзя рассматривать как гипертрофию или недоразвитие, но которые представляют стойкие нарушения психического тонуса, препятствующие нормальному формированию личности. Наконец, в третьей группе психопатов выступают на первое место такие черты, которые можно признать психопатическими, если условия развития были нормальными, но которые также могут быть и результатом травмирующих и уродующих психику внешних влияний. В последнем случае мы рассматриваем их как *невротическое развитие*, т. е. как болезненное развитие, обусловленное не врожденными свойствами, а в основном прижизненными неблагоприятными влияниями. Примером могут служить «неуверенные в себе», «боязливые» и «ищущие признания». Как показывает опыт, первые два свойства характерны не только для психопатов, но и для страдающих неврозами типа психастении, третье свойство характерно для истерии.

Следует упомянуть о нарушении развития по типу *невротического развития* в связи с состояниями так называемой *депривации*, которые привлекают в настоящее время внимание многих психологов и врачей. Авторы монографий, посвященных этим вопросам (Langmeyer, Matejcek), определяют депривацию как состояние, при котором взрослый или ребенок лишен возможности удовлетворения жизненно важных психических потребностей.



Надо, наконец, заметить, что неправильное воспитание может и не вызывая болезни сформировать подобные черты характера (воспитание подавляющее или изнеживающее). Однако о патологии характера можно говорить не только по степени выраженности указанных свойств личности, но и по степени неподатливости убеждению, перевоспитанию или корригирующему воздействию.

Обе указанные основные формы патологического психического развития, психопатическое и невротическое, являются непосредственным результатом патологического изменения динамики мозговых процессов.

**Соматические болезни ребенка и психическое развитие.** Всякая болезнь, особенно в детском возрасте, значительно изменяет реактивность, возбудимость и тормозимость процессов нервной деятельности. Резко изменяет болезнь впечатлительность ребенка. При вызванных болезнью ограничениях движений может даже обнаруживаться компенсаторное усиленное интеллектуальное развитие. Впечатлительность и астеническая возбудимость при неблагоприятных условиях развития превращаются в капризность или осложняются ею. Важную задачу представляет поддержка бодрости и формирование самообладания у больного ребенка.

Особую область медико-психологических проблем развития представляют те, которые относятся к детям, перенесшим увечья, детям-рецепторопатам (глухие, слепые), в отношении которых возникают не только психо-физиологические проблемы компенсации одного дефекта, но и психолого-педагогическая задача предотвращения или преодоления ими чувства неполноценности и связанного с этим патологического формирования характера.

В связи с болезненным изменением впечатлительности и реактивности ребенка встает задача правильного подхода к нему, ухода за ним, обеспечения правильного режима и проведения лечебных процедур. Здесь воспитание ребенка осложняется иногда величайшими трудностями, в преодолении которых врач оказывается тем более полезен, чем выше его психолого-педагогическая подготовка. Практика восстановительной и образовательной работы, которая здесь должна в максимальной степени опираться на учет особенностей психики ребенка, представляет самостоятельную область знаний, недочеты в этой области в огромной степени зависят от недостаточной психологической грамотности обслуживающего ребенка медицинского и педагогического персонала.

**Процесс психической инволюции.** Обратную сторону процесса развития представляет возрастной регресс — инволюция. Этот регресс обнаруживается в общей, частичной или в системной форме. Одну из форм или стадий общего регресса представляет



климакс, выраженный более у женщин, хотя он обнаруживается в ряде случаев и у мужчин. Проявляясь прежде всего изменением функции половых желез, климакс сопровождается изменением тонуса вегетативной нервной системы и, что наиболее интересно с медико-психологической точки зрения, взаимно усиливающим сочетанием эмоциональной лабильности и переживания увядания. При этом не наблюдается заметного интеллектуального регресса. Нормально протекающий соматический климакс не сопровождается заметными изменениями в психике.

В пожилом и старческом возрасте явления регресса характеризуются снижением в различной степени работоспособности, ухудшением памяти, нарастанием эмоциональной лабильности и раздражительной слабости, затруднением в запоминании и «схватывании» нового. Существуют поражения мозга, при которых в старческом возрасте возникает особая форма регресса психики — старческое слабоумие.

Естественно, возникает вопрос, какую роль в старческой инволюции играет психогенный момент. Эта сторона достаточно не исследована, но, несомненно, снижение работоспособности, памяти, способности усвоения, переживаемые как возрастной и притом нарастающий дефект вызывает чувство неполноценности раздражения, неуверенность, тревогу и депрессивное настроение.

Возрастная инволюция представляет существенный материал для проблемы «мозг и психика». Структурная инволюция мозга — атрофические процессы в нем, характеризующаясь снижением его функциональных свойств, сопровождаются реакцией личности на это снижение, а также на изменения жизненной ситуации.

Психиатрия знает о возможности не общей, а системной атрофии мозга, сопровождающейся преимущественно своеобразным изменением мышления и памяти, что обнаруживается при таких заболеваниях, как болезнь Пика и болезнь Альцгеймера, которые давно известны с клинико-описательной и патогистологической стороны. Более глубокое изучение этих заболеваний составляет задачу дальнейших исследований.

**Психика соматически больного и выздоравливающего.** Еще почти совершенно не изучена психическая сторона в развитии всякого соматического заболевания. Как известно, обычно заболевание начинается со стадии «предвестников». В ряде случаев эти предвестники отчетливо проявляются в психических и сомато-психических симптомах. В сущности стадия предвестников — это начальная стадия болезни. Так в начальной фазе сыпного тифа обнаруживается головная боль и боль в пояснице. Ряд инфекционных заболеваний начинается с чувства общего недомогания, разбитости, инактивности. Начало заболевания у детей нередко



обнаруживается утратой аппетита, капризностью или вялостью. Это все непосредственные психические проявления соматического заболевания, симптомы или индикаторы болезни. С психологической точки зрения особенно важной фазой каждого заболевания является момент осознания больным болезни и реакции на нее. Осознание болезни как мимолетного эпизода, конечно, не имеет значения, но восприятие ее как угрозы страданий, перспективы инвалидности или смертельного исхода вызывает тревогу или резкую депрессию. Отчаяние и безнадежность, тревога и приступы страха влекут за собой резкое ухудшение трофики и защитной способности организма. Пессимизм, переживание безнадежности может приводить к пренебрежению лечебными назначениями или к ипохондрическому состоянию. Тревожно-депрессивно-ипохондрическое состояние может проявляться в известных социальных условиях и безудержным «прожиганием» жизни, может, наконец, привести к отчаянию и даже к самоубийству. Не всегда ясны здесь пути целесообразного воздействия врача на личность, но несомненно, что умелое психотерапевтическое вмешательство врача, правильно оценившего состояние психики больного, оказывает существенную помощь сомато-терапевтическим мероприятиям.

При всех степенях упорства и длительности заболевания, особенно при стойком дефекте, необходимо мужество, моральная стойкость больного, чтобы при сознании тяжести болезни или непоправимости дефекта найти в себе силы для борьбы с ним и для возможной *реадаптации*.

Выздоровление также представляет процесс, который нередко требует от больного выдержки в следовании назначениям врача и предписанного режима.

Как в борьбе с болезнью, так и в процессе выздоровления, особенно если оно протекает длительно и с колебаниями, существенно сказываются особенности характера больного, его боязливость, мнительность или, наоборот, самообладание, стойкость и другие морально-волевые качества, которые, однако, могут быть и изменены болезнью.

Даже там, где болезнь кажется стабильной, происходит на самом деле процесс ее развития, который меняет отношение больного к болезни, вызывает приспособление, примирение, разочарование, отчаяние или надежду и уверенность. Стабильная болезнь — это испытание физических сил, моральной выносливости и оптимизма больного. На всех фазах развития любой болезни роль личности больного и психотерапевтическое влияние врача имеют очень большое значение для исхода заболевания. С психологической стороны проблема развития болезни должна изучаться в разнообразных планах. Для диагностики этого развития необходим выбор соответствующих экспериментально-психологических методов исследования.



**Методы диагностики.** Конечно, само психическое развитие представляется многосторонним, так как развиваются все стороны психики и в каждой из них могут быть обнаружены нарушения. Здесь, однако, условно разделяют две главные группы свойств: свойства интеллекта и одаренности и свойства характера и моральный облик личности. В большей степени разрабатывались до сих пор методы диагностики нарушений интеллекта.

Наиболее широкое применение получила система тестов Binet — Simon, исходящая из положения, что в процессе нормального развития человек становится способным разрешать все более сложные и многообразные задачи. Поэтому решение задач, по сложности соответствующих тому или иному паспортному возрасту, опережение или отставание от паспортного возраста является для Binet показателем нормального умственного развития, ускоренного развития или патологической задержки развития. Так как предложенные Binet тесты соответствуют, как он полагал, годам по возрасту, уровень психического развития определяется по тестам того возраста, решение которых доступно для испытуемого. В системе Binet — Simon умственное развитие или умственный возраст ( $IQ$ ) определяется по числу решенных задач, в процентах к паспортному возрасту.

По каждой такой задаче выводится балл, который складывается с баллами, выведенными по другим задачам. Суммарный балл по статистически установленным нормам относится к среднему возрастному баллу. Если, например, по данным исследования интеллект, умственные способности ребенка — такие, как при таком же исследовании у детей 6 лет, а ему фактически исполнилось 10 лет, коэффициент интеллекта ( $IQ$ ) у него определяется — 60%. Показатель ниже 70% означает наличие олигофрении.

После некоторого увлечения тестами Binet психологи стали ясно понимать, что если условия жизни, воспитания, обучения детей благоприятны, то умственное развитие протекает быстрее, что темп развития не равнозначен одаренности, что он у разных лиц, в разных возрастах, в разных условиях протекает различно, что существуют разные структуры или типы умственного развития, что, наконец, одаренность, развитие и успешность, — понятия не совпадающие.

Отсюда, естественно, вытекает ряд ограничений диагностической значимости тестов. Игнорирование этого в капиталистических странах позволило использовать в ряде случаев практику тестирования с реакционно классовыми целями для преимущественного зачисления в школу детей обеспеченных родителей, так как у этих детей без поправки на имущественную обеспеченность показатели тестирования оказываются, как правило, лучшими, нежели даже у ряда одаренных детей мало обеспе-



ченных родителей. Система тестов была подвергнута критике не только в СССР, но и за рубежом (Simon, 1958, и др.).

Широкое распространение также приобрела за рубежом система тестов Wechsler (1937) с вариантами для взрослых и детей. Система Wechsler, по его словам, является испытанием не интеллекта, а личности в целом. Задачи большей частью заимствованы Wechsler из других систем тестов. В его систему входят 6 словесных и 5 тестов практического действия. Первые 6 заключаются в испытаниях: 1) осведомленности, 2) общей сообразительности, 3) воспроизведения чисел, 4) решения арифметических задач, 5) установления сходства, 6) определения 42 слов. Пять тестов действия представляют задачи на: 1) узнавание объектов с недостающими частями, 2) установление последовательности картин, 3) складывание рисунков из частей, 4) составление геометрических фигур из частей (от 9 до 16) по образцу, 5) шифровку чисел согласно коду в течение 90 секунд. В результате тестирования составляется график, подобный предложенному в свое время у нас психологическому профилю Г. И. Россолимо. В методике Wechsler сделана также попытка показать особенности профиля личности в связи с особенностями психического заболевания.

Данные о применении тестов Wechsler собраны на большом статистическом материале и тщательно разработаны, но принципиальные возражения, которые выдвигаются против системы тестов, и здесь остаются в силе.

Если тесты Wechsler представляют, по его утверждению, испытания умственного развития и испытания особенностей личности, то это лишь отчасти верно, поскольку личность проявляется при всяких испытаниях. Однако эти тесты характеризуют личность лишь с ее интеллектуальной стороны. Попытка охарактеризовать личность дана и в тестах Rorschach и в проективных тестах. Хотя тесты Rorschach — нахождение смысла в чернильных цветных или черных пятнах — получили за рубежом широкое распространение и основаны на связи наших восприятий с нашими интересами и переживаниями, однако методическая сторона их недостаточно разработана. Теоретически они опираются по большей части на концепцию психоанализа, практическая значимость их справедливо подвергается сомнениям.

Можно еще упомянуть о шкале социальной зрелости Wipeland, которая действия исследуемого рассматривает как показатели его социальной зрелости. Она содержит 117 испытаний, распределенных по возрастам от нескольких месяцев до 25 лет. Испытания разнообразны: от элементарной способности держать голову прямо, схватывать объекты, ходить до сложной деятельности — способности к обобщению и творческому труду.



Не имея в виду дать характеристику всех предложенных приемов диагностики психического развития, отметим наметившуюся тенденцию отхода от попыток общего и абстрактного определения ступеней развития и растущее признание роли социальных условий для развития.

Бесспорно, вместе с тем, что задача экономных, рациональных методов определения уровня психического развития в норме и патологии является теоретически и практически очень важной. Хотя принцип индивидуализации исследования остается неизбывным и всякая стандартизация исследования неизбежно вызывает справедливую критику, однако необходимость быстрой ориентировки в психическом развитии испытуемого при современном уровне статистически-математических методов, в частности вероятностного метода, требует не огульного отказа, а разумного, продуманного подхода к дальнейшей творческой разработке и критической проверке приемов измерения уровня психического развития. Этот вопрос является проблемой сегодняшнего дня.



## ПРОБЛЕМА СОЗНАНИЯ В МЕДИЦИНЕ

**Сознание и бессознательные процессы.** Проблеме сознания посвящено много философских, психологических и психиатрических работ. Советская медицинская психология в своем изучении вопросов сознания опирается на те из них, которые написаны с позиций диалектического материализма. Из современных психологических и психопатологических работ советских авторов значительную ценность представляют работы Ф. В. Бассина, А. Н. Леонтьева, А. А. Меграбяна, С. Л. Рубинштейна, Е. В. Шороховой.

Сознание — высшая форма отражения действительности, присущая лишь человеку, наиболее сложное проявление процессов нервно-психической деятельности. Поэтому было бы неправильно отождествлять «сознательное» и «психическое». Второе шире первого. Вне общества сознание не существует. Сознание представляет собой наиболее высокий продукт общественно-трудового развития. К. Маркс писал: «Сознание, следовательно, с самого начала есть общественный продукт и остается им, пока вообще существуют люди»<sup>1</sup>.

Сознание неразрывно связано с речью, языком. Сознание есть всегда знание о чем-то. Но сознание есть не только знание, но и отношение. Осознание объектов внешнего мира неотделимо от отношения субъекта к объекту, от отношения осознающего к осознаваемому и от переживаний человека.

Понятие «сознание» относится как к отдельному человеку (индивидуальное сознание), так и к обществу (общественное сознание). Социальная природа индивидуального сознания не дает основания для отождествления индивидуального сознания с общественным.

<sup>1</sup> К. Маркс и Ф. Энгельс. Соч., изд. 2, т. 3, 1955, стр. 29.



Общественное сознание как отражение общественного бытия включает в себя политические, философские, правовые, художественно-эстетические взгляды, морально-этические идеи, нормы, научные знания.

Общественное сознание безусловно влияет на индивидуальное сознание, на его развитие. Врачу приходится в ряде случаев касаться некоторых идей, эстетических норм, но все же главной проблемой медицинской психологии является индивидуальное сознание.

Глубокое психологическое и физиологическое изучение сознания больного человека имеет огромное теоретическое и практическое значение. Клинические наблюдения играют важнейшую роль в изучении сознания как функции головного мозга, физиологической основой которой является высшая нервная деятельность. Решающее значение для сознания, его развития и сохранности имеет кора головного мозга и в первую очередь вторая сигнальная система. Попытки ряда авторов локализовать анатомическую основу сознательных процессов в подкорковых образованиях (Penfield и др.) не выдержали проверки опытом. В настоящее время можно считать доказанной роль подкорковых образований с ретикулярной формацией в поддержании тонуса сознания, уровня бодрствования. Можно согласиться с указанием Ф. В. Бассина, что под «уровнем бодрствования» следует понимать то, о чем в клинике принято говорить, как о ясности сознания, или то, что имел в виду И. П. Павлов, говоря о тонусе коры. Эти понятия далеко не тождественны с понятием сознания.

Сознание человека целостно и едино. Сознание обеспечивает человеку не только наиболее высокий уровень отражения действительности, но и высокий уровень саморегуляции. Оно делает человека способным не только познавать, но и преобразовывать мир. Сознание проявляется и формируется в деятельности. Первостепенное значение здесь имеет положение марксистско-ленинской философии об активном характере сознания, о неразрывной связи сознания с действительностью. Изменения в мозгу под влиянием болезни, некоторых ядовитых веществ и пр. сказываются на обеих тесно связанных между собой сторонах сознания: как на его содержании, так и на уровне бодрствования (ясности, тонусе), в настоящее время существенно освещаемом данными электрофизиологических методов исследования.

Обсуждения требует существенный и для общей и для медицинской психологии вопрос о сознании и бессознательном в их соотношении.

Существует ли несознаваемое психическое? Может быть, несознаваемое психическое это просто физиологический процесс? По этому вопросу не существует единогласия. Мы полагаем, что сознательным в психике является то, что наиболее отчетливо



переживается человеком, что наиболее полно и разносторонне связывается с его опытом, что для него в данный момент актуально значимо и в чем он дает себе отчет. Как известно, в психическом процессе, в одновременности и в последовательности имеется более или менее ясно осознаваемые компоненты. Наиболее отчетливые компоненты, как говорят, находятся в фокусе сознания, а от этого фокуса существует ряд переходов к тем компонентам, которые ранее сознавались и перестали сознаваться, но могут опять стать осознаваемыми.

Вопрос о смутно сознаваемом и совершенно несознаваемом — вопрос градаций. Поэтому процессы, не находящиеся в фокусе сознания и даже несознаваемые, но сознававшиеся ранее и могущие быть осознанными впервые или вновь, нам представляется, можно считать психическими, не говоря о том, что они являются в то же время мозговыми, физиологическими. Несомненно, что влечения, эмоции, ощущения, некоторые стороны мышления могут быть неосознаваемыми. Изучение этих явлений во всем их многообразии для клиники весьма важно. Но понимая это, мы вместе с тем решительно отвергаем выделение фрейдизмом бессознательного в отдельную, первичную, независимую от действительности, от социальной среды, иррациональную, противостоящую сознанию, доминирующую над ним область психики, якобы решающую инстанцию в здоровье и в болезни. Динамически подвижные соотношения между сознательными и бессознательными психическими процессами определяются характером взаимоотношения субъекта с действительностью, его жизненным опытом, историческим опытом человечества, а также, конечно, и состоянием центральной нервной системы. Наши позиции в этом вопросе определяются тем, что сознание — функция мозга, специфически человеческая форма отражения мира человеком, которой принадлежит ведущее место в психике, в деятельности человека.

Вопрос о различных оттенках понимания и о предпочтительности терминов — бессознательное, предсознательное, внесознательное в их соотношении с сознательным, освещается в ряде работ (Ф. В. Бассин, 1961; А. Г. Спиркин, 1960; Е. В. Шорохова, 1961).

Сознание человеком самого себя, соединение им в себе субъекта и объекта, возникает и развивается в результате практической деятельности, взаимоотношения с другими людьми и всегда неразрывно связано с отражением реальной действительности. Самосознание играет важнейшую роль в саморегуляции, самоконтроле человека. Болезнь может изменить самосознание и, в частности, нарушить осознание самого себя, как больного, или понимание себя как личности, своего «я». Вопросам сознания своей болезни и значения этого вида самосознания посвящены работы Л. Л. Рохлина и др.



**Сон и бодрствование.** Сон представляет такое состояние человека, в котором при его достаточной глубине он лишен сознания и при котором резко понижены функции анализаторов.

Известно, что сон бывает различной глубины. Неглубокий или беспокойный сон сопровождается сновидениями. Иногда по пробуждении человек помнит содержание сновидений, в других случаях воспроизводит лишь отрывки, или помнит, что ему что-то снилось, например, «мучил какой-то кошмар», но содержания его вспомнить не в состоянии. Иной раз во время сна человек вступает в разговор с кем-нибудь из окружающих, производит какие-то действия, как будто сознавая, что говорит и что делает, но по пробуждении ничего вспомнить не может.

Очевидно, что сновидения, которые вспоминаются, относятся в какой-то мере к осознаваемой или сознательной психической деятельности. А то, что мы не можем вспомнить (из совершающегося или только что совершившегося) и не можем дать об этом себе и другим отчет, относится к области неосознанного.

Известно, что из внутренней среды организма постоянно через соответствующие нервы идут импульсы к головному мозгу. Но также известно, что здоровым человеком эти импульсы не осознаются. С другой стороны, деятельность внутренних органов регулируется корой головного мозга. В отношении к слюнной железе и к желудку это было показано И. П. Павловым методом условных рефлексов, позднее К. М. Быковым в отношении других органов. Еще раньше В. М. Бехтеревым и Н. А. Миславским и другими показано влияние прямого раздражения коры головного мозга на деятельность внутренних органов. Иногда отсутствие отражения в сознании вегетативно-соматических процессов приводят как пример их бессознательности. Однако этот пример является ошибочным, так как эти процессы являются не только неосознанными, но не являются вообще психическими процессами.

При осуществлении человеком сложной деятельности он выполняет значительную часть действий автоматически, т. е. не отдавая себе в них отчета и не делая специального усилия для их выполнения. При исполнении музыкантом-виртуозом сложной, технически трудной части произведения, он с поразительной быстротой, точностью, четкой динамической модулированностью каждой ноты вызывает сложнейшие каскады звуковых потоков, не осознавая каждого отдельного импульса. Однако история подготовки исполнения показывает, что каждый звук, до того как исполнитель овладеет пьесой, вызывается намеренно и сознательно. Более простым является пример конькобежца, который скользит по льду, совсем «не думая» об отдельных своих движениях иначе — не отдавая себе о них отчета. Эти хорошо известные психологические факты представляют автоматизацию сознательных волевых действий, т. е. переход сознательных волевых актов в привычные автоматические, неосознаваемые.



Другим повседневным фактом является соотношение знания и сознания. Например, человек говорит, что он знает два стихотворения А. С. Пушкина и М. Ю. Лермонтова под одним названием «Пророк», но различие этих стихов осознается им только, когда он их воспроизводит. При этом, когда одна строфа сознается, предшествующая уже оказывается вне поля сознания. Это относится ко всем знаниям человека. Они существуют в памяти, но могут осознаваться или неосознаваться.

Мы направляем мысль или воспроизведение на определенное содержание. Мы произвольно вспоминаем какой-либо в этот момент еще неосознаваемый факт, который при этом становится опять сознаваемым, иначе фактом сознательной деятельности.

Фамилии, имена, факты, давно позабытые, которые мы произвольно воспроизвести не можем, иногда вдруг самопроизвольно возникают в сознании. Значит, так же сохраняется и опыт, который мы не можем произвольным усилием сделать сознательным. И из того, что мы иногда легко воспроизводим факт или имя, иногда с трудом, иногда они лишь самопроизвольно возникают в нашем сознании, явствует, что соотношение осознаваемого и неосознаваемого в различных случаях различно.

Описаны достаточно достоверные и многочисленные факты «бессознательного творчества» — решения не поддающихся сознательному усилию задач, создание поэтических произведений во сне. В качестве примера можно привести сообщение известного математика Поинсаге (1910) о том, как он пытался разрешить трудную теоретическую задачу, но после длительных и бесплодных попыток оставил мысли о задаче и поехал на прогулку. Когда же он поднял ногу, садясь на омнибус, он вдруг молниеносно схватил решение задачи. Таковы же указания авторов о некоторых поэтических произведениях. Здесь опыт не достигает, конечно, экспериментальной точности, но нельзя не признать фактом возможность сложной деятельности, дающей творческий результат, но не поддающейся учету и отчету со стороны самого деятеля.

Сновидения, так же как и неосознаваемые элементы процесса решения задач, являются фактами нормальной психической деятельности. Медико-психологический опыт дает и другой материал для представления о подсознательном.

Сюда, например, относятся опыты с гипнотическим внушением. Загипнотизированному внушается, что по пробуждении он что-либо скажет или сделает при определенном сигнале. Например, чихнет, когда кто-то из присутствующих спросит: который сейчас час? Находящемся в гипнотическом сне внушается постгипнотическая амнезия, т. е. забвение того, что делалось и внушалось в гипнозе. По пробуждении он, не помня о внушении, выполняет то, что было внушено, т. е. чихает при вопросе о часе.



Если в гипнозе внушается постгипнотическая утрата той или иной чувствительности, или внушается постгипнотическая отрицательная галлюцинация, например, временная неспособность видеть кого-либо из присутствующих на сеансе (лиц или предметов), то эти и подобные им внушения могут реализоваться затем в бодрственном состоянии.

Многочисленные опыты этого рода убедительно показывают, что пробужденные после гипноза не помнят того, что внушалось им в гипнозе, и тем не менее по сигналу часто с удивлением или недоумением выполняют внушенное. Можно сказать, что формула приказа существовала в мозгу гипнотизированного при выходе из гипнотического состояния и, когда появилось сигнальное раздражение, действие осуществилось. Наиболее яркие проявления гипноза обнаруживаются у невротических, особенно истерических личностей.

Это показывает, что особенности соотношения сознательного с неосознаваемым зависят в большей мере от типа и состояния нервной системы.

К области изменений сознания относятся опыты с так называемым автоматическим письмом, привлекавшим внимание ряда авторов в начале XX в. (Sidis, Prince, Janet, Bichet и др.). Сущность этих опытов заключалась в том, что рука больной, обычно страдающей истерией, клалась на пишущую планшетку или в руку больной вкладывался карандаш. Рука больной «без ее ведома», то в ответ на вопросы врача, то спонтанно, писала на бумаге о самой больной. По поводу написанного больная утверждала, что о написанном не думала или этого не знала.

Для понимания этого рода явлений представляет интерес одно давнее наблюдение Janet.

Двадцатилетняя девушка страдала так называемым *амбулаторным автоматизмом*, при котором больные совершают ряд действий, в известной мере осмысленных, но потом, по выходе из этого своеобразно измененного сознания, ничего о них, как будто, не помнят.

В периоды этих приступов изменения сознания девушка уходила на несколько дней из родительского дома. После припадка, возвратясь домой, она не в состоянии была ничего рассказать о том, где она находилась, что делала. Между тем Janet указывал: «Когда ее внимание было отвлечено и она думала о чем-то постороннем, я вложил карандаш в ее правую руку и, по-видимому, совершенно не сознавая, что она делает, она написала мне следующее письмо: «Я ушла из дому, потому что мама обвиняет меня в том, что у меня есть возлюбленный, а это неправда. Я не могу с ней больше жить. Я продала свои драгоценности, чтобы заплатить за билет. Я села на такой-то поезд» и т. д. Тут же на соответствующий вопрос больная отвечает, что не помнит, где она была, что делала.

В одной ситуации больная не осознает, что делала в период измененного сознания, а в другой помнит. Очевидно, когда «больной пункт» задевается наиболее непосредственно и прямо, торможение становится наиболее полным (охранительное торможение, по И. П. Павлову). Здесь можно ясно увидеть, на-



сколько тесно сознательное связано с неосознаваемым, насколько переход от одного к другому зависит от состояния больного, от фазы тормозного процесса.

Однако внушенные действия в постгипнотическом состоянии и даже в гипнозе не осуществляются, если они противоречат тенденциям личности. Вопрос о возможности внушенного преступления подвергался дискуссии, но следует считать, что подобное внушение может осуществиться только, если у гипнотизируемого нет достаточной готовности к противодействию. Примеры этого, а также приспособления формы осуществления внушения к готовности личности приведены в работе М. С. Лебединского (1959).

Наконец, можно указать на привлекавшее внимание невропатологов, психиатров и психологов конца XIX в. явление раздвоения личности или множественной личности. Упомянем лишь о двух примерах из довольно значительного числа их. Один — это очень известный случай Фелиды Х., описанный Azam.

Речь идет о том, что у Фелиды Х. сменялись 2 состояния сознания, причем характер ее поведения резко менялся. В одном состоянии она была серьезна, грустна, в другом состоянии она была легкомысленна и весела. В первом состоянии она не знала о втором, во втором знала первое и пренебрежительно относилась к нему.

В другом случае, описанном Bouggu и Birot, речь шла об одном молодом человеке, который страдал приступами эпилептиформных судорог. У него отмечались шесть сменяющихся состояний личного сознания, в которых его поведение и характер менялись.

За более чем 40 лет работы в отделении невротозов и пограничных состояний нам (В. Н. Мясищев) не приходилось встречать отчетливо выраженных случаев такого раздвоения сознания. Вместе с тем признать их выдумкой нельзя, так как о них писали многие крупные невро-психиатры и психологи конца XIX в. Сами описания позволяют только признать, что речь шла о патологических субъектах, а смена состояний была связана в ряде случаев, хотя и не всегда это было заметно, с напряженным аффективным состоянием и сочеталась с амнезиями, относящимися обычно к периодам измененной личности.

С физиологической точки зрения И. П. Павлов определял сознание как участок оптимальной возбудимости в коре головного мозга. Эта формула была дана еще до этапа изучения им высшей нервной деятельности человека. Можно думать, что введенное И. П. Павловым понятие о второй сигнальной системе позволяет дополнить эту старую формулу. Очевидно при оптимальной возбудимости нервных процессов именно вторая сигнальная система обеспечивает сознательный обобщенный, т. е. наиболее глубокий, полный и связанный отчет о сущности



отражаемого. Во всяком случае бесспорно, что все огромное содержание сознания связано с корой головного мозга. Корой головного мозга осуществляется сложнейшая приспособительная деятельность, основанная на накоплении индивидуального опыта и его переработке. Высший уровень этой переработки, создание нового и преобразование действительности тем более основывается на деятельности коры головного мозга.

Однако само бодрствование коркового отдела головного мозга связано с деятельностью подкорковой области. И. П. Павлов, учитывая данные опытов Hess с раздражением области 3-го желудочка головного мозга, полагал, что его теория роли анализаторов в активизации сознательной деятельности не исключается данными Hess, так как раздражения в области 3-го желудочка блокируют или деблокируют приток импульсов с периферии к коре. Не менее важно другое положение И. П. Павлова, развитое на основании главным образом работ Л. А. Орбели о стимулирующем кору влиянии подкорковой области.

Многочисленные современные исследования о роли ретикулярной формации подтверждают и развивают эти положения. Через ретикулярную формацию идут восходящие (Magoun, Moguzzi, П. К. Анохин и др.) импульсы к коре головного мозга, из коры головного мозга через нее же осуществляется регулирующее, тормозящее, снижающее тонус и возбудимость и усиливающее влияние на нижележащие отделы мозга.

Интересны опыты А. Б. Когана, который, перерезав все корково-подкорковые пути у животных, мог установить, что у них сохранялось бодрствующее состояние. Таким образом, в самой коре головного мозга также, вероятно, имеются возможности поддержания ее тонуса.

Penfield в связи с установлением большой роли ретикулярной формации выдвинул положение о том, что основой сознательной деятельности является *центро-энцефалическая система*. Исходным для этой теории был тот факт, что удаление различных участков коры головного мозга не сопровождается потерей или расстройством сознания, а повреждение подкорковой области с находящейся в ней ретикулярной формацией вызывает утрату сознания. Однако эта теория не могла быть принята, так как она касалась лишь одной стороны сознания, а именно системы сна — бодрствования (*вигильности*), но не касалась содержания человеческого опыта, доступного сознанию, которое обусловлено деятельностью коры головного мозга. Что касается местных поражений, то также ошибкой было бы считать их не играющими роли в сознании, так как разрушение тех или иных полей коры головного мозга выключает в той или иной мере из сферы сознательной деятельности различные области опыта соответственно связанного со зрением, слухом, обонянием, ак-



тивными движениями и суставно-мышечной чувствительностью, или с речью экспрессивной и импрессивной.

Целостность мозга и заключается в том, что только неповрежденное состояние его обеспечивает сохранность всех сторон сознательной деятельности. Поэтому сознание является функцией целого мозга, а не какой-либо его части, а в этом целом

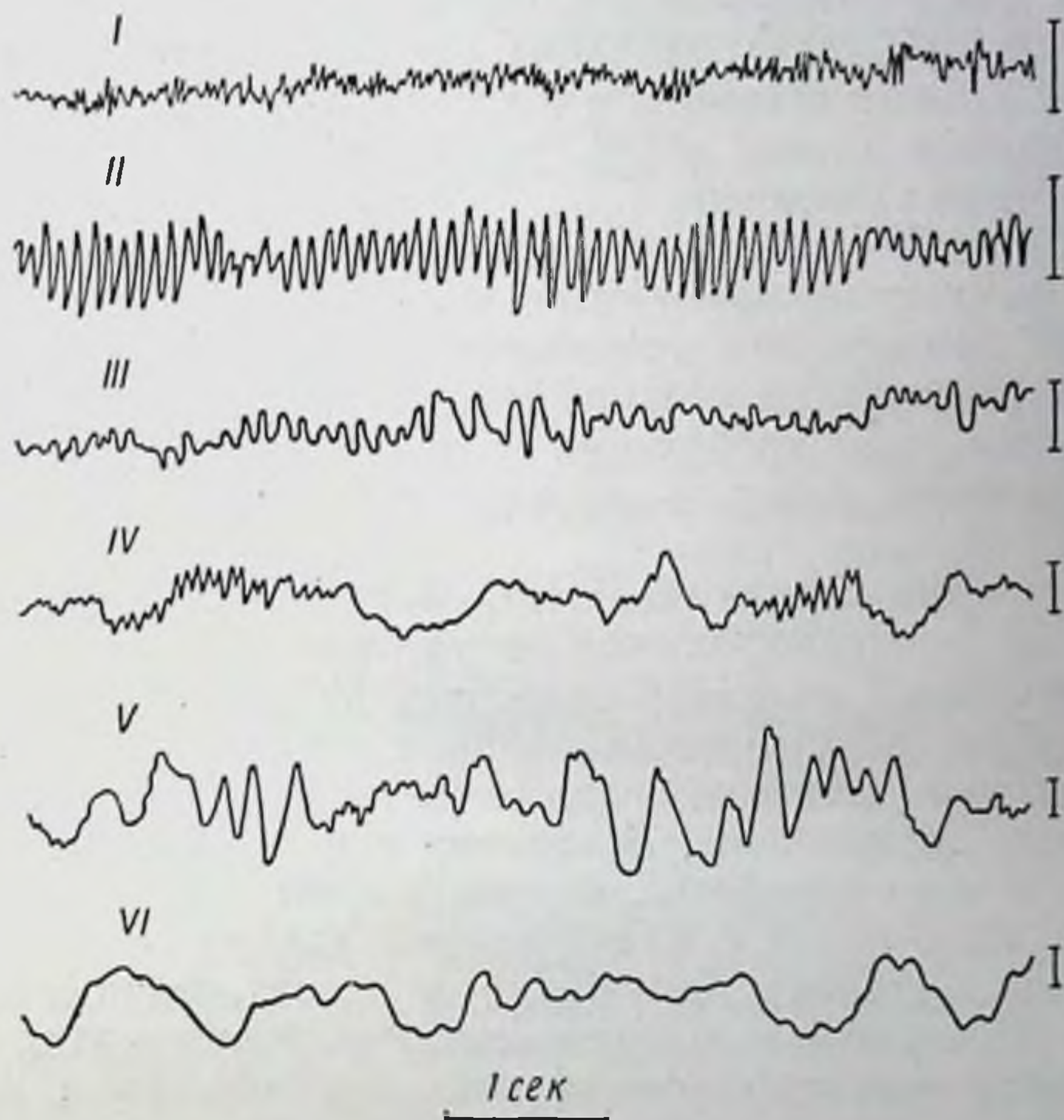


Рис. 4. Типичные электроэнцефалограммы, записанные при различных уровнях сознания (по Пенфилду и Джасперу, 1958).

I — возбуждение; II — покой; III — дремотное состояние; IV — засыпание; V — глубокий сон; VI — кома. Калибровка — 50 мкв.

ведущая роль принадлежит коре, с которой связано все содержание сознания.

Заслуживает внимания попытка электро-физиологического различения сознательного и бессознательного состояний и перехода одного в другое. Известны особенности электроэнцефалограммы (ЭЭГ) в бодрственном сознательном состоянии и при переходе к все более глубокой утрате сознания — ко сну, спячке (сопору) и коматозному состоянию (рис. 4). ЭЭГ бодрствования представляет в норме сочетание основного альфа-ритма (8—12 гц, амплитуда 20—70 мкв) с более частыми бета-ритмами (18—22 гц).



По мере торможения сознания появляются медленные тета-волны (5—6 гц) и дельта-волны (2—4 гц). Амплитуда колебания увеличивается, кривая колебаний приобретает веретенообразный характер, становится нерегулярной и, наконец, ритмические колебания утрачиваются.

Электроэнцефалограмма, отводимая с поверхности кожи черепа или даже с обнаженной поверхности мозга, представляет суммарный итог (синхронизации или десинхронизации) потенциалов отдельных клеток, и в настоящее время биотоки отводят и от отдельных клеток мозга, но и суммарные показатели не утратили своего значения.

Сотрудник В. Н. Мясищева В. А. Адамович (1961) установил важный факт контрафазности<sup>1</sup> в норме колебаний основного ритма ЭЭГ при отведении с лобного и затылочного полюсов. При расстройстве сознания контрафазность сменяется синфазностью. Этот признак, сам требующий физиологической расшифровки, является однако важным объективным признаком нарушения сознания.

**Расстройства сознания.** Расстройствам сознания посвящена большая психопатологическая литература. К этим патологическим изменениям сознания относятся разные степени помрачения сознания: от состояния *сомнолентности* и *обнубиляции* и до *коматозного сознания*. Сюда относятся состояния: *оглушения*, *сумеречное*, *онейроидное*, *делириозное* и *аментивное* состояния сознания. Эти расстройства интересуют нас здесь не только как синдромы в их связи с клиническими единицами и даже не с точки зрения степени нарушения и восстановления сознания, хотя для детального и компетентного освещения этих вопросов очень важна содружественная работа психолога и психиатра или психологические знания у психиатра. Нас здесь интересует характер расстройств в связи с особенностями сопутствующих психических нарушений. Для сокращения и для наглядности представляем эти состояния с основными психическими их компонентами в табл. 1.

Приводимая в табл. 1 схема не отражает всего конкретного многообразия клинической картины, а подчеркивает особенности наиболее значимых психических компонентов, нарушающихся при разных болезненных состояниях сознания. Можно отметить интересную шкалу расстройства сознания, разработанную А. А. Меграбяном (1959).

В области патологии сознания заслуживают внимания общие изменения и утраты сознания и его восстановления. Они могут быть экспериментально прослежены на опыте лечения шоками.

<sup>1</sup> Контрафазность представляет противоположное направление отклонений основного ритма ЭЭГ, отчетливо выступающее при сравнении ЭЭГ затылочного и лобного отделов мозга.



**Психологическая структура различных видов расстройств сознания**

состояние сознания	Психические процессы			
	мышление	восприятие и чувствительность	эмоциональность	активность психическая и моторная
От сомнолентного до коматозного	Более или менее нарушено	Пороги повышаются до полной утраты способности восприятия	Притуплена	Утрачивается с углублением расстройства сознания
Оглушенное	Замедлено, затруднено, обеднено	Пороги повышены	Понижена	Понижена
Сумеречное	Затруднено и обеднено	Объем сужен	Напряженность, взрывчатость, агрессивность	Импульсивность
Делириозное	Поверхностно, отрывочно, подчинено обманам восприятия и эмоциям	Загружено галлюцинациями и иллюзиями	Возбуждение Состояние страха, пугливость	Возбуждение психическое и моторное
Онейроидное	—	Загружено галлюцинациями	Лабильна, детерминировано обманами чувств	Пассивность
Аментивное	Осмысливание затруднено	Отрывочность, отвлекаемость внимания	Состояние растерянности	—

особенно инсулиновыми шоками, при которых сознание утрачивается и восстанавливается постепенно. Это выражается в состоянии способности отдавать себе отчет в окружающем, выполнять те или иные задания, реагировать на раздражения и предупреждение о них, т. е. на сенсорное и словесное воздействие.

Применяя психогальванометрический метод к исследованию динамики сознания при инсулиновых комах, мы отмечали колебания психогальванической реактивности от нормальной до полной ее утраты, свидетельствующие о разной степени нарушения чувствительности и сознания (В. Н. Мясищев).

Описанные выше состояния так называемого двойного или множественного сознания относятся не столько к изменениям



сознания, сколько к изменениям личности и самосознания. Самосознание есть существенная область сознания. Оно представляет сознание человеком самого себя, своих достоинств, недостатков, самооценку, понимание своих перспектив и задач. С нарушением сознания нарушается и самосознание, но приведенные случаи представляют примеры расстройства самосознания без нарушения осознания внешнего мира. В этой связи заслуживают также внимания расстройства восприятия своего тела, названные Schilder расстройствами схемы тела и заключающиеся в переживании больным кажущегося изменения, увеличения или уменьшения всего тела или отдельных частей его.

Расстройства отдельных видов чувствительности могут повлечь за собой парциальную утрату сознания в смысле утраты способности воспринимать и осознавать ощущения той или иной модальности.

Исследования, которые проводились В. Н. Мяснищевым (1930) и его сотрудником А. Г. Пановым (1933) показали, что при воздействии неосознаваемым (ниже порога сознания) тактильным или слуховым раздражением, подкрепляемым током, образуются условные рефлексы, которые могут быть дифференцированы. Г. В. Гершуни (1945) с сотрудниками установил, что гальваническая реакция может возникать на неслышимое, подпороговое, звуковое раздражение и что существует известный диапазон гальванической реакции на подпороговый и пороговый раздражители («подпороговый диапазон»), различный у здоровых и больных людей. Опыты А. Н. Леонтьева по образованию условных рефлексов при раздражении кожи светом могут быть отнесены сюда же. Это значит, что можно экспериментально обнаружить неосознаваемую не только элементарную сенсорную, но и ассоциативную или условнорефлекторную деятельность мозга. Сюда же относятся опыты Mazumoto, которые показывают, что неслышанная человеком речь действует на мозг, что обнаруживается изменением био-электрических кожных и мозговых потенциалов.

Заслуживают внимания в плане проблемы «сознания и бессознательного» исследования «установки», освещенной как реакция личности по Марбе, прекрасно, оригинально и разносторонне разработанной в отношении здоровых и нервно-психических больных Д. Н. Узнадзе и его многочисленными сотрудниками. Эти исследования установили, что при повторении действий выработывается в центральной нервной системе готовность воспринимать окружающее и действовать не в соответствии с наличными объективными условиями, а в соответствии с только что в эксперименте полученным опытом. Как показали эксперименты Д. Н. Узнадзе и его сотрудников, если исследуемый поднимает 10—20 раз правой и левой рукой два шара одинакового



размера, но разного веса, например, правый более тяжелый, то при последующем ему предъявлении шаров одного размера и одинакового веса, правый шар кажется легче левого. Возникает иллюзия, и это иллюзорное искажение может на короткое время отсюда перейти на зрение и слух.

Эта закономерность тщательно исследована и подтверждена как нормальный и индивидуально варьирующий факт. Показаны и изменения установки при болезни, например, при олигофрении достаточно отчетливо выраженной установки (по Д. Н. Узнадзе) не образуется. Установка не осознается, но влияет на сознательные процессы, и в этом ее важнейшее теоретическое и практическое значение.

Высказывалось предположение, что установка — это динамический стереотип И. П. Павлова. Однако интегральность установки, способность ее переключения в другие сенсорные системы не позволяют ее отождествлять с динамическим стереотипом. Ее следует считать неосознаваемой адаптивной перестройкой нервной деятельности в связи с предшествующим опытом.

Во всех приведенных данных бессознательные психические процессы исследовались клинически и экспериментально. Наши ученые-материалисты И. М. Сеченов, И. П. Павлов, В. М. Бехтерев признавали факты бессознательности. Однако здесь следует отметить, что в основу фрейдизма было положено ложное учение о бессознательном, для нас неприемлемое. Фрейд не касался всей проблемы бессознательного. Вместе с тем он выдвинул ложное центральное для его концепции понимание бессознательного, как «вытесненных сознанием, несовместимых с ним идей и представлений».

Фрейдизм у нас подвергался критике неоднократно. Эта критика вскрыла его ненаучность и реакционность, но отчетливо еще не ответила на ряд вопросов. Специальная критика фрейдовского бессознательного дана Ф. В. Бассиным в ряде работ. Им описаны случаи психогенных амнезий, когда больные забывают тягостные и невыносимые для них факты, наиболее близкие будто бы к понятию «вытесненного».

С. Л. Рубинштейн объяснял вытеснение механизмом отрицательной индукции. Ф. В. Бассин присоединяется к нему. Однако это допущение еще не может считаться достаточным и исчерпывающим.

В последнее время было обнаружено (у нас — А. А. Свядощем), что спящий человек способен к усвоению сообщаемого материала, причем опыты (недостаточно многочисленные) показывают, что запоминание во сне значительно продуктивнее, чем в бодрственном состоянии — так называемая гипнопедия. По пробуждении подвергшийся такому обучению помнит то, чему



его обучали, но не помнит, как это обучение происходило. К этому близки данные, полученные С. С. Либихом (Психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева) совместно с Э. Г. Рейдер, указывающие на то, что запоминание, например, английских двестишты в состоянии аутогенной тренировки по сравнению с обычным состоянием ускоряется в 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—3 раза. Эти факты также нельзя игнорировать в изучении проблемы взаимоотношения сознательного и бессознательного.

Проблема подсознательного в его связи с сознанием еще недостаточно у нас разработана. У нас ей мало уделяется внимания, а в капиталистических странах она толкуется в настоящее время рядом авторов с ложных позиций психоанализа, отрывающего бессознательное от сознания, приписывающего бессознательному основную ведущую роль в психике. Эта проблема требует дальнейшей разработки в психологическом, психопатологическом, физиологическом и психотерапевтическом планах с позиций диалектического материализма.

Колебания настроения, столь частые у нервных, психически неустойчивых людей, возникающие с виду «беспричинно», часто при тщательном исследовании позволяют обнаружить факты, пережитые больным, но лишь с помощью врача осознаваемые им в их связи с изменением настроения. Бредовая идея больного с относительно сохранным логическим аппаратом мышления основывается на таком строе ассоциативных процессов, который, не став сознательной мыслью, давит на логику и направляет ее в патологическое бредовое русло. Можно сказать поэтому, что многие бредовые больные не обнаруживают расстройства сознания в смысле ясности и связности его.

Однако при относительной сохранности логического аппарата мышления у них вследствие нарушения мозговых процессов изменяется соотношение аффективных и логических компонентов мышления с соответствующим частичным нарушением сознания, особенно в сфере, на которую распространяется бредовая направленность.

Привычные и навязчивые действия могут быть лишь частично осознанными. Навязчивая идея, мучающая больного не только своим упорством, но и своей нелепостью, формируется не в сознании, а входит в него как неправильная, но непреодолимая идея. Конечно, для понимания этого явления необходимо учесть, чем обуславливается лежащая в его основе патологическая инертность, а также особенности соотношения между сигнальными системами. Вместе с тем только настойчивое изучение врачом внешних фактов и переживаний больного позволяют врачу и с его помощью больному осознать, как непонятно для него образовался этот болезненный очаг инертности. Это выяс-



нение показывает обычно, что больному было трудно осознать те факты, ставшие поводом для возникновения навязчивости, а причинную связь между ними. Расстроенное, например, сумеречное состояние сознания, в котором больной может совершить любой акт агрессии, совершенно невозможный для него в нормальном состоянии сознания, — факт хорошо известный. Но динамика процессов мышления в этом состоянии, процесс перехода от бодрственного к сумеречному состоянию требуют еще дальнейшего изучения. Для клинического изучения этих явлений необходимо участие психологически образованного врача.

В заключение следует сказать, что еще недостаточно разработаны научно обоснованные экспериментально-психологические методы исследования сознания. Однако, как показывает научно-практический опыт работы, дальнейшая разработка методов экспериментально-психологического исследования вполне возможна. На этом пути имеется уже известное продвижение.



## ПОНЯТИЕ ЛИЧНОСТИ И ЕГО ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ МЕДИЦИНЫ

**Природа личности.** Человек в отличие от животного является личностью. Невозможно поэтому рассматривать человека, его поведение, его деятельность без учета его личности.

Проблемой личности занимается ряд наук: философских, общественно-исторических, юридических, педагогических, а также психология и психопатология.

Человек, являясь организмом и личностью, представляет сложнейший синтетический результат биологического развития материи и процесса общественного развития. Когда говорят о каком-либо человеке, то обычно думают о его психологическом облике, о степени его сознательности.

Диалектико-материалистическое признание активности сознания является утверждением активной роли личности.

Прежде чем коснуться некоторых специальных вопросов, сформулируем понимание личности в советской психологии. Личность общественно обусловлена, поэтому изучение личности предполагает знание общественных условий ее развития. Личность является продуктом ее жизненной, т. е. общественной практики и развития организма в условиях этой практики.

Личность — это человек не только как объект, но и как субъект сознательной деятельности. Личность — это человек в целом, как сознательный общественный индивид, а не одна из сторон или психических свойств человека.

Научное познание, объяснение личности, воздействие на нее и руководство ею возможны лишь на основе указанных принципов.

Исследование истории жизни и анализ педагогического опыта убедительно показывают зависимость свойств человека от условий жизни и воспитания. Это, конечно, никак не снимает вопроса



о дальнейшем изучении роли в формировании личности наследственно-биологического момента.

Огромная литература по психологии личности за рубежом, главным образом в ведущих капиталистических странах, освещает проблему личности существенно иначе, чем советская наука. Эта проблема поэтому является ареной острой идеологической и методологической борьбы.

Литература капиталистических стран, касаясь проблемы личности, чаще всего приспособляет решение ее к господствующим идеологическим тенденциям своего общества. Подавляющее большинство авторов стоит здесь на идеалистических или эклектических, эмпирических позициях.

Из чрезвычайно многочисленных попыток эмпирического освещения проблемы за рубежом укажем на работу Allport (1937), компетентного автора, являющегося для многих зарубежных ученых до сих пор лидером в этом вопросе. Приводя 49 эмпирических определений личности автор дает свое, 50-е: «Личность это организованная система, функционирующая как целое или единство навыков, предрасположений и чувств, которые характеризуют какого-либо члена группы, как отличающегося от других членов группы».

Нельзя не увидеть, что это определение формально, что конкретное, индивидуально- и общественно-историческое понимание в этой формуле автора отсутствует. Такое определение может, в основном, подойти для любого стадного животного; специально человеческие черты, и прежде всего сознание, в нем отсутствуют.

Особенно сказывается на учении о развитии личности в работах ряда зарубежных ученых неправильное и недостаточное понимание взаимоотношения социального и биологического в человеке, преобладание одностороннего конституционально-биологического понимания личности, проявления расизма.

Многими авторами развитие рассматривается с ложных автогенетических позиций как выявление зародышевых склонностей или как созревание (Stern, Kretschmer и др.).

Наиболее односторонне и неправильно освещается проблема личности в психоанализе Фрейда. Человеком, по Фрейду, управляют влечения: влечение к жизни (половое) и влечение к смерти и разрушению. Влечение к смерти в его работах конца 10-х годов настоящего века им признано как определяющее. Это подлинная движущая, по Фрейду, сила, а все остальное (обстоятельства и условия жизни) представляет лишь внешние моменты, которые учитываются организмом в его влечении к половой цели (наслаждение) или к покою (смерть). Личность, по Фрейду, состоит из трех систем: «оно», «я» и «сверх-я». «Оно» представляет врожденную, инстинктивную, бессозна-



тельную основу личности, фонд психической энергии, источник силы двух других систем, «истинную психическую реальность», поскольку «оно» отражает внутренний мир субъекта, не зная объективной реальности. Основа личности здесь — биологическое образование, не развивающееся, чуждое действительности, разуму. «Я» представляет промежуточную инстанцию, сочетающую объективный опыт и влечения субъекта, контролирующую все частные психические процессы. «Сверх-я» или «идеал я» представляет, по Фрейдю, усвоенные «я» с детства традиционные ценности и общественные идеалы, передаваемые ребенку его родителями, воспитателями, средой.

Неприемлемость позиции Фрейда вскрылась, как уже указывалось, не только критикой ее извне, но и внутренним взрывом этой теории, начиная от старых, отпавших от Фрейда учеников (Jung, Adler, Rank), и кончая так называемыми неофрейдистами (Sullivan, Fromm, Chorney), хотя позиции всех этих авторов в конечном итоге мало ушли от позиций Фрейда. Неофрейдисты противопоставили фатально-инстинктивной обусловленности развития по Фрейдю попытки объяснить его культурными условиями. Однако, оставаясь на позиции индивидуально-психологического объяснения социальных явлений, они не смогли разрешить правильно вопроса о социальной природе человека и, пользуясь в остальном системой понятий Фрейда, оказались реально его последователями и продолжателями.

В последнее время значительное распространение в капиталистических странах Запада приобрел *экзистенциализм*, среди многочисленных последователей которого много крупных психиатров и психотерапевтов современности (Jaspers, Binswanger, M. Bleuler, Gebattel, Frankl).

Вводя в план философского рассмотрения понятия существования («экзистенции»), экзистенциализм признает первичность существования и вторичность сущности. Под существованием здесь понимается неосознанное внутреннее «бытие человека», якобы независимое от объективного мира. Специфическим для существования человека является, согласно экзистенциализму, самосознание — идея, специфичным же для человека как личности является духовность, свобода и ответственность.

Для диалектического материализма существование — это бытие, развитие, в котором каждый предмет, «кусочек материи», приобретает определенные изменяющиеся конкретные формы. Зародыш превращается в младенца, который, развиваясь, становится личностью. Не предсуществующая сущность проявляется в существовании, как учит метафизика конституционализма, и не существование создает сущность, как учит экзистенциализм, а в истории существования формируется объект и субъект с его сущностью. Для диалектического материализма



то, что в мистифицированном виде называется духовностью, возникает у человека в процессе развития как идейность и является выраженной в человеке идеологией общества, класса (в классовом обществе).

Коренная ошибка теории *персонализма*, создателем которой является крупный психолог и философ Stern, также заключается в том, что личность рассматривается не как продукт сложного общественно-исторического развития. Личность для персоналистов — это первичная сущность. Они отвергают причинное материалистическое и историческое ее понимание. Личность представляет в концепции персонализма единое целое, как это объявляется не только персонализмом, но и *холизмом* (Smuth) и *гештальтизмом* (Köhler, Koffka, Wertheimer).

Физиология высшей нервной деятельности также утверждает целостность в работе мозга. Не принцип целостности отличает идеалистическую метафизику от материалистической диалектики в этом вопросе, а иное понимание природы этого целого, иное разрешение проблемы целого и частей, иное понимание сущности и законов развития этого целого.

**Структура личности.** В вопросе о целом и частях в проблеме личности большое распространение получили учения о структуре личности (Schultz, Klages, Кап, Goffman, Braun и др.).

Особенно это относится к представлениям о послойной структуре личности (Фрейд и многие другие). При этом внешним поверхностным слоем личности считались характер и идеалы, средним — темперамент и эмоции, самым глубоким — «глубинные» инстинктивные влечения. Конечно, такое понимание структуры личности было и механическим и метафизическим.

Другое представление связано несколько иначе с вопросом об основных компонентах личности. Известный американский психолог Cattell в своей большой работе «Личность» (1950) указывает на следующие три аспекта личности: а) интересы, б) способности, в) темперамент. Эти аспекты существенны, хотя и не полностью освещают содержание личности. С. Л. Рубинштейн (1946), исходя из историко-материалистических позиций, рассматривает личность в трех сходных планах: 1) направленность (установка, интересы, потребности), 2) способности, 3) темперамент и характер.

**Проблема личности в советской психологии.** Советские психологи (А. Г. Ковалев, В. И. Колбановский, К. И. Корнилов, В. С. Мерлин, В. Н. Мясищев, К. К. Платонов, С. Л. Рубинштейн) считают, что лишь рассмотрение единой в ее историко-материалистической обусловленности личности, понимание личности как единства обеспечивает раскрытие внутренней связи ее структурных компонентов. Рассматривая личность, мы характеризуем ее всесторонне: 1) ее отношения, 2) уровень,



3) психическую динамику и 4) структурные особенности. Вместе с тем, в изучении личности как прижизненного образования должен в полной мере учитываться и возрастной фактор.

В процессе развития психической деятельности реализуется и формируется многообразие отношений человека к действительности. Отношения человека различны соответственно сторонам действительности, процессам деятельности. Психические отношения человека это его избирательные связи с различными сторонами действительности. И. П. Павлов писал, что временные связи и есть психические отношения. Отношения человека сознательны в отличие от животных, по поводу которых Маркс и Энгельс писали: «...животное не «относится» ни к чему и вообще не «относится»; для животного его отношение к другим не существует как отношение»<sup>1</sup>. Отношения человека — симпатии и антипатии, интересы и потребности, оценки и идеалы определяют его поведение. Реакция на различные обстоятельства жизни обусловлена не только их объективным значением, но и личным, субъективным отношением к ним человека.

Различная направленность человека, проявляющаяся в потребностях, интересах, установках, идеалах, представляет избирательность его деятельности и поведения.

С вопросом об отношениях человека связан вопрос о движущих силах личности, выражающихся в целях и задачах, которые ставит себе личность. Возникает вопрос об уровне задач и целей, ради которых человек живет и борется — руководит ли им социальный идеал блага и освобождения трудящихся или личного преуспеяния, или человек не ставит себе отдаленных задач и целей, стремится справиться только с подавляющими его повседневными заботами, или, наконец, у человека доминируют влечения, которые имеются и у животных — пищевые, половые.

Для характеристики развития личности важен характер преобладающих ее отношений, меняющихся соответственно степени или уровню развития. Низшему уровню соответствует примитивный витальный, ситуативно обусловленный характер отношений — влечений, среднему уровню соответствует преобладание отношений конкретно-личного характера, личной симпатии, антипатии, непосредственного утилитарного интереса или расчета. Высшему уровню соответствует преобладание идейных отношений — убеждений, сознания долга, общественно-коллективистических мотивов (В. Н. Мясищев, 1960).

В характеристике отношений личности наиболее существенны: 1) указанные уровни отношений личности: идейный, конкретно-личный и витальный; 2) сравнительная роль общественно-коллективистических и индивидуально-эгоистических

<sup>1</sup> К. Маркс и Ф. Энгельс. Соч., изд. 2, т. 3, 1955, стр. 29.



тенденций во взаимоотношениях с людьми, 3) избирательно-положительный или отрицательный характер отношений к тем или иным объектам, к той или иной форме деятельности.

Ансамбль отношений в психике человека представляет систему, которая образуется в результате развития, воспитания и самовоспитания. Как объекты окружающей действительности имеют разную значимость для человека, так и отношения представляют иерархию господствующих и подчиненных отношений. Эта система постоянно меняется, развивается, но постоянно определяющую роль играют взаимоотношения между людьми, обусловленные структурой общества, т. е. в окончательном итоге лежащие в его основе общественно-производственные отношения и конкретные условия развития человека. Как воспитываются отдельные условные рефлексy, так воспитанием формируются и сложные формы поведения и деятельности. Отношения воспитываются в условиях общения и общественной практики человека.

Развитие личности характеризуется не только уровнем отношений, но и уровнем ее функциональных возможностей, ее интеллекта и способностей. Сюда же относятся и такие мало освещенные в научном плане свойства личности, как ее сложность, тонкость, дифференцированность.

Важной стороной характеристики личности является *динамика ее реакций*. Она соответствует тому, что называется в психологии темпераментом и с физиологической стороны было освещено И. П. Павловым как тип высшей нервной деятельности.

Следует подчеркнуть, что: 1) темперамент проявляется во всех сторонах личности, в том числе и в ее интеллектуальной и идейной жизни; 2) темперамент обнаруживается лишь в области активных отношений личности; 3) темперамент может меняться под влиянием жизненных условий; 4) темперамент неразрывно связан с особенностями эмоциональности человека.

Единство и взаимосвязь основных сторон личности характеризуют *структуру личности*. Сюда относятся: гармоничность, цельность личности, ее широта и глубина, ее функциональный профиль, т. е. соотношение различных свойств психики друг с другом. Все это чаще всего называют структурно-характерологическими особенностями личности.

Эти особенности личности имеют важное значение для понимания таких волевых и моральных свойств, как устойчивость, настойчивость, выдержка, самообладание, отзывчивость, принципиальность, честность и им противоположные отрицательные качества. В этих свойствах как в едином узле связываются доминирующие отношения человека, уровень его развития в целом и в отдельных сторонах, способ реализации его отношений и динамика темперамента.



Единство в структуре личности, с одной стороны, идеального и материального, с другой — общественного и индивидуального возникает в процессе исторического ее развития. Формирование человека в социальной среде определяет способы его действия, реакций и переживаний, соответствующие этой среде. Социальное извне, из условий, воздействий, требований, образцов, знаний и впечатлений переходит во внутренние свойства: потребности, привычки, требования личности к себе и к окружающим.

Только теория, правильно объясняющая природу общества и общественных явлений, может правильно осветить проблему развития личности.

Знание свойств личности велико для медицинской психологии, так как возникновение и преодоление ряда трудностей жизни, возникновение многих болезней и их излечение связаны со свойствами личности.

**Личность и болезнь.** Понятие болезни в различных планах связано с проблемой личности. Это может быть: 1) болезненное изменение личности в процессе болезни; 2) деградация и распад личности в результате болезни; 3) патологическое развитие личности; 4) патологическая реакция личности на обстоятельства жизни, в частности, на свою болезнь; 5) роль личности в этиологии и патогенезе болезни.

Душевная болезнь есть болезнь личности — это совершенно ясно осознали и показали С. С. Корсаков и В. М. Бехтерев (1919). Коснемся лишь некоторых сторон этого большого и сложного вопроса.

При психическом заболевании изменения личности чаще всего представляют проявление и следствие болезни мозга. Чем тяжелее болезненное состояние и болезненный процесс, тем больше изменяется, деградирует, «распадается» личность человека. Таков, например, распад личности при прогрессивном параличе, как тяжелейшем хроническом воспалительном и дегенеративно-атрофическом процессе мозга, вызываемом сифилитической инфекцией.

Однако в некоторых случаях психоз возникает вследствие психических травм, т. е. тяжелых патогенных переживаний. Типичным примером этого является психогенная депрессия — угнетенное состояние, вызываемое тягостными событиями и переживаниями. Неврозы — истерия, неврастения, психастения, также вызываются тяжелыми острыми или длительно действующими травмирующими психику обстоятельствами и переживаниями. Податливость личности при психических, особенно психогенных, заболеваниях патогенному действию или, наоборот, выносливость и стойкость зависят и от морально-волевых качеств, играющих существенную роль в возникновении заболевания и в борьбе с ним.



Не зависят от личности, определяются внутрисоматическими, обычно неизвестными условиями эндогенные психические заболевания. К ним относится *циклофрения* или *маниакально-депрессивный психоз*, заключающийся в различном соотношении и чередовании состояний возбуждения и угнетения. Установлена связь этого психоза с особым темпераментом (циклотимическим) и типом телосложения — чаще пикническим, с изменениями обмена веществ, нарушенной диэнцефальной динамикой мозговой деятельности. Хотя отчетливого психогенного характера эта болезнь не имеет, но категорически нельзя исключить роль в ее развитии суммации отдельных эмоциональных переживаний и связанных с ними изменений био- и психодинамики.

Тяжелое заболевание — *шизофрения* — представляет сложное соотношение сомато-неврогенного и, возможно, в какой-то мере психогенного моментов. Со времени работ Кречмера в клинике возникли понятия *шизотимии* как варианта нормального характера и *шизоида* как психопата. Правомерность этих понятий вызывает у многих сомнения. Позже возникло понятие *шизоидизации*. Под шизоидизацией подразумеваются наступающие под влиянием жизненных условий и переживаний изменения личности и характера, в некотором отношении напоминающие особенности, свойственные шизофреникам. И в эндогенных, и в психогенных заболеваниях, таким образом, играют роль особенности личности. Все изложенное указывает не только на диагностическое, терапевтическое и патогенетическое значение исследования личности при нервно-психических заболеваниях, но и на необходимость разработки учения о личности для построения подлинно научной теории этих заболеваний.

Психопатологические изменения, особенно тесно связанные с проблемой личности, представляют состояния так называемой *деперсонализации*. Явления психической деперсонализации заключаются в том, что личность сознает себя или отдельные стороны своей деятельности и личности иными, не такими, какими они были прежде, а измененными. Иногда обнаруживается трудно представляемое здоровым уже упоминавшееся «раздвоение личности» или «двойная личность», или даже «множественная личность», иногда и вся действительность представляется измененной (явление дереализации). Различные относящиеся сюда состояния описаны за рубежом Azam, Bougui et Vigot, Binet, Pick, Poetzl и др., а у нас В. М. Бехтеревым, Р. Я. Голант, М. О. Гуревичем, А. А. Меграбяном, Р. И. Мееровичем и др.

Опыт войны показал, что лица, перенесшие алиментарную дистрофию и гиповитаминозы, часто обнаруживали расстройства схемы тела. При этом болезненный процесс, вызванный



витамино-обменными нарушениями, изменяет как периферические нервы, так и центральные образования, в частности в дисцефальной области.

При нарушении психического развития, вызванном органическим поражением мозга, все стороны личности страдают, но центральным моментом является задержка умственного развития или снижение интеллекта, связанная с этим элементарность всех процессов психической деятельности. Главной формой этой группы является олигофрения.

Важную часть обсуждаемого вопроса представляет патология развития личности, называемая психопатией, а также патологические реакции и развитие в форме неврозов.

**Психопатии.** Психопатии представляют область, пограничную между психическим здоровьем и психической болезнью. Характеризуя психопатию как аномалию личности, авторы этого в общем плане верного определения занимают правильную или неправильную позицию в зависимости от понимания ими личности.

Наиболее приемлемое определение психопатии дали П. Б. Ганнушкин и В. А. Гиляровский, согласно которым психопатия представляет патологическое развитие личности, образовавшееся под влиянием неблагоприятных внешних моментов на почве прирожденных ее особенностей.

Разнообразие психопатий и различия в их понимании породили многочисленные классификации типов психопатии. Так, Крепелин предложил внешне описательную типологию, основанную по преимуществу на преобладающих психологических чертах и построенную не по единому принципу. Описанные им *возбудимые, неустойчивые, импульсные* психопаты отличаются элементарными характерологическими симптомами. Наоборот, *эксцентричные* характеризуются сложным синдромом. Такие типы, как лгуны и обманщики, определяются по признакам социального поведения и представляют сложный социально-патологический комплекс симптомов.

У Schneider большинство групп психопатов определяется отдельными психологическими симптомами — гипертимные, депрессивные, неустойчивые, а две группы — сложными характерологическими образованиями — неуверенные в себе и ищущие признания.

Роль социального момента, отразившаяся в группах Крепелина, не только говорит о социально неполноценном поведении психопатов, но и о том, что критерий антисоциальности в буржуазном обществе тенденциозно распространяется и на революционных борцов, которых представители буржуазной науки относят к психопатам — «врагам общества».

Классификация Kahn (1928) построена на клинико-психологических критериях.



Канн выделяет 16 групп — нервозные, боязливые, чувствительные, обсессивные, возбудимые, гипертимные, депрессивные, с лабильным настроением, эмоционально холодные, слабовольные, одержимые влечением, сексуально-извращенные, истерические, фантасты, скрытные, чудаки. Это скорее номенклатура, выделение психопатий по чрезмерной выраженности или недостаточности того или иного характерологического признака.

Такое выделение полезно, так как указывает на ряд важных сторон личности, но оно недостаточно, так как представляет внешний, не связанный с внутренними условиями генеза перечень свойств. Психологические особенности этих групп связаны с доминирующим свойством, отраженным в названии. Однако ни одно из свойств не может определить характера личности в целом. Развитие патологического характера психопатов еще мало изучено и представляет задачу клинической психологии и психопатологии в будущем.

Советская психиатрия учитывает огромную роль прижизненных социальных моментов в генезе всякой болезни, в том числе психопатии, хотя вопрос о соотношении врожденного и приобретенного в личности психопата еще недостаточно разработан.

Черты психопата прямо не выводятся из врожденных особенностей нервной системы, а представляют болезненный продукт опыта, новообразования, возникшие под влиянием неблагоприятных условий жизни, а задача заключается в том, чтобы выяснить, какова первичная основа и как из нее образуется патологический фенотип. Эта задача еще подлежит решению.

Психопатия, как справедливо показал П. Б. Ганнушкин, представляет не фатально стойкий и неизменный комплекс свойств, а имеет динамику развития. Роль внешних условий в развитии психопатий столь велика, что психопатические особенности личности не только формируются, но могут и создаваться этими условиями, как показал, в частности, Е. К. Краснушкин. Психопатические особенности имеют физиологическую почву, но неправильно рассматривать их как простое заострение черт нормального типа высшей нервной деятельности, правильно ее рассматривать как патологическое формирование этих особенностей нервной системы, на что справедливо указал О. В. Кербинов (1952).

Ряд авторов (А. Г. Иванов-Смоленский, Е. А. Попов, О. В. Кербинов, И. Ф. Случевский) стремится представить патофизиологическую характеристику психопатий, опираясь на павловское учение о типах высшей нервной деятельности. И. Ф. Случевский выделяет следующие основные виды психопатических личностей: сильные неуравновешенные с преобладанием второй сигнальной системы и инертности (параноики, кверулянты, патологические ревнивцы); сильные неуравновешенные с выраженной подвижностью гипертимно-циркулярные



(маниакальные и депрессивные); со слабым типом нервной системы (психастеники, парабулики, чудаки, истерические, ипохондрические психопаты).

Нельзя не указать на то, что большинство авторов рассматривает психопатию как патологию личности, выражающуюся в аномалии характера.

В психологической характеристике психопатии можно указать прежде всего на общий *реактивно-динамический фон* — астенический, лабильный, стенический с недостатком самоконтроля, обычно объясняемый слабостью внутреннего торможения, или фон чрезмерного торможения внешних реакций. Но и в этом плане надо видеть не просто конституционально-биологическую почву, но и прямой продукт отрицательных жизненных и воспитательных влияний.

Вторым моментом являются структурные характерологические особенности личности, выражающиеся в *диспропорциях свойств, в раздвоении, гипертрофии* некоторых свойств, например сензитивности, или в недостаточности других свойств, например, волевого контроля и импульсивности. Наивной и явно необоснованной представляется попытка «объяснения» таких аномалий (Hoffmann), как проявления «зародышевой вражды», т. е. противоречий внутри зародыша. Нужно и можно в конкретном анализе установить, что возникает в истории развития взаимоотношений данного лица с другими и как формируются перечисленные и другие психопатические черты характера.

Третьим моментом является *направленность* личности, которая при психопатиях имеет утрированно эгоцентрический индивидуалистический характер. Такая направленность вытекает не только из того, что конфликт личности с окружающими людьми гипертрофирует личные тенденции, а из того, главным образом, что формированию общественно-полноценных качеств препятствует отсутствие правильных воспитательных влияний. Их противоречивость и непоследовательность, а иногда жестокость, создают тем более выраженные агрессивные и эгоистические тенденции, чем грубее были и длительнее действовали эти дефекты условий воспитания.

Нарушения интеллектуального уровня и богатства личности, как известно, неспецифичны для психопата.

Представляется важной дальнейшая разработка вопроса о специфически человеческой типологии на основе павловского понимания и общественно-исторического подхода, который, рассматривая свойства человека как продукт временных связей, объясняет качества человека историей его развития, общественными условиями и событиями жизни. Это прежде всего надо учесть при объяснении недочетов социального поведения, сексуальных, а также некоторых других дефектов психопатов.



Картина психопатии тем более тяжела, чем неблагоприятнее пренатальные и ранние постнатальные условия. Эта комбинация влияния предрасположения и условий важна не только для психиатрии, но и как общемедицинская и психологическая проблема сочетания в болезни эндогенных свойств организма и отрицательных влияний среды. Правильный анализ должен раскрывать сложную диалектику перехода внешнего влияния во внутреннее качество.

Так, врожденная повышенная возбудимость при столкновении с теми или другими трудностями жизни усиливается, накапливаются следы отрицательных реакций, в свою очередь повышающие возбудимость. Самозащитная боязливость, накапливаясь в печальном неблагоприятном для нее опыте жизни, формирует патологически робкий, подавленный характер. Среди заслуживающих внимания концепций некоторых ученых капиталистических стран, пытающихся в своих исследованиях приблизиться к павловскому пониманию психопатологических фактов, можно отметить предложенную Mowrer (1950) концепцию развития фобической личности. Эта концепция противопоставляется автором психоаналитическому пониманию происхождения страхов из врожденного бессознательного. Благоприятные условия воспитания содействуют компенсации прирожденных недостатков, неблагоприятные — их заострению и образованию новых дефектов.

Теоретические представления и клиническое наблюдение говорят о значительных возможностях перевоспитания психопата и положительной роли психотерапии психопатов.

Большой опыт лечебно-воспитательных учреждений для психопатов был удачно описан у нас В. П. Кащенко (1912). Коррекция и компенсация психопатических черт характера возможна, хотя трудна тем более, чем позднее эту задачу пытаются решить.

Блестящий опыт А. С. Макаренко, перевоспитавшего не только педагогически запущенных детей и подростков, но и детей с чертами патологических уклонений, показывает широкие возможности психоортопедической практики.

**Неврозы как реакции и как нарушения развития личности.** Близкой к проблеме психопатии является проблема неврозов, представляющих психогенные нарушения личности и высшей нервной деятельности.

Физиологический механизм невроза, как показал И. П. Павлов, заключается в «срыве» нервной деятельности, вызванном ошибкой возбудительного и тормозного процесса. Этот общий физиологический механизм свойствен и животным. Но клиника и практика требуют содержательного объяснения того, что возбуждает и что тормозит, почему возбуждает и почему тормозит в многообразии и сложности условий жизни человека,



в чем именно выражается возбуждение и торможение. Это можно понять только на основе исследования истории развития личности и ее связей с действительностью, ее отношений к различным сторонам действительности, жизненная важность которых для личности может объяснить болезненную силу переживаний и реакций и патогенное их действие.

Мы знаем, что такие психические травмы, как смерть близкого человека, измена супруга, раздоры в семье, неудачи в работе, несправедливое осуждение, клевета, оскорбления, потеря средств существования, разнообразные конфликты с людьми и с самим собой, являясь психической травмой, вместе с тем могут вызывать или не вызывать невроз. Исход в болезнь определяется особенностями личности, ее отношений, ее нестойкостью и неспособностью правильной переработки событий и впечатлений и трудностей действительности. И здоровая личность под влиянием травмирующих условий, ослабляющих моментов, может приобретать временные или преходящие патологические черты. Возрастающее количество раздражающих или подавляющих влияний вызывает качественные изменения реактивности человека, которая при этом приобретает черты невротического характера. Отрицательные воздействия, идущие с раннего детства, являются источником *невроза развития*. Так, психастенический характер формируется на основе соответствующего типа нервной системы под влиянием подавляющих с детства воздействий. Истерический характер часто возникает на основе чрезмерного внимания, безотказного удовлетворения и незаслуженно высокой оценки. Отсюда вытекает большая воспитательно-профилактическая роль врача.

На основании изучения анамнеза больных неврозом наши (В. Н. Мясищев) сотрудники Р. А. Зачевицкий и Е. К. Яковлева в последнее время осветили вопрос о дефектах воспитания, формирующего особенности личности, предрасполагающие к развитию различных форм неврозов в неблагоприятных условиях. Знание этих особенностей является необходимым условием патогенетически обоснованной психотерапии.

Психотерапия больных неврозами имеет задачей, прежде всего, изменение личности больного в смысле переделки его отношений и некоторых черт характера. Больные, преодолевая свое болезненное состояние, говорят, что после лечения они стали иначе относиться к тем вопросам, которые раньше вызывали у них болезненную реакцию. Так устраняется претенциозность истерика, болезненная нерешительность и застенчивость психастеника.

Изложенное тем более важно, что существуют такие формы психотических бредовых состояний, в которых выступает на первый план, так же как при психопатии, не болезненный процесс или болезненная реакция, а патологическое развитие личности.



Сюда относится *паранойя*, включая «сензитивный бред отношения», а также сутяжное помешательство и некоторые формы бреда ревности. Понимание патогенеза этих состояний, так же как и психопатий и неврозов развития, предполагает разработку с правильных позиций учения о личности и формировании ее болезненно нарушенных отношений к различным сторонам действительности, особенно к людям и к себе самому.

Таким образом, в патологических формах психического развития и в психогенных заболеваниях явственно сказывается роль личности. Личность с ее особенностями здесь проявляется как в болезни, так и в особенностях ее патогенеза.

Не касаясь здесь специально психозов, укажем лишь, что в развитии и образовании болезненных симптомов (в так называемой патопластике) отмечалась значительная роль личности, хотя этот вопрос недостаточно изучался. Если в состоянии острого психоза черты преморбидной личности утрачиваются и как будто не играют заметной роли в его течении, то все же знание этих черт личности и при этих состояниях существенно, так как степень изменения — распада или сохранности личности — существенна для оценки тяжести и прогноза заболевания. По миновании острого периода, в дефектной стадии или в стадии восстановления, при патологической задержке развития важно знание личности и ее болезненных особенностей с медико-педагогической точки зрения, т. е. в плане руководства больным в целях приспособления и компенсации дефекта.

В периоде выздоровления личность начинает восстанавливаться и все большее значение в этом процессе приобретают положительные или отрицательные черты личности и особенности ее реакций на окружающее.

Было бы ошибкой думать, что знание личности больного имеет значение только для психиатров. Как известно, теория нервизма у классиков русской медицины и воззрения современной советской медицины объясняют динамику заболеваний с позиций центрально-нервных влияний и включает механизмы корковой условнорефлекторной деятельности. Каждое заболевание, особенно чем оно длительнее и тяжелее, вызывает болезненную реакцию личности заболевшего. Эта вторичная психическая реакция проявляется тревожной мнительностью и угнетением. Иногда она в большей степени определяет декомпенсацию, чем первичная болезнь. Наоборот, стойкость личности в борьбе с болезнью содействует рекомпенсации.

Ряд зарубежных авторов, учитывая роль личности и психики в болезни, не обнаруживают правильного ее понимания и оценки. Это происходит потому, что получившее большое распространение в медицине капиталистических стран психо-соматическое направление с момента его возникновения и до последнего времени, в основном, опиралось на фрейдизм, который не может



служить теоретической основой ни для учения о неврозах и психопатиях, ни для общей медицины.

**Исследование личности.** Чем сложнее объект, тем труднее его исследование. Это полностью применимо к личности. Изучать личность значит не только узнать ее уровень развития, но и охарактеризовать индивидуальность. Основным методом индивидуального (индиографического — Allport) изучения является история жизни, психография (Stern) или психобиография (Kretschmer). Личность не только формируется в истории жизни, но и проявляется в ней. Однако это основанное на истории описание, представляя качественную характеристику личности, требует объективно измерительного дополнения. Функциональный аспект личности выявляется экспериментально-психологическим исследованием. Динамическая сторона личности тесно связана с темпераментом, характеризующимся скоростью и силой реакций и выразительностью мимико-соматических проявлений. Аналитический подход к исследованиям этих сторон наиболее полно и отчетливо показан в работах Б. М. Теплова и его сотрудников.

Ряд авторов предлагал для характеристики личности систему экспериментальных приемов.

В дополнение к тому, что говорилось об этих приемах, укажем, что особенности числового и графического выражения результатов экспериментально-психологического исследования позволили установить как нормальные, так и значимые в области медицинской психологии варианты. Так называемые проективные методы, к которым относят и метод ассоциаций, и метод пятен Роршаха, и метод картин (наиболее распространен тематический апперцептивный тест — ТАТ — Миггау), в значительной степени отразили влияние психоанализа. Для использования их у нас требуется соответствующий пересмотр и создание приемлемых модификаций.

Естественный эксперимент А. Ф. Лазурского имеет не только преимущества при изучении здорового или больного, ребенка или взрослого в естественной обстановке, но вместе с тем дает возможность графического изображения особенностей личности исследуемого.

**Личность, гигиена и профилактика.** Как известно, советская медицина имеет профилактический характер, а профилактика неразрывно связана с гигиеной. Легко понять, что формирование нормальной личности с положительной общественно-трудовой целеустремленностью, стойкой, выносливой, владеющей собой является основой нервно-психической гигиены и профилактики.

Конечно психогигиена и психопрофилактика не исчерпывается формированием здоровой личности. Возникают вопросы рациональной организации умственного и физического труда —



школьного и производственного обучения, производственной и бытовой гигиены. Во всех этих, как и других, вопросах гигиены и профилактики мероприятия по охране здоровья должны учитывать задачи формирования здоровой личности.

Достаточно известно оздоровляющее значение труда. Вместе с тем труд представляет процесс, к которому в зависимости от воспитания и условий жизни и самого характера работы может возникнуть разное отношение: положительное или отрицательное, спокойное и уверенное, радостное или тревожно-мнительное, болезненно-неуверенное.

В процессе труда люди взаимодействуют друг с другом. Но даже при нормальных общественных условиях может обнаруживаться неправильное поведение по отношению к товарищам по труду, начальникам и подчиненным, вызывающее справедливые нарекания, взыскания. Иногда проявляется обидчивость, претенциозность, упрямство, возникают конфликты с членами коллектива. Человек может не справляться с работой. В связи с каждым из этих моментов могут складываться трудные и патогенные ситуации. Для преодоления трудностей и неприятностей, возникающих в работе, необходимо самообладание, выносливость, самокритика, ответственное отношение к задаче, к коллективу, к учреждению, в котором человек работает. То же относится к режиму жизни и ко всем ее обстоятельствам.

В вопросе отношения человека к своему здоровью речь идет не только о разумном или небрежном, легкомысленном или ипохондрически-мнительном отношении, но и о более высоких уровнях мотивации этого отношения. Бережное отношение к здоровью своему и других является также выражением общественной сознательности, так как здоровье человека представляет не только личное достояние, но и общественную ценность. Формирование этого уровня сознательного отношения к здоровью является задачей санитарной пропаганды и воспитания.

Значительное место в вопросах психической гигиены и профилактики играет забота о соматическом здоровье. Нельзя не указать на важное значение психики и свойств личности в предупреждении соматических заболеваний и укреплении физического здоровья. Хорошо, например, известно, что развитие такого соматического заболевания, как гипертоническая болезнь, связано с нервно-психическим напряжением. Но возникновение перенапряжения и фиксация его в значительной степени зависят от свойств личности, от взаимоотношений человека с другими людьми, от умения находить рациональный выход при затруднениях, от самообладания.

Реальная критическая и самокритическая оценка обстоятельств жизни и связанных с ними трудностей имеет первостепенное значение в предупреждении не только неврозов, но и ряда соматических заболеваний.



Велико значение физической культуры для соматического и нервно-психического здоровья. Но для занятия физкультурой нужно усилие, а это последнее требует соответствующих свойств личности — сознательного отношения, внутренней организованности, способности к усилию, настойчивости, целеустремленности. Здесь проблема здоровой психики выходит за пределы клиники, а здоровье тела неразрывно соединяется с проблемой здоровья духа.

Правильное понимание личности заключается в том, чтобы видеть целое в частях, различать внешнее и внутреннее в их единстве, чтобы преодолеть односторонность теории, видящей в человеке только биологическое, конституционное, врожденное или только приобретенное, или эклектически смешивающей эти моменты. Это позволяет правильно подойти к обоснованию методов воздействия на человека и в медицинском и в социально-педагогическом плане.

Учитывая общественную обусловленность развития человека и его личности легко понять, что общественные отношения определяют конкретные взаимоотношения людей и каждой отдельной личности. Отсюда ясно, что лишь справедливый социальный строй может обеспечить развитие здоровой нормальной личности. Развернутое строительство коммунизма направлено на формирование коммунистических отношений людей, на полное удовлетворение культурных и материальных потребностей человека. «В период перехода к коммунизму возрастают возможности воспитания нового человека, гармонически сочетающего в себе духовное богатство, моральную чистоту и физическое совершенство»<sup>1</sup>. В осуществлении этих социальных, педагогических и гигиенических задач в раннем детстве, в школе, в юности, в производственной деятельности и даже в процессе увядания человека важно участие врача, который для этой цели должен быть психологически образованным.

---

<sup>1</sup> Программа Коммунистической партии Советского Союза. (Принята XXII съездом КПСС). М. Госполитиздат. 1961, 120—121.



## ХАРАКТЕР И ТЕМПЕРАМЕНТ

**Темпераменты и их классификация.** Сложной проблеме характера посвящена большая литература. Большую историю имеет и проблема темперамента. Начнем освещение этого вопроса в медицинском плане с темперамента, так как он несколько проще и лучше разработан.

Со времени великих медиков Гиппократ и Галена установлены четыре темперамента: 1) сангвиник — живой, подвижный, эмоциональный, отзывчивый; 2) холерик — бурный, порывистый, горячий и резкий; 3) флегматик — спокойный, вяловатый, медлительный и устойчивый, 4) меланхолик — грустный, подавленный, робкий, нерешительный.

В учении о темпераментах великие медики стихийно материалистически решили проблему единства души и тела. Они, как известно, полагали, что особенности темпераментов обусловлены преобладанием в организме человека той или иной жидкости: крови, желтой желчи, слизи или черной желчи. Это были наивные воззрения. Современное учение об обмене веществ и внутренней секреции проливает свет на гуморальную сторону физиологической основы темпераментов.

Число типов темпераментов колебалось у различных авторов от двух до шестнадцати. Сведения по этому вопросу содержатся в литературе по истории общей, дифференциальной и индивидуальной психологии (Stern, А. Ф. Лазурский и др.).

Учение И. П. Павлова представляет нейрофизиологическую основу для понимания темпераментов. Многочисленные исследования И. П. Павлова и его школы установили три основных свойства нервных процессов у собак: силу, уравновешенность и подвижность. Различные комбинации этих свойств по И. П. Павлову лежат в основе четырех типов высшей нервной деятельности, выделенных им в полном соответствии с классическим



учением о темпераментах. Сильный, уравновешенный, подвижный тип — это сангвиник. Сильный, уравновешенный, но инертный тип представляет флегматика. Сильный, но неуравновешенный с перевесом раздражительного процесса соответствует холерику. Наконец, слабый тип, не обнаруживающий отчетливо ни уравновешенности, ни подвижности, соответствует меланхолику. Это полярные типы, между которыми существуют переходные, или промежуточные, типы.

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

С позиций *нервизма*, т. е. признания регулирующей все стороны жизнедеятельности организма роли центральной нервной системы, важной является связь особенностей высшей нервной деятельности с деятельностью организма в целом, с состоянием реактивности и тонуса вегетативной нервной системы, состоянием желез внутренней секреции в их соотношении и в их связи с трофикой организма и телосложением. В этом плане известны работы Kretschmer, Pende, Sheldon.

Итальянский нейроэндокринолог Pende пытался связать преобладающий тип телосложения, эндокринную формулу и особенности нервно-психической реактивности соответственно схеме (табл. 2).

Попытка синтеза конституционального, эндокринно-вегетативного и психического моментов в некотором отношении оправдана. Однако полностью нельзя признать ее ни принципиально правильной, ни фактически верной. Например, нельзя уровень интеллекта связать с конституцией. Фактически противоречит действительности положение о связи одаренности и психической активности с гипотиреозом у стенически коротколинейного типа. Хотя в психологической характеристике типа по Пенде преобладают указанные им формально-динамические психические свойства, однако нельзя считать и их непосредственным выражением вегетативно-эндокринных особенностей. Они опосредованы историей общественного развития человека.

Несомненно, однако, что и психическая активность, возбудимость и темп сложно и многообразно связаны с состоянием желез внутренней секреции, тонус которых поддерживается импульсами, идущими из вегетативных центров диэнцефальной области.

Широкую известность получила книга выдающегося психиатра Э. Кречмера «Строение тела и характер»<sup>1</sup>. В ней, как изве-

<sup>1</sup> Русский перевод этой книги появился в 1924 г.



## Конституциональные типы Пенде

Тип	Особенности			
	психические	вегетативные	эндокринные	телосложение
Стенический длин- нолиней- ный	Возбудимый, аффективный, быстрый, под- вижный, интел- лектуально одаренный	Симпатико- тоник	Гиперпитуи- тарно-гипер- тиреоидный с нормальной функцией по- ловых желез и надпочечни- ков	Перевес раз- меров в длину
Астениче- ский длин- нолиней- ный	Флегматично- депрессивный	Амфотоник с преобладанием вегетативной лабильности, склонный к со- судистой ги- потонии	Большей частью гипо- генитальный, надпочечнико- вая и около- щитовидная недостаточ- ность	Перевес раз- меров в длину, брахицефалия, гипопластиче- ское лицо, слабая муску- латура
Стениче- ский корот- колиней- ный	Активный импульсивный и хорошо ода- ренный	Амфотоник, иногда с пре- обладанием ваготонии	С активными функциями по- ловых желез, гипотиреоид- ный, гиперсюр- ренальный, ги- перпанкреати- ческий, значи- тельная пище- вая потреб- ность	Хорошо упи- тан. Объемные размеры пре- обладают над длинными
Астениче- ский корот- колиней- ный	Медленный, иногда импуль- сивен, интел- лект средний	Преобладает ваготония	Гипотирео- идно-гипопи- тuitarный, слабая сек- суальность	Брахицефалия и инфантиль- ное лицо, ма- лый рост, сла- бая мускула- тура

стно, сделана попытка установить соотношения между типом телосложения и темпераментом. Кречмер, не входя в детали строения эндокринного механизма, с художественной меткостью определил связь телосложения с темпераментом.

Типы Кречмера представляют медико-психологический интерес в их связи с психопатологией. Так, пикническому телосложению, по автору, соответствует склонность к периодическим эндогенным колебаниям настроения от веселого до печального. Соотношения между этими двумя полюсами у отдельного



человека Кречмер называет его *диатетической пропорцией*. Здесь в соответствии с переходом от веселого к печальному настроению изменяется моторика от подвижной к медленной, а также психический темп. Шизотимный тип темперамента по Кречмеру характеризуется *психэстетической* пропорцией с колебаниями между гиперэстетической чувствительностью и анестетической тупостью, с колебанием в психомоторике между судорожностью и параличностью. Третий тип по Кречмеру отличается меньшей определенностью.

Отдельные описания Кречмера ярки и убедительны, но как общие позиции, так и ряд частных положений его нельзя признать верными. Неправильна его конституционально-биологическая позиция в отношении психики, недооценивающая, если не игнорирующая, социально-педагогические условия, за счет которых должно быть отнесено многое в его типах. Если соотношения психики и телосложения у циклоидного типа в какой-то мере, хотя и неполно, соответствуют практике, то соотношение разных телосложений с якобы единым шизотимным или шизоидным типом гораздо менее соответствует действительности. По-видимому, отношения здесь являются более дифференцированными и сложными. Считать особенности шизотимика выражением темперамента нельзя, как указывал уже И. П. Павлов. Шизотимические черты — это не темперамент, а характер.

Наконец, переход от здорового человека — циклотима к психопатическому циклоиду и психотическому циклофрену, так же как от нормального шизотима к психопатическому шизоиду и к психотическому шизофрену нельзя считать обоснованным. Попытка установления различий между нормой и патологией в основном только по количественным показателям неизбежно приводит к ошибкам.

Sheldon (1940), развивая дальше исследования Kretschmer, изучил более 5000 студентов США. Три конституциональных типа Sheldon, соответствующие трем кречмеровским, были значительно ранее установлены Rostan (1824) и значительно позднее повторены Sigaud. Сопоставление этих типов приводится в табл. 3.

Sheldon не просто повторяет предшествующие типологии, но на основании большого количества измерений (46 000 фото) идет методически более строгим метрическим путем. Он брал 17 величин, на основе ряда измерений тела (лба, затылка, груди, руки, живота и ноги), выражая все величины через отношение их к высоте роста индивида.

В отличие от других медицинских антропологов Sheldon интересуется строение тела как соотношение основных эмбрионально-тканевых компонентов — эндоморфного, мезоморфного и эктоморфного. Соответственно этому он определяет на каждом



## Сопоставление типов по Rostan, Sigaud, Kretschmer и Sheldon

Rostan (1824) и Sigaud (1914) (конституциональные типы)	Kretschmer (1924) (типы телосложения)	Sheldon (1940) (конституциональные типы)
Дигестивный	Пикник	Эндоморфный (круглый с недоразвитием костей и мышц, большими внутренностями)
Мускулярный	Атлетик	Мезоморфный (развитие костей и мышц)
Церебральный	Астеник	Эктоморфный тонкий, с большой головой

индивиде цифрами по семибальной системе выраженность соответствующих тканевых компонентов.

Кроме этих основных первичных признаков, Sheldon учитывал три дополнительных. Это, во-первых, *дисплазия*, т. е. типологическое несоответствие отдельных измерений, во-вторых, *бисексуальность*, определяемая по вторичным половым признакам, в-третьих, *текстуральность* (это первоначально степень тонкости или грубости структуры тела). В более позднем (1951) исследовании говорилось об этом как о гармоничности телосложения. Трём конституциональным вариантам по Sheldon соответствуют три темперамента: висцеротонический, соматотонический, церебротонический и особенностей характера. Типы эти установлены путем изучения в течение года 33 человек в отношении отобранных 50 черт, оцениваемых по 7-балльной системе. Кроме того, дополнительно было изучено еще 100 человек. Для установления корреляций свойств они были разделены на 3 списка (по 20 свойств в каждом). Положительная корреляция свойств внутри списка не менее 60 и отрицательная со свойствами других двух списков не меньше 30.

Психические особенности типа *висцеротоника* таковы: любовь к физическому комфорту, медленная реакция, любовь к пище, социофилия, эмоциональная ровность и терпимость, глубокий сон, ориентировка на семью и детей.

*Соматотоника* характеризует уверенность, любовь к физическим упражнениям, энергичность, стремление к господству, склонность к риску, выносливость к боли, психическая грубость, агрессивность в состоянии опьянения, ориентировка на цели и занятия юношеского периода.

Для *церебротоников* типичны сдержанность в движениях, физиологическая сверхактивность, любовь к уединению, умственная сверхактивность, скрытность чувств, социофобия, заторможенность в социальном обращении, вокальная сдержанность, чрезмерная чувствительность к боли, слабый сон и хроническая усталость, потребность в уединении, ориентировка на пожилой возраст.

Соотношение типов конституции и темпераментов по Sheldon приведено в табл. 4.

В типологии Sheldon по сравнению с Pende и Kretschmer новое заключается в попытке объективного статистического исследования психо-соматических соотношений. Однако, если в характеристике кречмеровского шизотипа бросались в глаза сложные характерологические особенности, то в работах Sheldon,



Корреляция между телесными компонентами  
и свойствами темпераментов по Sheldon

Соматотип (темперамент)	Свойства темперамента		
	висцеротония	соматотония	церебротония
	коэффициент корреляции		
Эндоморфия . . . . .	+79	-79	-32
Мезоморфия . . . . .	-23	+82	-58
Эктоморфия . . . . .	-40	-53	+83

осуществленных совместно с таким крупным психологом, как Stevens, в еще большей степени выступает различие психологических свойств по сложности, смешение первичных и вторичных свойств, недоучет социогенеза ряда свойств. Поэтому, несмотря на, казалось бы, убедительный язык цифр, соотношения, указанные Sheldon, недостаточно обоснованы. Отметим в связи с этим весьма характерное критическое замечание Holt. Этот автор проанализировав большой литературный материал, пришел к выводу о том, что корреляция между соматическим типом и темпераментом, установленная Sheldon и другими, до сих пор не может считаться убедительной.

Проблема соотношения конституции и психики является еще задачей дальнейших исследований, которые должны исходить из правильного методологического анализа.

**Тип высшей нервной деятельности в экспериментальной физиологии человека.** С точки зрения объективно-измерительного подхода к темпераменту или психологическому типу заслуживают большого внимания не только психологов, но физиологов и медиков, работы Б. М. Теплова и его многочисленных сотрудников.

В исследованиях Б. М. Теплова установлены корреляции между рядом простых свойств, определяемых экспериментально у человека. Для исследования свойств нервной системы испытан и рекомендован ряд проб — приемов. В качестве основных свойств нервной системы Б. М. Теплов выделил силу нервной системы по возбудимости и баланс процессов возбуждения и торможения в нервной системе. Причем показана возможность перевеса торможения над возбуждением.

Наиболее проверенными показателями силы нервной системы являются предел работоспособности или выносливость, яркое проявление закона силы в пределах средней силы раздражителя, сопротивляемость внешнему торможению, высокий порог иррадиации возбуждения, высокий порог абсолютной чувствительности.



К показателям баланса процессов возбуждения и торможения относятся симптомы перевеса раздражительного процесса, такие как: 1) стойкость ориентировочного рефлекса, 2) его величина, 3) быстрое образование и медленная дифференцировка условных рефлексов, 4) медленное угашение условных рефлексов без подкрепления, 5) низкий альфа-индекс электроэнцефалограммы.

Б. М. Тепловым показано также, что слабый тип нервной системы имеет сильную сторону или преимущество в более тонкой чувствительности. Он справедливо указывал, что его исследования имеют аналитический характер и выявляют преимущественно элементарные физиологические особенности основных свойств нервной системы человека, и в этом состоит значение его работ для нормы и патологии.

Разумеется, только аналитический подход к изучению темпераментов недостаточен в том смысле, что нервно-психические реакции человека проявляются и в сложных процессах и определяются сложными условиями. Особенно важно учесть, что реакции нормального человека связаны со сложными условиями жизни и его направленностью, т. е. системой его доминирующих сознательных отношений к действительности.

Существенно, однако, что более сложные и более высокие нервно-психические свойства не только определяются более элементарными, но и регулируют их. Необходимо учитывать и то, что психика представляет сложнейшую систему, в которой сила одних сторон сочетается со слабостью других. То же относится к подвижности нервно-психических процессов.

**Эмоциональность и тип темперамента.** Важным в клиническом плане, но экспериментально мало разработанным, является вопрос о связи темперамента с эмоциональностью. Экспериментальные исследования здесь сосредоточены главным образом на изучении психовегетативных, преимущественно сосудистых и гальванических реакций, отчасти с использованием прожективных методик. Клиника и эксперимент, в некоторой степени история психологии, позволяют говорить о значении, особенно для медицинского аспекта, проблемы темпераментов следующих сторон эмоциональности:

1. Повышенная эмоциональная возбудимость, соматически выражаемая быстрой и сильной вегетативной реакцией, соответствует холерическому и сангвиническому вариантам. Пониженная возбудимость характерна для больного в состоянии апатии, а замедленная — для флегматического темперамента.

2. Эмоциональный тонус — настроение. Крайние степени его изменения проявляются в циркулярном психозе, в эйфорическо-маниакальной фазе в форме повышения настроения или, наоборот, в меланхолически-депрессивной фазе в форме понижения его.



3. Реактивная лабильность, иначе — реактивные колебания эмоционального тонуса, представляются связанными с темпераментами сангвиническим и холерическим. Эта лабильность характеризует более всего неустойчивых психопатов.

4. Степень стойкости эмоциональных реакций. При этом различаются первичные реакции (Gross, Heymans, Vietsman), определяемые текущим моментом, и вторичные реакции, обусловленные переживаниями прошлого или перспективами будущего.

В некоторых вариантах холерического, флегматического, меланхолического темпераментов черты первичной или вторичной реакции выражены в различной степени. Патологическая стойкость эмоций — эмоциональная вязкость представляет собой явление, отмеченное как одно из изменений эмоциональной динамики, свойственное эпилептическому характеру.

Можно отметить соответствие эмоциональной реакции того или иного типа с определенным темпераментом и болезненным состоянием. Для холерического темперамента характерна раздражительность, физиологический смысл которой заключается в перевесе возбуждения над торможением. Как известно, по И. П. Павлову, слабый тип соответствует меланхолическому темпераменту. С медико-психологической точки зрения надо различать здесь два варианта, во-первых, астенический, характеризующийся более слабостью, чем угнетенным настроением, во-вторых, конституционально-депрессивный, с преобладанием угнетенного настроения над слабостью.

Кроме того, нужно иметь в виду, что свойственная циклотимикам и циклофреникам периодическая смена возбужденного и угнетенного состояния не соответствует ни одному из темпераментов и ни одному из описанных И. П. Павловым типов нервной системы.

Для сангвинического темперамента характерна значительная эмоциональная реактивность с преобладанием жизнерадостного настроения, с большей его устойчивостью и более кратковременными отрицательными эмоциональными реакциями.

**Особенности характера и их медицинское значение.** Характер по-гречески означает «метка, зарубка, особенность». В современной психологии — это психическое своеобразие человека. Существует большая литература о характере. Сводный материал по этому вопросу имеется в книге А. Г. Ковалева и В. Н. Мясищева («Психические особенности человека», т. 1. Характер, 1957). Отметим здесь лишь некоторые моменты, существенные как вообще для вопроса, так и для его развития в области медицинской психологии.

Неоднократно дискутировался вопрос, является ли характер частью психической индивидуальности или представляет именно эту индивидуальность. Выдвигалось житейское очень распрост-



рашенное мнение, что характер это эмоционально-волевая сторона индивидуальности (Ribot, Н. О. Лосский, Kretschmer и др.). Это ограничение как бы противопоставляет ум и характер. Однако надо согласиться с теми авторами, которые считают, что при известной самостоятельности интеллектуальной и эмоционально-волевой сторон личности, и та и другая определяют особенности характера.

Не только авторы конца XIX в. (Ribot, Ribers, Lewy, Malaper и др.), но и некоторые современные (Utitz, Kretschmer, Ewald, Kronfeld) отрывают содержание характера личности от формально-функциональной стороны ее, определяя особенности характера по признаку различных степеней выраженности впечатлительности, активности, воли и т. п. Конечно, функциональная характеристика важна, но недостаточна и подчинена содержанию личности. В конце XIX в. Rolant в работе «Психология характера» пытался объединить содержание и форму. Содержание человека, по Rolant (так же, как и по Лосскому и нашему современнику Утицу), определяется преобладающими стремлениями, а формальные особенности характера определяются преобладанием ассоциаций по сходству или по контрасту. Rolant правильно подчеркивал значение содержания личности, но его формально-динамический подход не может быть признан удовлетворительным.

Экспериментальные исследования характера трудно отделить от исследований личности. С ними связано в прошлом изучение психологических типов, заключавшееся в определении времени реакции и в изучении индивидуальных особенностей восприятия, мышления, воображения и т. п. С другой стороны, изучение времени реакции позволило разделить исследуемых на медленных, средних и быстрых. Оказалось, что медленные сосредоточивают свое внимание на сигнале, быстрые — на моторном акте.

Через реакцию в план экспериментальной характеристики вошли особенности моторики. При этом выделение психологических типов основывалось на подчеркивании отдельных доминирующих сторон реакций.

Kretschmer (1918) попытался осветить характер с точки зрения того, какие у человека доминируют моменты в процессе перехода от восприятия к ответу на него. Свойства характера были рассмотрены как звенья в системе целостной реакции. Его последователь Ewald разработал такой подход и даже попытался не вполне удачно применить при этом количественно-измерительный метод. По Kretschmer, формула реакции складывалась из: 1) впечатлительности, 2) способности к сохранению впечатлений, 3) внутриспихической активности (психической подвижности), 4) способности отреагирования (выявления себя). К ним Ewald добавил: 5) влечения и 6) способность к



сохранению впечатлений, различая сохранение впечатлений, связанных с: а) влечением и б) переживаниями более высокого порядка.

Эти свойства в норме Ewald оценивал 10 баллами, при малой их выраженности допуская снижение балла до 0, а при повышенной выраженности допуская возможность бесконечного роста, но фактически ограничивался пределами 25 баллов. Эти формулы недостаточно обоснованы и не могли получить широкого признания.

Контрасты свойств, сюда относящиеся, таковы: впечатлительность — тупость, способность к усвоению или неспособность, умственная подвижность или медлительность, экспансивность или заторможенность. Несомненно, что эти черты как в норме, так и в патологии имеют значение, но они, конечно, представляют все-таки лишь формальную характеристику человека.

Основатель и последователи психоанализа также оставили свой след в психологии типов и характеров. Они пытались связать особенности характера с особенностями сексуальности. Значимого отклика в научной психологии и психопатологии эти попытки не получили. Так, например, отошедший от Фрейда Jung делит людей на два типа: 1) экстравертированных и 2) интравертированных, причем сам отмечает, что бывает весьма трудно или даже невозможно определить, к какому из двух типов относится тот или иной человек и где нормальный тип переходит в патологический. Для экстравертированных, по Jung, особое значение имеет внешний мир; для интравертированных — собственная личность. Для первых характерно полное подчинение субъекта объекту. Особенности вторых, писал Jung, являются препятствием для того, что объект оказал на них какое-либо влияние.

Даже у больных трудно себе представить такие крайние положения. А в личности здорового человека резкое противопоставление Jung и совсем немыслимо. Кроме того, тип личности определяется здесь крайне односторонне и также поэтому неправильно. Сам Jung в своей классификации типов предлагает также различать типы по отдельным основным психическим функциям, в качестве которых он выделяет мышление, эмоции, ощущение и интуицию. Такое дополнение делает еще более расплывчатым и неясным определение основных типов. Эта концепция усугубляется еще привнесением ничем не доказанного положения о конструировании типа на основе борьбы сознательного и бессознательного.

Следует еще отметить, что понятия экстраверсии и интраверсии нередко смешивают с двумя парами более простых и важных понятий субъективный — объективный, с одной стороны, и экспансивный — импрессивный — с другой.



На значение противопоставления субъективного впечатления и объективно-фактического в восприятии, понимания и мотивации, близкого к основному делению Jung, давно уже указывалось авторами, относящимися к числу основателей экспериментальной психологии (Stern, Binet).

Значение контрастных понятий экспансивности и импрессивности было выдвинуто нами (В. Н. Мясищев) на основании экспериментальных исследований, согласно которым у одних исследуемых были выражены внешние и внутренние или анимальные и вегетативные реакции, у других была склонность к заторможенности внешней анимальной реакции, сопровождающаяся усилением внутренней вегетативной. Этим особенностям соответствует склонность к экспансивному, т. е. яркому внешнему проявлению своих переживаний или к задержке, скрыванию переживаний, сопровождающейся повышенной впечатлительностью или импрессивностью.

Возможность расхождения между анимальными и вегетативными реакциями П. К. Анохин отметил у экспериментальных животных. Это же явление диспропорции или несоответствия анимальных и вегетативных реакций Gantt назвал *шизокинезом*, приписав ему без достаточных оснований большее для патологии значение, чем оно заслуживает.

Необходимо дальнейшее изучение того, в какой мере диспропорция между вегетативными и анимальными реакциями может быть обнаружена в отношении отдельных систем, моторных и вегетативных реакций; в какой мере она представляет результат условий исследования или присущее исследуемому свойство и в какой мере является дифференциальным признаком, отличающим норму от патологии или один вид патологии от другого, например, циклофрению от шизофрении.

Возвращаясь к концепции Jung, отметим, что выбор функций, учитываемых им в структуре личности, недостаточно обоснован.

Некоторые функции, как интуиция, еще требуют раскрытия, чего он не делает. Между тем интуиция рассматривается им в мистифицированном плане.

Положение Jung о господстве экстраверсии или интроверсии в подсознательном им никак не доказано. Крайне реакционна и ничем не обоснована его концепция «коллективного бессознательного» и «архетипа», якобы заключающих в себе у современного человека весь опыт человечества, включая и доисторический, а также опыт животных предков человека в неизменном виде. Это положение полностью противостоит принципу исторического развития человека, представляет его рабом животных инстинктов, носителем нравов и верований первобытных людей. Близок по существу к этим взглядам Lersch, который



считает, что характер в основном складывается под влиянием инстинктов и влечений (1948).

Большое значение в развитии учения о типах человека имеет выделение И. П. Павловым специальных человеческих типов высшей нервной деятельности: художественного, мыслительного и среднего.

И. П. Павлов отмечал, что у художественного типа преобладает первая сигнальная система. Этот тип отличается богатством восприятий, непосредственностью и эмоциональностью. У мыслительного типа отмечается преобладание второй сигнальной системы. Он характеризуется перевесом отвлеченного мышления, бедностью восприятий, недостатком непосредственности. Средний тип характеризуется равномерным развитием первой и второй сигнальных систем. И. П. Павлов исходил из клинического опыта и связал эти типы с клиническими особенностями высшей нервной деятельности страдающих истерией, психастенией и неврастенией.

Таким образом, подтвердилась тесная связь типов высшей нервной деятельности с особенностями картины невроза, с особенностями характера больного.

Возникает вопрос, типы ли это темперамента, характера или личности? Они не укладываются ни в какую из этих рубрик. С одной стороны, это говорит об относительной независимости этих понятий, с другой стороны, о том, что они освещают не личность и характер в целом, а некоторый план их рассмотрения.

С медико-психологической точки зрения важно не просто указание на связь павловских человеческих типов и клинической формы невроза. Необходимо уточнить намеченное при них соотношение сигнальных систем, различное у здоровых и больных людей.

Мы попытались провести такое уточнение, для краткости представляемое в табл. 5.

Таким образом, в норме у здоровых людей имеет место преобладание, вследствие более высокого развития, первой или второй сигнальной системы; при неврозах — преобладание, вследствие недостаточности одной из систем.

Вместе с тем, можно отметить, что характеристика этих типов не предусматривает таких черт невротического характера, как эгоцентрическая чувствительность истеричного, моральная мнительность, тревожность психастеника, патологическая раздражительность и раздражительная слабость неврастеника. Однако следует сказать, что это и не входило в задачи павловской теории.

Интересно развивает проблему соотношения художественного и мыслительного типа и умственной одаренности детей в процессе развития В. Н. Лейтес (1960).



## Соотношение сигнальных систем в норме и при неврозах

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

В связи с проблемой характера, следует коснуться еще направления «индивидуальной психологии», основы которого заложены Adler. Этот оригинальный мыслитель, так же как и отошедший от Фрейда Jung (и в отличие от Jung с его мистической концепцией), отверг и сексуальную концепцию и учение о бессознательном своего учителя и развил учение о нервном характере, как основе невроза.

В основу этого учения Adler положил идею развития нервного характера из врожденного чувства неполноценности и возникающего отсюда агрессивного влечения к сверхкомпенсации.

Для этой цели у невротика формируется якобы система идеальных целей, фиктивное достижение которых невротик осуществляет путем особых приемов, «уловок» или «аранжировок». Примерами подобных весьма упрощенных уловок являются, по Adler, ссылки невротика на головную боль при неспособности решить задачу, ссылки на свою якобы принципиальность и бескомпромиссность, когда субъект не справляется с делом, не умеет поладить с людьми.

Характерна для описываемого Adler типа его тенденция обесценения или «уничтожения критикой» того, что не удалось достигнуть, и символическая полярная «тенденциозная апперцепция». Примером обесценения является то, что сатирически



показано в знаменитой басне «Лиса и виноград». Лиса, не будучи в состоянии овладеть виноградом, успокаивает себя тем, что он незрелый. «Тенденциозная апперцепция» заключается в постоянной оценке себя, своих действий и окружающих по схеме, «внизу — вверх» в том смысле, насколько то или иное обстоятельство или действие повышает самооценку невротика и ослабляет его чувство неполноценности.

Свое характерологическое направление Adler назвал «позиционализмом», противопоставляя его диспозиционализму, т. е. выводя особенности характера из позиции в отношении, прежде всего, к самому себе по сравнению с отношением к окружающим.

Adler установил ряд метких положений, касающихся нервного и вообще патологического характера, которые важно учитывать в диагностике и психотерапии. Однако его концепция, во-первых, не применима к здоровым людям, приложима далеко не ко всем формам неврозов; она приложима только к невротикам, особо страдающему чувством неполноценности с его агрессивной компенсацией. Во-вторых, Adler, в сущности, не показывает, а декларирует образование свойств характера, вытекающих из чувства неполноценности. В-третьих, неправильно освещена социальная природа личности и характера. Эту природу он выводит не из общественного опыта и практики человека, а из (по его неправильному мнению) врожденных чувств неполноценности и агрессивности.

**Патологические характеры и психопатии.** Чрезвычайно ценные работы по медицинской характерологии принадлежат нашим выдающимся психопатологам С. А. Суханову и П. Б. Ганнушкину. С. А. Суханов дал яркое описание характеров истерического, психастенического или тревожно-мнительного, эпилептического, логопатического и циклотимического, сохраняющее значение до сих пор. Психастенический или тревожно-мнительный характер С. А. Суханов описал впервые. Из второго названия явствуют основные черты этого характера. Он описал логопата как субъекта с патологическим складом мышления, из которого вырастают параноические бредовые идеи.

П. Б. Ганнушкин в своей книге «Клиника психопатий, их статика, динамика и систематика» осветил не только проблемы клиники пограничных состояний. Его книга имеет значение и для медицинской характерологии в целом. Особое значение имеет то, что П. Б. Ганнушкин указал на динамику психопатий, т. е. установил, что психопатия не представляет стойкой, неизменной статической картины, а процесс, возникающий, меняющийся, развивающийся из соотношения врожденных свойств и неблагоприятных прижизненных условий.



Центральным для понимания психопатии является понятие патологического характера. Если трудно определить вообще понятие нормы и патологии и границу, их делящую, то особенно трудно это сделать в медико-психологической проблеме патологии характера. Сознательно идя на первоначальное упрощение, можно сказать, что патологическим является характер, отдельные свойства (или система свойств) которого способны вести к нарушению общения человека с другими людьми и препятствуют его продуктивной деятельности.

Учитывая имеющийся в истории психологии и клиники опыт, можно определеннее сформулировать некоторые положения общей и медицинской характерологии. *Характер — это психическая индивидуальность человека в его своеобразии.* Характер — понятие не только формально-динамическое, но прежде всего содержательное. Содержание характера определяется отношением человека к действительности и прежде всего взаимоотношениями с людьми. *Его формой является способ отношения человека к действительности.*

Характер развивается в соответствии со всеми условиями общественного опыта и практики человека. Основными чертами нормального характера являются те психические свойства его, которые наиболее жизненно и, прежде всего, социально важны, и те, которые в отличие от других сильнее или слабей развиты у данной личности, определяя ее своеобразие. Хотя теоретически можно считать, что характер представляет, как говорил И. П. Павлов, фенотип или сплав врожденного (генотипического) и приобретенного (паратипического), но у человека роль приобретенного опыта и свойств, им обусловленных, особенно велика.

Врожденное выступает в характере человека в той форме, с тем содержанием, которые возникли в процессе развития под влиянием условий жизни, социальной среды. Справедливо в свое время писал Б. Г. Ананьев о тесной связи силы характера со стойкостью убеждений (1941).

Для медицинской характерологии особенно важны те черты характера, которые являются аномальными. Неблагоприятные наследственные или пренатальные условия понижают пластичность и уродуют свойства человеческого характера, вызывают их недоразвитие, чрезмерную заостренность или извращенность. Патологические изменения характера резче выражены при психопатиях и слабее при неврозах. При последних они определяются прижизненно-неблагоприятными условиями. При психопатиях болезненные изменения определяются сочетанием неблагоприятных врожденных и приобретенных условий. Здесь можно указать, что невротические характеры, особенно истерический и психастенический, явно зависят от условий жизни и воспитания. Так, истерический эгоцентризм, рисовка, утриро-



ванная аффективность и безвольность зависят в значительной степени от чрезмерного внимания со стороны окружающих, избалованности, безотказного удовлетворения желаний. Формирование психастенического характера, человека заторможенно-нерешительного, неуверенного в себе в очень большой мере зависит от подавляющей инициативу и уверенность в себе требовательности воспитателей.

Медико-психологические вопросы изучения темперамента и характера имеют значение не только для медицины, но и для нормальной психологии и педагогики. Они дополняют и расширяют представления о психологических вариантах данными психофизиологического, церебрально-вегетативно-эндокринного исследований. Научное освещение вопроса о формировании характера открывает перспективы управления ходом невро-психического развития, включая коррекционно-преобразующие задачи.



## ОЩУЩЕНИЕ И ВОСПРИЯТИЕ

Ощущение и восприятие — источник познания, всех наших знаний о внешнем мире и собственном теле. Восприятие и ощущение — основа для построения общих представлений и понятий.

Следует различать процессы ощущения и восприятия и результаты этих процессов. Ощущение — отражение отдельных свойств предметов и явлений материального мира как внешней среды, так и собственного организма (цвет, свет, тепло, боль и пр.), результат воздействия предметов внешнего мира и собственного тела на органы чувств.

Восприятие, в основе которого лежат ощущения, представляет процесс чувственно-образного отражения предметов и явлений в единстве их свойств. Восприятие человека — активный процесс. Человек воспринимает мир в деятельности, в процессе труда, что углубляет и совершенствует его восприятие.

Результат процесса восприятия в норме — целостный образ воспринимаемого предмета. Образ этот — отражение материального объекта, детерминированное взаимоотношением субъекта с этим объектом. Восприятие не обязательно отражает все свойства предмета. Прежде всего воспринимается и учитывается в восприятии здорового человека то, без чего воспринимаемое в целом не может быть узнано, дифференцировано. Количественный и качественный состав информации, который должен обеспечить субъекту возможность получить о предмете в процессе восприятия адекватный образ, зависит от знакомства с объектом, от знаний о нем. При восприятии хорошо знакомого, привычного, ожидаемого обычно бывает необходимо отметить в сознании меньше деталей, чем это происходит при восприятии нового объекта при условии интереса к нему.



Количество необходимой информации зависит также от задачи восприятия. Чтобы осознать, например, что воспринимаемое есть собака, нужно меньше информации, чем для того, чтобы сказать, чем от других собак она отличается. В соответствии с этими различиями в потребной информации различается и процесс восприятия. Способность строить восприятие в соответствии с задачей — необходимая черта психики человека, нередко нарушаемая в патологии.

Восприятие в норме отличается *константностью*, отражая предмет в разных положениях, на разном расстоянии, различно освещенным, в основном таким, как он есть в действительности. Например, размеры объекта определяются правильно, благодаря единству отражения расстояния его от глаз и его размеров.

Константность есть важнейшее свойство восприятия и необходимо связано с детерминированностью восприятия, с его адекватностью объективному миру.

В процессе общественного развития и на основе развивающейся практики отдельного человека восприятие становится все более полно отражающим мир, свойства предметов и отношения между ними. Возникающие при болезни нарушения в периферических или центральных отделах анализаторов могут привести к различным формам нарушения восприятия.

Возникшие в процессе восприятия образы в той или иной мере, более или менее устойчиво, более или менее ярко сохраняются и воспроизводятся в форме чувственных представлений без непосредственного воздействия соответствующего объекта. Взаимодействие представлений может привести к образованию образов невоспринимавшихся ранее предметов или даже отсутствующих в реальности (например, образ чёрта, нового типа строения и пр.). Различные заболевания могут привести к извращенным представлениям, иногда к снижению способности вызывать представления.

Ощущения, восприятия и представления служат основой для формирования общих представлений, являются исходным материалом для формирования понятий. Источником всех наших знаний являются ощущения, восприятия и представления, отражающие объективный мир.

**Физиологические основы восприятия и ощущения.** Предметы и явления воздействуют на органы чувств. Отсюда по центростремительным, афферентным путям раздражения, идущие от объекта, передаются в подкорковую область мозга, в частности, в зрительный бугор, а затем вызывают соответствующее возбуждение в сложной системе клеток коры головного мозга. И. П. Павлов назвал весь этот аппарат *анализатором*.

Работы ряда специалистов в области неврофизиологии раскрыли более полно механизмы функционирования анализаторов. Л. А. Орбели и его сотрудники, Н. И. Гращенков и другие



советские ученые много сделали в области изучения влияния на процессы восприятия симпатической нервной системы. Многочисленные исследования последних лет убедительно показали важную здесь роль ретикулярной формации. Нейрофизиологическим исследованиям и методам моделирования принадлежит большое будущее в дальнейшем раскрытии природы анализаторов, в изучении проблемы сенсорных процессов.

Анализаторы у человека имеют ряд особенностей, главной из которых является связь анализаторов (первой сигнальной системы) с речевой деятельностью — второй сигнальной системой. Важную роль вторая сигнальная система играет уже в процессе предварительной настройки анализатора на те объекты, которые предстоит воспринимать. Каждый анализатор связан с другими анализаторами, участвует в психических процессах. Большой интерес представляет связь внешних и внутренних анализаторов, что особенно показали исследования К. М. Быкова, В. Н. Черниговского и их сотрудников. Ярко выражено участие двигательного анализатора в сложных процессах психической жизни. Двигательный анализатор обнаруживает особенно тесную связь с общей активностью человека. Взаимоотношение между разными анализаторами и второй сигнальной системой строится не совсем одинаково. Например, словесное внушение различно воздействует на различные анализаторы. Легче человеку в состоянии гипноза, а иногда и в бодрственном состоянии, внушить, что он ощущает тот или иной запах, чем то, что он видит отсутствующий предмет. Следует врачу учесть, что особенно легко возникают в результате внушения ложные или усиленные interoцепции (ощущения от внутренних органов).

В процесс восприятия у человека входит и определение и называние воспринимаемого, выявление отношения данного предмета к другим предметам. На процесс восприятия оказывает влияние отношение субъекта к воспринимаемому объекту, его интересы, значение для него знаний о воспринимаемом. Врач может в ряде случаев особенно тонко воспринять и ощущать то, что происходит в его организме, благодаря его знаниям. Иногда, наоборот, такие знания, особенно под влиянием эмоций, могут повести к извращению восприятия, особенно при неясности ощущений, как это бывает при ощущениях, идущих от внутренних органов. Восприятие человека тесно связано с сознанием знакомости или незнакомости воспринимаемого.

Ощущение и особенно восприятие — сложный процесс. В восприятии взаимодействуют различные нервные механизмы одного анализатора, в ряде случаев — разных анализаторов. Характер этих взаимоотношений определяется особенностями воспринимаемого объекта. Говоря об оптическом восприятии, нельзя не учитывать, что в него входят светоощущение.



восприятие формы, восприятие величины, движение глаз и прочие, между собой взаимодействующие моменты единого процесса восприятия. У больных может пострадать частично деятельность анализатора при сохранности его в других отношениях. Соответствующие данные исследования анализаторов в этом плане играют значительную роль в изучении психологической и физиологической структуры восприятия.

Образ, возникший в одном анализаторе, может передаваться другому анализатору в соответствующем образом перешифрованном виде. Например, буквы распознаются нами не только зрением, но и кожным чувством — когда при закрытых глазах по руке человека «пишут» пальцем или палочкой. Такое чтение называется *дермолексией* (В. Н. Мясищев).

Интересно отмеченное С. Л. Рубинштейном следующее явление: в радиофицированном зале голос говорящего слышится со стороны репродуктора. Если же слушатель смотрит на говорящего, он слышит его голос как идущий от него, а не от репродуктора.

Своеобразно выражается взаимодействие анализаторов в *синестезиях*, например, при патологически сниженном обонянии, вкус как-то иногда замещает обоняние, становясь как бы дистантным ощущением. Некоторые люди, воспринимая, например, звук, как бы ощущают или весьма живо представляют его связь с тем или иным цветом — *оптическая синестезия*. Характер связи при этом не бывает случайным, а, как правило, обусловлен кругом представлений человека, у которого возникла синестезия. Так, высокий «светлый» звук влечет представление светлых цветов.

В представляющих значительный интерес исследованиях П. Г. Снякина и его сотрудников была показана рефлекторная связь между различными рецепторными системами, например, терморепцепторов кожи с фоторепцепторами сетчатки, интерорецепторов желудка с экстерорецепторами языка, рецепторов одного глаза с рецепторами другого глаза и т. п.

Павловская концепция анализаторов приводит нас к пониманию ощущения и восприятия, как актов, в которых теснейшим образом связаны между собой врожденные и приобретенные на разных этапах жизни афферентные процессы, безусловные и условные рефлексы. Не все внешние влияния на органы чувств человека отражаются в его сознании, но подлинные ощущения и восприятия доходят до сознания. В. И. Ленин писал, что «ощущение есть действительно непосредственная связь сознания с внешним миром, есть превращение энергии внешнего раздражения в факт сознания»<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> В. И. Ленин. Полн. собр. соч., изд. 5, т. 18, 1961, стр. 46.



Ощущение и восприятие — процессы, протекающие во времени. Необходимое для четкого восприятия время может различаться у разных людей. Оно может возрастать под влиянием болезни. Замедляется восприятие при состояниях утомления. Знакомые объекты воспринимаются относительно скорее. Восприятие изображения может потребовать больше времени и быть более трудным, чем восприятие самого изображенного предмета. Болезнь может особенно затруднить восприятие схематического или стилизованного изображения.

Чрезмерная нагрузка анализатора может повести к неблагоприятному изменению его состояния, его утомлению, которое может перейти и в общее состояние утомления. Например, таковы воздействия шума, яркого света и проч. Здесь обнаруживается некоторая избирательность, определяемая особенностями функционирования анализаторов при различного рода воздействиях на него. Красный цвет более способен вызывать утомление анализатора, чем, например, зелено-салатный цвет.

Следует еще учитывать, что приток раздражений извне, воздействие окружающей среды на анализаторы поддерживает тонус мозга. И. М. Сеченов и позднее И. П. Павлов отмечали, что для деятельного состояния коры головного мозга необходима известная минимальная сумма раздражений извне.

Теорией кибернетики поставлен вопрос о взаимоотношении понятий ощущения и восприятия с понятием информации. Конечно, отождествление этих понятий не может считаться правильным. Но дальнейшая разработка вопроса об их соотношении с выявлением возможности и целесообразности привлечения концепций кибернетики для изучения некоторых сторон сенсорных механизмов безусловно желательна и нужна. Соответствующая группа вопросов освещена в монографии советского психолога Л. М. Веккера (1964).

**Подпороговые ощущения и восприятия.** Ряд авторов (В. Н. Мясищев, Г. В. Гершуни и др.) специально изучали механизмы «субсенсорных» процессов, не доходящих до сознания. Подпороговые ощущения могут быть весьма различны по своим особенностям и по своему происхождению.

У некоторых больных неприятные ощущения возникают в больных органах лишь после того, как они узнают о своей болезни. Вероятно, ощущения эти раньше были подпороговыми.

Внимания заслуживают психические процессы, протекающие «в зоне неясного ощущения» (М. С. Лебединский). Человек нечто воспринимает, но так неясно (например, плохо освещенный или далеко расположенный предмет), что ему надо в значительной мере дополнить полученную в процессе восприятия информацию путем привлечения данных прежнего опыта.

Также при быстрой экспозиции в тахистоскопе больные с патологически замедленным восприятием обнаруживают



характерные изменения в предпороговой зоне или зоне неясного ощущения. Больная (по образованию и прежней профессии — врач) страдает шизофренией (галлюцинаторно-параноидная форма) примерно один год. Она долго при тахистоскопическом исследовании не узнает цветного изображения разрезанного арбуза. После трех экспозиций с минимальной длительностью она последовательно говорит: 1) «Красное и зеленое», 2) «То же самое», 3) «Анатомический срез органа, и вены проходят». Следуют еще три демонстрации с большой длительностью. Больная с уверенностью говорит, что видит эритроциты. Последующие три показа (1", 3") не приводят к повышению уровня восприятия: больная стереотипно повторяет после каждого из них «эритроциты». Только при показе этого изображения вне тахистоскопа, т. е. без сокращений во времени экспозиции, она верно его узнает. Подобное неправильное узнавание характерно для ряда больных шизофренией. У них при таком исследовании часто выявляется переоценка значения одного момента (красный цвет — эритроциты), необычность представления о воспринимаемом и стереотипность в «зоне неясного ощущения». Весьма характерна для этих больных и содержательная сторона ошибки (внутренние органы, кровь и т. п.). Здоровые люди в таких случаях полностью осознают, что они скорее догадываются, чем действительно узнают объект. У больных такое осознание снижено.

Отметим еще одну группу фактов, наблюдающихся в подпороговых ощущениях (в зоне неясных ощущений) и говорящих о роли общего состояния мозга и психики в обеспечении уровня функций анализатора.

Была поставлена задача (М. С. Лебединский) изучения при исследовании *кожной дискриминации* (различение прикосновений в двух точках) характера ошибок в подпороговой зоне.

В таком исследовании при раздвижении ножек циркуля (на расстояние меньше, чем пороговое) в период еще нестойкого, но уже в какой-то мере достигнутого различения одного и двух прикосновений, отмечаются наряду с правильными и ошибочные определения количества точек прикосновения. У одних исследуемых наиболее часты ошибки, при которых два прикосновения принимаются за одно. У других весьма значительно преобладает ощущение одного прикосновения, как двух и более прикосновений. К первым, в основном, относятся здоровые люди и больные с органическим поражением головного мозга. Ко вторым — относятся особенно больные шизофренией. Отдельные больные шизофренией даже ощущают прикосновение в одной точке как прикосновение в 3—4 точках, хотя и понимают, что по условиям исследования может быть прикосновение в одной или двух точках. Такая склонность к рассеиванию ощущение-



ния позволяет думать о слабости соответствующих корковых клеток.

**Некоторые закономерности развития ощущения и восприятия.** Формирование сферы ощущений и восприятий у человека при высоком уровне развития его головного мозга проходит под влиянием общественно-исторических условий, под влиянием трудовой деятельности, опыта всей жизни. Сначала ощущения и восприятия развиваются под влиянием игры, позднее — труда. Ребенок в норме уже на 3—4-м месяце жизни способен воспринимать предметы, особенно те, которые имеют для него жизненное значение. Острота зрения, различение оттенков цветов продолжает развиваться еще в дошкольном возрасте и позднее. Можно назвать много профессий, способствующих развитию вкуса (дегустаторы), глазомера и пр. Большой тонкости достигает у опытного врача тактильное, связанное с кинестетическим, ощущение, используемое им при пальпации во всем многообразии этого метода исследования. Очень интересны проводящиеся у нас в последние годы опыты, в которых показано, что ряд людей при прикосновении к предмету рукой и при закрытых глазах могут различать его цвет и форму (А. Н. Леонтьев). Наблюдения, проведенные в этом плане А. С. Новомейским, а также некоторыми исследователями в других странах, требуют дальнейшей проверки. Эти опыты показывают, как широко могут в соответствующих условиях выявляться до сих пор неизвестные возможности отдельных и взаимодействующих анализаторов. Слепые приобретают нередко способность распознавать при ходьбе препятствия, например стену, не дотрагиваясь до нее, очевидно, в связи с изменениями давления воздушной среды (Kroggius и др.).

Развитие восприятия связано с развитием в общественной практике методов наблюдения и изучения. Так, в медицине, разработка методов пальпации повысила возможности последней.

Большое значение в развитии возможностей восприятия человека приобретают его инструментальное вооружение от лупы до электронного микроскопа, от сфигмографа до электрокардиографа и т. п. Благодаря им мы воспринимаем морфологические и физиологические особенности организмов, недоступные для невооруженного приборами восприятия.

Теоретический и практический интерес, в частности для врача, имеют различные формы *инструментального «осязания»* и *«ощупывания»*. Сюда относятся врачебные исследования при помощи зонда. Сюда же примыкают ощущения, получаемые ампутированными через посредство протеза. Пользующийся им получает возможность ощущать соприкосновение протеза с почвой, по которой он передвигается. Конечно, периферический конец анализатора расположен при этом на культе, но человек объективирует воспринимаемое соприкосновение, локализует и



проецирует его не в культе, а там, где оно происходит, где оно имеет для него практическое значение, т. е. в месте соприкосновения протеза с почвой, если он привык к нему и если культя его не беспокоит. Все это говорит о высоких возможностях развития процессов ощущения и восприятия, о способности человека все более удовлетворять непрерывно растущие требования к ощущению и восприятию.

**Восприятие как особая форма деятельности.** Нарушения относительно простейшего акта отражения — ощущения могут быть вызваны повреждением как периферической, так и центральной части анализаторов. Они могут зависеть и от общего изменения тонуса коры головного мозга и в связи с этим от общей направленности и активности рецепторного процесса.

В физиологии органов чувств, как и в психиатрии западных стран, весьма распространена концепция, согласно которой головному мозгу и его коре не отводится места в самом течении процесса ощущения. Современный видный исследователь в области физиологии восприятия Granit, например, пишет, что мозг является лишь «истолкователем» ощущений. С этим нельзя согласиться. Решительно выступил против отрыва «разума от органов чувств» И. М. Сеченов.

В отличие от ложных взглядов в вопросе о физиологической основе восприятия И. П. Павлов создал понятие об анализаторах, в которых объединяются периферический воспринимающий аппарат, проводящие пути и центральная корковая часть.

Нельзя не учитывать тесную связь сенсорных процессов с двигательными. И. М. Сеченов дал классическое раскрытие роли движений глаза в процессе оптического восприятия.

Оптико-агностические нарушения у некоторых больных тесно связаны с нарушениями, которые вполне правомерно можно назвать апраксией зрения. В последние годы значительно усовершенствовались методы изучения этих движений (А. Л. Ярбус). Открылись новые возможности изучения движений рук в процессе *стереогноза* (ощупывание предмета при выключении зрения), движений головой при прислушивании и прочее.

*Астереогноз* (нарушение стереогноза — способности узнавать предмет на ощупь). При астереогнозе движения ощупывающей руки по своему характеру приближаются к движениям при апраксии. Это относится и к другим агнозиям — нарушениям восприятия при сохранности в анализаторе элементарной чувствительности, возникшим при очаговом поражении головного мозга. Этими клиническими фактами подтверждается единство афферентных моментов, единство познавательного процесса и действия.

Ощущение и восприятие должны рассматриваться и изучаться и у здоровых и больных людей, как особого рода деятельности, в которых всесторонне выражается личность. Самый



процесс восприятия должен изучаться, как действительное, включающее и двигательный компонент. Интерес представляют исследования А. Р. Лурия с сотрудниками (А. Л. Ярбус, Е. Д. Хомская, В. П. Зинченко, Б. А. Карпов), которые, используя тонкий метод регистрации движений глаза при рассмотрении изображения, могли показать, что эти движения меняются в зависимости от задачи и от состояния исследуемого. Так, у больных с поражением лобных долей мозга обнаруживается инактивность в рассматривании, приводящая к соответствующим нарушениям восприятия, особенно восприятия сложных изображений. При зрительной агнозии мы (М. С. Лебединский) изучали движения глаз по передвижению приставленной к глазу зрительной трубы, и могли здесь регистрировать беспорядочность движений глаз, недостаточную их целенаправленность. Такие же нарушения движений рук наблюдаются при астереогнозе.

**Последовательные образы.** По окончании действия раздражителя, вызвавшего ощущения, в силу известной инертности нервного процесса в ряде случаев возникает так называемый *последовательный образ*.

Если в темноте зажечь лампу, а затем ее потушить, то короткое время мы продолжаем будто бы видеть свет. Это и есть *положительный последовательный образ*.

В некоторых случаях наблюдаются *отрицательные последовательные образы*.

Если мы смотрим на желтый квадрат на белом фоне при ярком свете, то затем возникает на белом фоне последовательный образ уже не в виде желтого, а синего квадрата. Последовательные образы играют роль в исследовании больного. Например, при исследовании кожной чувствительности, болевой чувствительности и пр. врач предлагает больному сравнить ощущения в разных точках, раздражение на которых производится врачом последовательно. При сравнении последнего укола, прикосновения, давления с предшествующим больной в частности опирается на последовательные образы, а также и на впечатления от раздражений. При некоторых патологических состояниях последовательные образы выступают ярче и оказываются более устойчивыми. Е. А. Попов обратил внимание на удлинение времени сохранения оптических и слуховых последовательных образов при галлюцинациях. В литературе отмечалось, что у диабетиков при лечении инсулином во время гипогликемии наблюдается исчезновение последовательных образов. Последовательные образы иногда играют значительную роль в восприятии. Мы можем иногда не слышать что-либо, а затем, когда звуки речи уже отзвучали, ориентируясь на положительные последовательные образы, восстановить, что именно было нами услышано. Вероятно, при некоторых нарушениях психики такое запоздалое узнавание может привести к



извращению образа и смысла объекта восприятия. Некоторые авторы отмечали у ряда больных (при энцефалитах, неврозах) последовательные образы с сложной перестройкой, которым дается название параэйдололизм (Jaspers). Например, больной смотрит на красный цвет и после прекращения воздействия света видит головы, руки и т. п. В допубертковом возрасте нередко наблюдаются впервые отмеченные Урбанчиком и подробно изученные Jensch явления, о которых последний писал, как об особенности некоторых личностей — *эйдетизме*. При наличии зрительного эйдетизма ребенок, смотря на изображение, помещенное на экране, продолжает его некоторое время на экране как бы видеть, когда изображение уже с него убрано. Это явление не следует отождествлять с последовательными образами, при которых нет такой ясности, нет локализации видимого на определенном месте, нет переживания подлинного видения, как это обязательно при выраженном эйдетизме. Физиологическая основа эйдетизма — повышенная инертность раздражительного процесса в анализаторе. Эйдетизм наблюдается не только в оптической области, но и в сфере других анализаторов, но уже менее отчетливо.

**Ощущение и восприятие у ребенка.** Постепенно, по мере развития ребенка, у него развивается и сфера ощущения и восприятия на основе условных рефлексов. В возрасте 3 недель у ребенка развиваются системы зрительно-двигательного аппарата и на этой основе возникает способность удерживать взор на источнике света.

С первых месяцев жизни развиваются и функции других анализаторов. Постепенно возникает способность предметного восприятия. Но для детей дошкольного и даже младшего школьного возраста еще характерна недостаточная способность к восприятию деталей объекта. В дошкольном возрасте резко выражена эмоциональная окрашенность восприятия. Ощущение и восприятие продолжают развиваться еще в школьном возрасте. Отмечено, что различение степени яркости света возрастает до 17-летнего возраста. Нередко в том же или даже в более позднем возрасте развивается в норме различение высоты тонов.

Относительно поздно развивается у детей восприятие пространственных и временных отношений. Восприятие перспективы на рисунке доступно ребенку лишь в конце дошкольного возраста. Относительно поздно развивается способность стереогноза.

Восприятие времени, как и оценка его до 2—2½ лет, возможно лишь в самой зачаточной форме и дальше развивается весьма постепенно.

Развитие ощущения и восприятия теснейшим образом связано с опытом ребенка, с развитием его личности, его дея-



тельности, его мышления, с конкретной практикой ребенка. Большую роль здесь играет воспитание и обучение, а также и врожденные особенности ребенка. В качестве иллюстрации последнего можно назвать врожденные аномалии цветоощущения. У некоторых людей имеется врожденная слепота на красный цвет (*протанопия*) или на зеленый цвет — (*дейтеранопия*). Эти нарушения называются дальтонизмом — по имени описавшего впервые эту аномалию в 1794 г. английского ученого Дальтона. Сходные нарушения цветоощущения могут возникнуть при патологических изменениях соответствующего отдела зрительного анализатора. При патологии чаще наблюдается слепота на все цвета одновременно. Например, все кажется серым.

Упомянем об изменениях в анализаторах, возникающих в связи со старением. Эти вопросы еще пока мало разработаны.

**Восприятие и личность.** Воспринимает человек, личность. Особенности личности и организма, потребности и мотивы восприятия оказывают влияние на то, какие стороны объекта, какие его качества и свойства наиболее выступают для воспринимающего человека, какие чувства включаются в процесс восприятия. Общее состояние больного человека, изменения его личности, плохое его самочувствие, опасность, угрожающая ему, также могут как-то изменить характер восприятия им действительности.

Люди, потерявшие слух, иногда, при наличии соответствующих предпосылок в структуре их личности, неправильно усматривают в том, что они видят, нечто опасное для себя, способное их тревожить. Рисунки больных отражают нередко изменения восприятия и чувственных представлений, определяемые общими изменениями личности под влиянием болезни. Ряд авторов в связи с этим уделяют внимание изучению рисунков больных.

Наблюдавшаяся нами больная циркулярной формой шизофрении, художница, во время приступов болезни рисовала женщин обязательно со злыми и мужеподобными лицами. В состоянии ремиссии это не отмечалось.

**Активность и направленность восприятия.** Восприятие и внимание. Восприятие можно различать по степени активности личности. Различная степень активности восприятия нашла выражение во многих языках, в частности, и в русском языке в виде таких определений, как слушать и видеть, прислушиваться и всматриваться, рассматривать, наблюдать и т. п.

У ребенка наиболее активные формы восприятия развиваются постепенно. У больных людей активность в процессе восприятия, с одной стороны, может снижаться, а с другой стороны, нарушения восприятия до известной степени могут компенсироваться повышением его активности.



Способность к устойчивому и эффективному, активному, планомерному и целеустремленному восприятию как черта личности называется *наблюдательностью*. Огромное значение наблюдательности для врача всегда подчеркивалось крупными клиницистами. У врачей и студентов-медиков надо развивать специальную наблюдательность. Наблюдательность следует развивать с детства. Особого внимания требует воспитание у детей специальных форм восприятия, таких, как, например, слушание музыки, умение видеть картину. При этом необходимо стремиться прививать тесно связанные с восприятием эстетические чувства и потребности.

При неврозах с характерными для них расстройствами эмоциональной сферы, а также у некоторых больных с бредовыми идеями активное восприятие может быть односторонне направленным; при этом самая активность приобретает весьма своеобразные черты. У некоторых больных бывает особенно резко выражено снижение активности восприятия. Так, больная с болезнью Пика (атрофический процесс в головном мозгу) с резко выраженными изменениями психики, если ее просят на что-нибудь посмотреть, не может ничего увидеть. Но она нередко без какой-либо цели и задачи замечает те или иные предметы и правильно их называет. Эта больная почти полностью потеряла способность активного восприятия.

Снижение активности восприятия, как правило, совпадает со снижением чувствительности, с повышением порогов ее. Усиление раздражительного процесса в коре головного мозга в ряде случаев ведет к повышению чувствительности в анализаторах — к *сенсбилизации*. Иногда сенсбилизация достигается при воздействии различными стимулирующими медикаментами. И у здорового человека специальные стимулы способны повышать одновременно активность восприятия и чувствительность. Это может явственно выступать и у некоторых больных. У таких больных чувствительность может повышаться при настойчивом привлечении их внимания к процессу исследования, к воспринимаемому объекту.

Мы исследовали больного с параличом левых конечностей. Обычное клиническое обследование устанавливает у него на левой стороне почти полную анестезию. Когда же мы своими достаточно настойчивыми словами направляем его внимание на раздражитель и спустя несколько секунд после предупреждения (промежуток времени меняется) касаемся булавкой левой руки больного, то получаем на раздражение после несколько удлиненного скрытого периода заранее предписанный ответ: «есть». Однако после нескольких прикосновений наступает вновь период отсутствия реакции (истощаемость).

Такого рода поведение мы могли отметить и у ряда других больных, преимущественно с поражением правого полушария.



Здесь, следовательно, можно констатировать, что уровень порога чувствительности в пострадавших конечностях зависит от степени напряженности и направленности ожидания, вызываемого словами исследуемого, от характера ориентировочной реакции. Вместе с тем, таким образом повысившаяся чувствительность у больного не удерживается длительно на достигнутом уровне.

И. М. Сеченов в свое время указывал на зависимость чувствительности от направленности внимания. Это указание весьма важно для врача: привлечение внимания больного к раздражениям, особенно идущим от внутренних органов, усиливает их ощущение. Это может оказать вредное влияние на больного, на течение его болезни.

Известно, что под влиянием внушения, особенно в гипнотическом состоянии, может как резко снизиться, так и повыситься чувствительность. У истеричных больных снижение чувствительности (*гипестезия*) и утрата чувствительности (*анестезия*) могут быть результатом «самовнушения». Для подобных снижений чувствительности характерно распределение участков гипестезии и анестезии без соответствия распространению чувствительных нервов. Иногда так возникает внезапная слепота. Однако часто на электроэнцефалограмме при этом можно обнаружить реакцию на не ощущаемое больным раздражение.

**Восприятие и сознание.** Восприятие и ощущение — процессы, в основном, сознательные. С развитием психики и сознания у ребенка возникают новые формы восприятия, перестраиваются старые.

Здоровый человек, как правило, осознает, что именно им воспринимается. Развивающиеся как сознательный процесс восприятия приводят ребенка в известном возрасте к бесчисленным вопросам «что это такое?» Такой вопрос у здорового человека в той или иной форме всегда наличествует при восприятии и ощущении, причем этот вопрос становится по мере развития все более сложным по своему содержанию, требует более дифференцированного ответа.

Ощущение и восприятие, как процессы сознательные, являются осмысленными. В обеспечении их смысловой стороны играют важнейшую роль мышление и речь, органически входящие в ощущение и восприятие человека. Врач воспринимает и симптомы болезни и в то же время осмысливает их значение в данном случае, их отличие от сходных симптомов другой болезни и т. п. Восприятие врача опосредуется его опытом и теоретической его вооруженностью. Опытный эрудированный врач видит и слышит, исследуя больного, то, что не может быть отмечено неспециалистом или недостаточно квалифицированным специалистом.



Необходимое для осмысления воспринимаемого единство двух сигнальных систем в процессе ощущения и восприятия может вследствие болезни нарушаться, и в связи с этим восприятие становится также патологически измененным.

Приведем одну иллюстрацию такого рода нарушения. Больному шизофренией показана репродукция картины, на которой изображены лежащий на постели мужчина и подле него сидящая женщина. На вопрос, что он видит на картине, больной отвечает: «Лежит дон-Садуй. На задней поверхности перед ним кровать. Луиза после осады припла... Вошла через черный ход, задумчиво села, спрашивает: „Шприц нужен?“».

Больной уловил, что на картине изображены мужчина и женщина, что это люди другой страны, но эти моменты восприятия ассоциируются и сливаются у него с обрывками сюжетов в свое время читанных иностранных романов. Здесь второсигнальные связи, вторгаясь в процесс восприятия, извращают его, уводят его от реальности. Попытки исследующего (М. С. Лебединский) побудить больного, как и других таких больных, оставаться в пределах того, что изображено, что именно можно увидеть на картине, остаются, как правило, безуспешными.

В такого рода случаях нельзя не видеть нарушения самого процесса восприятия, способности больного осознать его задачи, отделить подлинно воспринимаемое от словесных и чувственных представлений, ассоциативно связанных с воспринимаемым. Сходное объяснение нарушения восприятия у некоторых больных шизофренией давал Л. С. Выготский. Отличие здорового человека состоит в более полном осознании процесса восприятия как такового, с необходимым отграничением его задач и возможностей, с различением реального от нереального.

Больной, о котором только что шла речь, не только в процессе восприятия, но и в речи и в мышлении и во всей своей деятельности также обнаруживает отход от реальности. Эти отклонения от объективной действительности — основная черта его измененной болезнью личности. Своеобразно выступает нарушение восприятия у другой больной шизофренией. Она рассматривает изображение в красках петуха и говорит: «Нет, это не петух, это помесь курицы с павлином». Здесь нарушено самое опознание предмета и опять-таки отвергается реальное, которое перестраивается в нечто нереальное, в природе отсутствующее.

Описанные больные неспособны отделить воспринимаемое от соображений о нем. При этом у них объект теряет свои подлинные черты, нарушается объективность восприятия, нарушается осознание реальности воспринимаемого. Больной таким образом может как бы воспринимать нечто далекое от реаль-



ности. Но в клинике бывает и так, что больной воспринимает объект, как таковой, но переживает его, как нечто нереальное (*дереализация*). Эти формы нарушений между собой связаны. В обеих формах нарушения страдает принцип реальности воспринимаемого, отождествления воспринимаемого с прежде встречавшимся, с существующим.

Некоторые психиатры склонны рассматривать явления дереализации, как сторонние для процесса восприятия. А. А. Меграбян (1962) справедливо отмечает, что переживание чуждости, нереальности воспринимаемого не может отрываться от процесса восприятия в целом, что эти нарушения явно бывают связаны с неясностью, неотчетливостью восприятия. Здесь нарушено переживание реальности воспринимаемого — важной стороны нормального процесса восприятия.

Отметим, что при отравлении здорового человека некоторыми ядовитыми веществами, например, мескалином, у него на некоторое время возникают нарушения оптического восприятия. При этом имеют место не только извращения восприятия предметов внешней среды, но и собственного тела, нередко — переживания отчуждения частей своего тела. Это ощущение близко переживанию нереальности, чуждости, и характерно, что оно возникает вместе с нарушением предметного восприятия.

Переживание отчуждения частей собственного тела наблюдается и у некоторых больных, и здесь оно также бывает связано с изменением ощущений, идущих от этих частей тела.

Все эти нарушения являются вариантами измененного сознания и осознания процесса восприятия.

**Восприятие и эмоции.** В большинстве европейских языков слово «чувство» относят и к ощущению, и к эмоции. Действительно, ощущение и эмоция тесно между собой связаны. Особенно характерна в этом отношении боль. Резко выступает эмоциональный момент в ощущениях, относимых к так называемому общему чувству, широко охватывающему раздражения, идущие от организма (органические ощущения). Некоторые интероцепции оказывают особенное влияние на эмоциональную сферу. Связь эмоций с ощущением здесь выявляется с первых дней жизни и подготавливается в филогенезе. Такого же рода обусловленность может иметь место и при других видах ощущения. Вероятно, биологически определено, например, избирательное отношение ребенка к различным цветам. Ребенок явно предпочитает красный цвет другим цветам, так как в воздействии цвета на ребенка главную роль играет насыщенность последнего. Само собой разумеется, что в дальнейшем, в процессе развития эти предпочтения могут всячески перестраиваться. Может их менять также и болезнь. Например,



больные шизофренией нередко предпочитают мрачные тусклые цвета.

Эмоции могут накладывать отпечаток на восприятие и иногда в какой-то мере извращать образ воспринимаемого, его оценку, впечатление, им оставляемое. Такие извращения могут наблюдаться у больного любой болезнью при плохом самочувствии. Это должен учитывать врач при исследовании больного, при его опросе.

В некоторых случаях восприятия и ощущения отличаются особенно сильной эмоциональной окрашенностью. Некоторые больные, например, не переносят вида крови, даже на изображении. Очень влияет на эмоции, на настроение музыка, живопись. Хорошо освещенная комната нередко улучшает настроение, но в некоторых случаях яркий свет вызывает неприятное чувство, беспокойство. Представления о болезни, правильные или ложные, могут также изменить оценку ощущений больным.

Связь восприятия и ощущения с эмоциями весьма различна у разных людей.

Воспринимаемое в ряде случаев оставляет после себя *впечатление*, обычно отличающееся эмоциональной окраской. Сила впечатления зависит как от характера объекта восприятия, так и от особенностей личности. Склонность личности к образованию глубоко эмоциональных впечатлений называется впечатлительностью. Повышение впечатлительности бывает связано с болезнью, и не только нервно-психической.

Впечатлительность обнаруживает себя, конечно, не только при чувственно-образном восприятии, но и при восприятии речи. Несомненна впечатляющая сила больших идей, открытий, высокоморальных поступков и пр. Степень и характер впечатлительности больного должна учитываться врачом.

**Общее чувство.** Отдельные ощущения, особенно идущие от внутренних органов, принимают диффузный характер. Многие авторы называют их не совсем точно ощущениями общего чувства. В свое время Wundt писал об *общем чувстве*, как о выражении чувственного благополучия или неблагополучия. Kretschmer, присоединяясь к высказываниям Wundt, уточняет это понятие. Он писал: «Общее чувство включает в себя ощущения эмоционально окрашенные, в частности, диффузные кожные ощущения, ощущения давления и положения, ощущения, идущие от сердца, обонятельные и вкусовые ощущения, воздействующие на настроение ощущения света, цвета, звука». Особую роль здесь играют так называемые витальные чувства — голод, жажда и др.

Связь с эмоциями особенно явственно выступает при том или ином неблагополучии, при болезни, при неудовлетворении важных для человека потребностей. При всей недифференци-



рованности связанных с ними переживаний эти ощущения имеют обычно определенную причину. В основе их также могут лежать расстройства тех или иных функций, влияние атмосферных изменений, психические потрясения, общее утомление. Они иногда выявляются в самом начале различных болезней, когда больной говорит о своем состоянии: «что-то я себя плохо чувствую», «мне что-то нездоровится» и т. п. Врач не должен проходить мимо таких неопределенных жалоб, которые иногда являются важным сигналом наступающей болезни.

В медицине давно отмечалось, например, что хорошие или плохие условия лечения, интересная книга, музыка, приятные или дурные известия могут отразиться на общем состоянии и самочувствии больного и течении его болезни. Этого рода изменения самочувствия тесно связаны с отражением эмоций на состоянии сердца, сосудов, тонусе мышц, на состоянии всего организма.

**Дифференцированность восприятия.** Восприятие и ощущение здорового взрослого человека отличается достаточным различием воспринимаемых объектов. Степень такого различения в разных анализаторах различна. Способность различения зависит от врожденных особенностей анализатора и от опыта. По-разному различают люди запахи, вкусовые ощущения, близкие звуковые тоны и пр. Болезнь может снижать дифференцированность восприятия. При очаговых поражениях в височной доле правого полушария нередко возникает *амузия*, при которой снижается различение не только высоты звуков, но и мелодий. При некоторых заболеваниях органов пищеварения снижается различение вкусовых ощущений. Здоровый человек достигает дифференцированного восприятия в значительной мере благодаря общему осмысливанию воспринимаемого. Человек слушает чью-либо речь вдали от говорящего. Отдельные слова плохо до него доходят, он их воспринимает недостаточно дифференцированно, но улавливает их из общего смысла речи. Это относится и к любому анализатору. Люди с недостаточным обонянием более ясно различают запахи цветов, когда видят их, когда им называют их.

Примером недифференцированного восприятия может служить больной с оптической агнозией, который о четком изображении волка — говорит, что нарисован «какой-то зверь».

Больные, недифференцированно воспринимающие объект, нередко не осознают свои затруднения, несостоятельность процесса и результат восприятия. Здоровый же человек, испытывая затруднения в узнавании предмета или его изображения, обычно осознает свои затруднения.

Другая больная с оптической агнозией предметы всегда узнает правильно. Лишь иногда не узнает отдельные изображения предметов. На картинке щетку принимает за расческу.



Ряд щетинок щетки действительно похож на зубья расчески. Этого достаточно для возникновения у больной соответствующей ошибки восприятия. Здесь недифференцированность восприятия связана с подавляющей другие стороны изображения ролью одного его элемента. Такое сужение объема воспринимаемого при агнозии И. П. Павлов рассматривает как выражение слабости корковой части анализатора.

Изображения при агнозии и при других нарушениях восприятия, в силу своей известной условности, узнаются значительно хуже, чем подлинные предметы. Чем более условно изображение, чем более оно непривычно, тем хуже оно воспринимается (понимается) больным. Это следует учитывать при исследовании больных.

**О некоторых нарушениях восприятия пространства, величины и формы.** Для теории и практики вопрос о восприятии пространства имеет большое значение. Экспериментально-психологические исследования восприятия пространства были еще начаты великим художником Леонардо де Винчи (1452—1519). За прошедшие столетия вопрос этот занимал внимание ряда исследователей. Сложное строение восприятия пространства и величины в патологии обнаруживается многообразием нарушений этой стороны зрительного восприятия. Уже давно Helbгоппег описал явление *порропсии*, при которой предметы кажутся больному расположенными дальше, чем они фактически находятся. Порропсия наблюдается при некоторых поражениях зрительной зоны коры головного мозга. Описаны патологические расстройства восприятия величины предметов: предметы кажутся уменьшенными (*микропсия*), увеличенными (*макропсия*) или измененными по форме (*метаморфопсия*). В происхождении этих расстройств могут, вероятно, иногда играть роль нарушения процессов аккомодации. Эти нарушения обычно не наблюдаются при оптических агнозиях и представляют самостоятельное нарушение оптического анализатора. Эти различные виды нарушений показывают, как сложны и многообразны механизмы восприятия.

**Некоторые нарушения восприятия собственного тела.** В клинике органических заболеваний центральной системы наблюдаются и нарушения восприятия и представления собственного тела и его частей. Как уже упоминалось, Schilder их называл расстройствами схемы тела, Head считал их нарушениями телесного образа, а Lhermitte — «телесного я». Среди этих нарушений, в частности, выделяют сложные ощущения как будто бы изменения по величине своих рук и ног, головы (увеличение, уменьшение), незамечание того или иного органа тела и т. п. Эти клинические наблюдения, как и ряд других, не только содействовали пониманию некоторых ранее извест-



ных в общей психологии явлений, но и открыли для нее ранее неизвестные стороны психики.

В настоящее время можно говорить также о возможности психогенных расстройств схемы тела. Наш, в частности, опыт изучения так называемой автогенной тренировки (М. С. Лебединский и Т. Л. Бортник) показал, что при внушении чувства тяжести в конечностях это ощущение в отдельных случаях переходит в ощущение увеличения конечностей. Сходные переживания отмечаются иногда у находящихся в состоянии гипноза, в некоторых случаях при наркозе. Эти наблюдения представляют интерес и для вскрытия патогенеза такого рода расстройств восприятия при органических заболеваниях. Можно предположить, что имеется тесная связь между ощущением тяжести (изменение мышечного тонуса) в конечности и псевдоощущением ее увеличения, между ощущениями легкости — и уменьшения в размерах конечности и при органических поражениях. По-видимому, в возникновении этого рода извращенных ощущений играет роль тормозное состояние коры полушарий мозга.

Интересны описания нарушения восприятия собственного тела, испытанные космонавтами, приводимые на состоявшихся пресс-конференциях.

Врач-космонавт Б. Егоров сообщил, что при коллективном полете его с В. Комаровым и К. Феоктистовым, у него и у К. Феоктистова в космосе при закрытых глазах возникала иллюзия перевернутого положения тела. Б. Егорову казалось при этом, что его тело повернуто лицом вниз, К. Феоктистову — что лицом вверх. Эти ощущения не были тягостными. Они возникали лишь тогда, когда эти два космонавта специально сосредоточивали внимание на соответствующих ощущениях, возникающих на основе чувства невесомости. У командира корабля В. Комарова эти иллюзии не возникали. Данное наблюдение представляет значительный интерес не только для космической медицины, но и для психологии. Нельзя не отметить обнаруживающуюся здесь роль внимания в возникновении этого рода ощущений, их торможение при включении зрительного анализатора, зависимость их от индивидуальных особенностей космонавта.

К нарушениям восприятия своего тела относятся и некоторые формы анозогнозии (Babinsky), при которых больной не знает, что у него парализованы левые конечности, сюда же относятся уже упоминавшиеся псевдополимиелиты и описанное Anton замечание собственной слепоты. Следует отметить, что такие нарушения нередко встречаются в одном клиническом синдроме. Тесно связаны они и локализационно. Это дает основание думать, что замечание нарушения функций, отрицание у себя болезни, псевдополимиелиты, некоторые локальные



нарушения внимания, особые извращения памяти, при которых из памяти устраняется то, что относится к болезни, представляет патогенетически родственные нарушения.

Иллюстрацией может служить наше (М. С. Лебединский) наблюдение одной больной, 69 лет.

Больная перенесла инсульт с последующей левосторонней гемиплегией, жалуется на сильные боли в парализованных конечностях (таламического характера). Недооценивает тяжести своего состояния, лежит в постели, по ее мнению, потому лишь, что несколько слаба, утверждает, что на днях выздоровеет и вернется на работу (анозогнозия). На вопрос, сколько у нее рук, она отвечает, что их у нее три, из них — две слева. При уколе в левую кисть говорит, что укололи в «мертвую руку». При уколе в предплечье той же руки почти всегда говорит то же, но изредка говорит «в живую». При уколе в левое плечо всегда заявляет, что укололи во вторую ее левую руку, которую называет «живой». На вопрос, могут ли у нее быть слева две руки, отвечает: «Это нелепость; вероятно, я сошла с ума». Но тут же опять на соответствующий вопрос отвечает по-прежнему (неустойчивость сознания), что у нее слева две руки.

Если учесть, что в проксимальных отделах левой руки у больной имеются едва заметные на глаз движения, то становится допустимым предположение, что переживание двух — «мертвой» и «живой» рук теснейшим образом связано (хотя и не целиком обусловлено) с различными проприоцепциями от проксимального и дистального отделов поврежденной руки. Сходные соображения высказал раньше Д. М. Гастев.

Можно думать, что при таких нарушениях, обычно имеющих место при левосторонних гемиплегиях у правшей, связь кинестетического анализатора с сознанием, со второй сигнальной системой строится по-иному в отношении правых и левых конечностей.

**Иллюзии.** В некоторых случаях и у здоровых людей возникают иллюзии, т. е. несколько измененное отображение предмета. Эти отдельные иллюзии не нарушают в целом правильного познания предмета, так как здоровый человек обладает достаточными возможностями проверки правильности своего первого впечатления и необходимого уточнения его в соответствующих случаях.

Различного рода иллюзии могут строиться на основе различных механизмов. Не останавливаясь на этом подробнее, укажем лишь, что здесь уже давно Веппюсси (1904) была отмечена роль установки, направленности субъекта на объект. В наше время много интересных материалов по этому вопросу собрали ученики и последователи Д. Н. Узнадзе.

Всем известна иллюзия, возникающая у пассажиров отходящего от станции поезда, когда они смотрят в окно вагона. Им кажется, что их поезд стоит, а в противоположную сторону движется другой поезд, стоящий на станции.

Приведем еще один из известных психологам видов иллюзии, возникающей у здорового человека, иллюзию, носящую имя Шагрантье. При сравнении веса двух разных по объему, но



равных по весу предметов более тяжелым (при открытых глазах) кажется меньший по объему. У здоровых взрослых эта иллюзия отмечается в 90—100%, но у детей не имеет места. У олигофренов она редко встречается (симптом Демура). Она не отмечается у ряда психически больных. Вероятно ее возникновение связано с опытом, устанавливающим пропорциональность объема и веса при одинаковом материале (дерево, железо и пр.). У ряда больных описанная иллюзия не отмечается или из-за своеобразия опыта или из-за нарушения способности пользоваться им. В патологии и другие иллюзии, закономерно проявляющиеся у здоровых людей, не имеют часто места по сходным причинам. В клинике наблюдаются с другой стороны патологические иллюзии, в основе которых (в отличие от нормальных иллюзий здорового человека) лежат патологические механизмы.

Близки к иллюзиям *параэйдоллии*. Параэйдоллии могут возникать как у некоторых больных, так и у здоровых в состоянии утомления, у некоторых невротиков в состоянии пробуждения. Например, глядя на орнамент на обоях, человек может там увидеть страшные головы и т. п., понимая ложность этого восприятия и будучи способен преодолеть эту ложность.

У особенно впечатлительных людей сильные эмоции могут привести к настолько ярким представлениям, что субъект к ним в какой-то мере относится, как к подлинным ощущениям. Известный писатель Флобер в одном из своих писем писал в связи с его романом «Мадам Бовари»: «Когда я описывал отравление мадам Бовари, я ощущал вкус мышьяка во рту настолько реально, что вызывалась рвота».

**Галлюцинации и псевдогаллюцинации.** Галлюцинации отличаются от иллюзий тем, что при них нет объекта. Галлюцинации нельзя отнести собственно к восприятию и к его нарушениям, как это делают некоторые авторы (Binet и др.). Галлюцинации представляют особое переживание отдельных представлений, которые субъект принимает за восприятие или за подобное ему явление. Близки к галлюцинациям, но отличны от них элементарные явления в слуховой области (*акуфены*), в зрительной (*фосфены*). Например, как бы слышится отдельный звук — шум, свист, или возникают ощущения мелькающих перед глазом точек и пр.

Иногда у здоровых людей изредка возникают мгновенные переживания, сходные с галлюцинациями, в виде проскальзывания ярких представлений, резко выделяющихся среди других представлений. Особое явление представляют внушенные галлюцинаторные переживания, патогенетически близкие к психогенным галлюцинациям у некоторых невротиков (при истерии). Особый интерес представляют слуховые галлюцинации у оглохших.



У больных, страдающих галлюцинациями, часто отмечается и нарушенное восприятие в виде патологических иллюзий и т. п. В изучении галлюцинаций этому моменту следует уделять внимание. При некоторых отравлениях (мескалин, диэтил-амид-лизергиновая кислота и др.) галлюцинации совмещаются с нарушениями восприятия в области того же или других анализаторов.

Псевдогаллюцинациями называют переживания, сходные с галлюцинациями, но и отличные от них. Псевдогаллюцинации лишены пространственной локализации. При них галлюцинаторный образ нередко локализуется не вовне, а в своей голове. В. Х. Кандинский в замечательной своей книге о псевдогаллюцинациях (1890) писал, что псевдогаллюцинации отличаются от галлюцинаций тем, что они не имеют того характера объективности, который присущ истинным галлюцинациям.

Необходимо при классификации галлюцинаций учитывать такие их особенности, как сценopodobность или элементарность, монопредметность. Можно выделить галлюцинации, целиком протекающие в сфере одного органа чувств — одной модальности или нескольких модальностей; устрашающие галлюцинации или лишенные такой эмоциональной окрашенности, повторяющиеся галлюцинации и неповторяющиеся, более или менее выраженные в поведении больного. Следует учитывать, что для некоторых заболеваний особенно характерен тот или иной вид галлюцинаций. Это говорит о роли этиологического момента не только в возникновении галлюцинаций, но и в определении их характера. Известно, что для белой горячки у алкоголиков характерны оптические галлюцинации, при которых особенно часто «видятся» мыши, насекомые и прочие мелкие объекты. Для больных шизофренией мало характерны оптические галлюцинации и характерны слуховые и обонятельные.

Нередки у них и *сенестопатические* галлюцинации, т. е. галлюцинации общего чувства, областей interoцепции и проприоцепции (М. И. Аствацатуров, Еу и др.).

Нужно учесть, что у некоторых из больных с галлюцинаторными переживаниями можно бывает отметить особенно отчетливо расхождение между уровнем общей сохранности сознания и отношения к действительности, с одной стороны, и уровнем сознания и особенности отношения к галлюцинациям с другой. Мы наблюдали больную с сосудистым заболеванием головного мозга. Она была способна говорить разумно о семейных делах, прослушанной музыке. Но при этом, она глубоко патологически относилась к своим частым зрительным галлюцинациям и родственным явлениям. Она обижалась, когда в ответ на ее заявление о том, что комната полна кошек, что на диване лежит какой-то чужой человек, что статуэтки, стоящие на серванте, пляшут, ей говорили, что это ей кажется. Она со-



вершено неспособна была задавать себе и обсуждать с другими вопрос о том, откуда же взялись в комнате кошки, неизвестный человек, почему пляшут статуэтки и пр. Этого рода факты представляют значительный интерес и для изучения сложной структуры сознания.

Психогенные галлюцинации могут в некоторых случаях служить для больных источником положительных эмоций. Например, мать, потерявшая сына, патологически реагируя на его смерть, может часто «видеть» в галлюцинациях умершего и радоваться этим «встречам». Здесь эта сторона эмоциональной жизни больной является важным моментом в сложном патогенезе таких галлюцинаций. Связь галлюцинаций с общим состоянием психики находит выражение, в частности, и в отличии галлюцинаций у детей от галлюцинаций у взрослых. Так, у детей, больных шизофренией, среди галлюцинаций преобладают зрительные, в то время как у взрослых при той же болезни преобладают слуховые и обонятельные (В. А. Гиляровский, Г. Е. Сухарева, Т. П. Симсон и др.).

Е. А. Попов (1941) связывал развитие галлюцинаций с фазами торможения в патофизиологическом плане. В некоторых случаях возникновение галлюцинаций связано с очаговыми поражениями головного мозга.

**Боль.** Среди ощущений, знакомых человеку, особое место занимает боль. Боль возникает уже у ряда животных, о чем ясно говорят многие специальные исследования, как и повседневные наблюдения за поведением домашних животных. В формировании боли участвуют корковые, а также подкорковые образования.

Боль возникает как под непосредственным соответствующим воздействием на тело внешних раздражителей, так и при изменениях в самом организме, вызываемых различными патологическими процессами. Боли могут возникать или усиливаться по условнорефлекторному механизму и быть психогенными. После исследований И. П. Павлова, Л. А. Орбели, Н. И. Гращенкова, А. М. Гринштейна, Lhermitte, Cannon и многих других нельзя сомневаться в том, что боли ведут к серьезным изменениям в деятельности всего организма.

Сигнальное значение боли — предупреждение грозящей опасности. С этой биологической особенностью боли связан ряд существенных ее моментов, прежде всего тот эмоциональный заряд, который боль, большей частью, в себе несет.

Зрительный анализатор может адаптироваться в темноте, повысив при этом свою чувствительность. В кожном анализаторе может свестись к нулю ощущение дрящегося прикосновения. Особенно заметно выражена адаптация к температурным ощущениям. Дрящаяся боль, особенно — сильная, обнаруживает явления адаптации редко.



Ослабление боли нередко осуществляется за счет создания особенно сильных конкурирующих очагов возбуждения в головном мозгу. Новый источник боли может подавить боль, ранее появлявшуюся. Боль может быть подавлена увеличением деятельности, любой сильной эмоцией, возникающей, в частности, при опасности.

Для болевых ощущений более характерно явление *сенсбилизации*. Сенсбилизация часто возникает в результате взаимодействия анализаторов. Например, холодное обтирание может повысить в некоторые моменты (особенно при утомлении) чувствительность во всех анализаторах. При длительных болях у человека может резко повыситься болевая чувствительность. Боль может заметно повлиять на другие анализаторы в сходном с сенсбилизацией направлении. При сильных болях для человека могут стать невыносимыми сильные световые, звуковые и пр. раздражители, а иногда даже слабые (гиперпатия, каузальгия).

Гиперпатия представляет особый вид изменения чувствительности, характеризующийся невыносимой тягостностью, понижением конгестивной функции и импульсивными реакциями больного. Вместе с тем необходимо отметить, что исследования Л. А. Орбели показали, что в зоне болей снижается кожная чувствительность. Мы могли отметить (М. С. Лебединский и А. П. Бружес), что при болях иногда снижается кожная чувствительность в участках тела, весьма отдаленных от зоны болей, в частности симметричных с ней. Внешние раздражители могут усиливать любую сильную боль, сделать ее особенно нестерпимой. Конечно, такого рода сенсбилизация особенно зависит от общего состояния нервной системы, на которую, как и на все системы организма, боль оказывает весьма выраженное отрицательное влияние. В некоторых случаях болевые ощущения в какой-то мере генерализуются.

Мы (М. С. Лебединский) наблюдали в некоторых случаях после ампутации нижней конечности болевые ощущения и повышение болевой чувствительности, гиперпатии на всей соответствующей половине туловища. В основном эти наблюдения относятся к случаям ампутации левой конечности. Правосторонние корково-подкорковые системы играют особенно большую роль в развитии генерализации болей и в возникновении гиперпатий.

Следует подчеркнуть, что боль способна нарушать состояние компенсации, где оно имеется, заменив ее состоянием временной декомпенсации.

Раньше большинство авторов односторонне отмечали положительное биологическое значение боли. Еще Вольтер писал (1757), что следует «благодарить бога... за боль, за эту высшую премудрость... боль, распространяясь быстро в теле, сигнали-



зирует о вредностях. Она — наш верный страж». В настоящее время наука располагает столь большим количеством фактов отрицательного влияния длительной боли на организм, что прежний односторонний взгляд уже не выдерживает критики. Врач должен бороться с болью, учитывая вместе с тем ее сигнальное значение.

В настоящее время почти все исследователи сходятся на том, что на периферии болевые раздражения воспринимаются специализированными рецепторами, обычно называемыми *ноцицепторами*. В формировании болевых ощущений играют роль и подкорковые образования и кора головного мозга. Megoun пишет: «Новейшие работы позволяют предполагать, что пути, проводящие боль вверх продолговатого мозга, в значительной степени состоят из переключений через центральную ретикулярную формацию ствола и таламуса» (1961).

Не вызывает сомнений важнейшая роль коры головного мозга в формировании и переживании болевых ощущений. Современные данные позволяют отвергать концепцию Кеннона об исключительном значении в формировании боли подкорковых образований. Это видно из установленной возможности возникновения боли условно-рефлекторными путями. Врачам хорошо известна возможность психогенных болей. Особенно же часты психогенные усиления болей. Отмечая психогенное усиление болей, Л. Г. Членов привел наблюдение больного, у которого после ранения сосудисто-нервного пучка не было болей. Но через месяц после ранения больной этот перенес сильный испуг, и с этого момента у него установился острый вегетативно-болевой синдром — *каузальгия*. При каузальгии прикосновение сухим полотенцем, а иногда даже одно напоминание о таком прикосновении, вызывает боль.

Head разработал концепцию *протопатической и эпикритической* чувствительности. У нас ей уделял много внимания М. И. Аствацатуров. Протопатическая чувствительность — восприятие резких, преимущественно болевых раздражений без точной их локализации. Эпикритическая — восприятие легких раздражений, прикосновения к коже, легких тепловых раздражений и пр. Эпикритическая чувствительность характеризуется более точной локализацией ощущения. Head считал, что различные виды контактной чувствительности зависят от наличия двух видов периферических окончаний нервов. Но при этом он не учитывал ряда других моментов, определяющих различие этих видов чувствительности, в частности роли фазовых состояний в нервной системе. М. И. Аствацатуров вслед за Stopford полагал, что в протопатической чувствительности особенно велика роль зрительного бугра, а в эпикритической — коры головного мозга.



Несомненно, сила и качество болевых ощущений зависят от отношения к ним больного и от особенностей его личности. С этим связана в известной мере возможность психотерапевтического снижения количества анестезирующих средств путем внушения анальгезий. Здесь важная роль принадлежит корковому торможению.

Сила и характер болей, конечно, зависят и от места повреждения. В теле человека некоторые органы и участки особенно чувствительны к боли. Такова, например, область половых органов у мужчин. Проведенные нами (М. С. Лебединский) исследования каузальгии и фантомных болей дают основание высказать предположение, что на левой стороне тела боли могут ощущаться относительно сильнее, а иногда и быть более аффективно окрашенными.

Кора головного мозга обеспечивает возможность локализации болей, определения характера, особенностей их. Человек говорит о болях — давящих, стреляющих, колющих, сверлящих и пр. Эти определения — лишь аналогии, но за ними скрывается несомненное объективное значение, позволяющее в ряде случаев использовать их в диагностических целях. Можно думать, что более углубленное дальнейшее изучение особенностей описаний различных болей больными дает клинике еще много ценных материалов для дифференциальной диагностики. Надо также указать, что и в терапии следует обязательно учитывать характер болей. Так, например, мы могли отметить при лечении больных, страдающих фантомными болями, что при стреляющем характере болей, как правило, психотерапия бывает эффективней, чем при постоянных «ноющих» болях.

Может оказать также помощь в диагностике заболеваний внутренних органов локализация болей там, где она возможна, на поверхности тела и иногда во внутренних органах («истинная боль»). Большое значение имеют факты, замеченные у нас Г. А. Захарьиным, а позднее детально изученные и описанные Head. Эти авторы, а за ними и другие, показали, что существуют определенные участки на поверхности тела, в которых получают отражение болевые раздражения, идущие от того или иного внутреннего органа. Эта закономерная связь между внутренним органом и определенным участком на поверхности тела имеет глубокий биологический смысл и практически полезна для диагностических целей.

Болевые ощущения, в частности гиперпатии, имеют обычно выраженный аффективный характер. Особенно это относится к болям, идущим от жизненно важных органов, в первую очередь сердца (боли при стенокардитических приступах). Сильная боль способна целиком овладеть мыслями и чувствами человека, концентрировать все его внимание на болях и пораженном органе. Соотношение между объективной силой боле-



вого раздражения, с одной стороны, и реакцией на боль и оценкой ее субъектом, с другой стороны, у различных людей бывает весьма различным.

В какой-то мере страх перед сильной болью имеет место у всякого человека. Некоторые больные неврозами способны отказаться от необходимого им лечения из-за страха перед болями, которые оно может причинить. Сильно бывает выражен страх перед болями у детей. Особенно следует сказать о страхе при *сенестопатиях* (Durgé и Kamus) — болях, ощущаемых в основном во внутренних органах (обычно при отсутствии в них существенной органической патологии), весьма мучительных и ярко описываемых больными. Иногда они связаны с ипохондрическим бредом и тогда по существу в нем имеют основной свой источник.

Врач должен бороться с болью, со страхом боли, с некоторыми отрицательными явлениями, вызываемыми болью. К последним относятся нарушение сна, некоторые явления сенсibilизации, различные невротические реакции, явления декомпенсации.

Больной 45 лет два года назад перенес ампутацию правой голени. Все это время страдает сильными фантомными болями. О себе он говорит: «Боли страшно влияют на настроение. Иногда кажется, что вся жизнь изменилась от болей. Последнее время так с ними измотался, что не хочется ни на что смотреть. Бывают мысли, что не стоит жить. Вся жизнь перемешалась». Характер больного за эти два года резко изменился: до ампутации он был спокойным, общительным, веселым человеком. Теперь стал крайне раздражительным. Постоянно чувствует себя напряженным, стал «злым». «От злости» часто плачет. Стал замкнутым. Очень быстро устает на работе (бухгалтер), работает значительно менее успешно, чем раньше. В домашней обстановке стал тяжелым. Резко изменился внешне. Лицо все в глубоких морщинах. Всегда теперь страдальческое выражение лица. Изредка возникают истерические припадки. До ампутации ничего этого не было. В 1919 г. перенес контузию.

Нельзя не думать, что давняя контузия сыграла известную роль в возникновении много лет спустя (26 лет) послеампутационного синдрома. Имеющиеся наблюдения убедительно показывают, что в частности болевой синдром формируется и протекает особенно тяжело у лиц, перенесших ранее контузии, различные заболевания центральной нервной системы, злоупотребляющих алкоголем и пр. У пожилых людей с значительными изменениями сосудов головного мозга боли нередко резко ухудшают общее состояние психики, ведут иногда к снижению памяти.

При болевом синдроме в несомненной связи с ним иногда возникают психотические вспышки. Возникновение острого бреда при болевом синдроме описал П. Ф. Малкин, отметивший значение в патогенезе такого состояния длительной бессонницы. Нельзя при этом пренебрегать психотерапией.



**Исследование ощущений и восприятий.** Исследование сферы ощущений и восприятий должно быть достаточно многосторонним. Нарушения ощущения и восприятия нужно, где это возможно, выявлять путем опроса и при помощи методов наблюдения, а также путем физиологического и экспериментально-психологического исследования.

В зависимости от характера заболевания следует, в частности, выявлять наличие таких расстройств, как изменения остроты зрения, двоение в глазах, изменения поля зрения (периметрическое исследование), нарушение цветоощущения (по атласу Е. Б. Рабкина, специальным прибором того же автора — спектроаномалоскопом), нарушение адаптации в темноте. Следует отметить сложность таких нарушений и риск серьезных ошибок, которые возможны при исследовании, не учитывающем этой сложности.

В свое время известный немецкий психолог Geld описал больного с оптической агнозией, у которого три видных берлинских офтальмолога установили различную остроту зрения именно потому, что не учли всех особенностей агнозии. Сужение поля зрения (*гемианопсия*) может быть осознаваемым больным и неосознаваемым, компенсируемым и некомпенсируемым и т. п. Эти различия весьма важно учитывать. Об этом у нас писал, в частности, А. Р. Лурия. Наш (В. Н. Мясищев) сотрудник И. М. Тонконогий при исследовании с помощью тахистоскопа показал, что мельчайшие помехи (например, пятна на показываемом изображении) особенно резко ухудшают восприятие у страдающих оптической агнозией.

Преодолевая всевозможные помехи при опознавании образов, анализаторные системы осуществляют фильтрацию. В случаях локальных поражений коры головного мозга процессы фильтрации могут быть заметно нарушены. Для изучения процессов фильтрации в зрительной анализаторной системе применяются изображения, искаженные флуктуациями (рис. 5). Показательны результаты предъявления таких изображений больным с теменно-затылочным поражением, у которых при использовании обычных методик предметная агнозия не обнаруживалась. В то же время изображения простых предметов, искаженные флуктуациями, не были опознаны этими больными (рис. 5).

Наблюдавшийся нами больной, страдающий оптической агнозией и, кроме того, апраксией, хорошо различал пальцы врача на расстоянии 1— $\frac{1}{2}$  метра; нарисованные же и рисуемые им самим крупных размеров рисунки он почти вовсе не видит с любого расстояния. Рисовал он совершенно нелепо, причем накладывал один рисунок на другой. Не анализируя этого, подробнее отметим, что больной по-разному видел разного рода объекты и одни и те же объекты в разных условиях.



Только при помощи опроса можно в настоящее время выявить наличие так называемых (мы думаем неудачно) *психо-сенсорных* расстройств (чувство увеличения или уменьшения конечностей и головы, ложное ощущение неровности почвы под ногами и пр.). Наличие галлюцинаций может быть иногда выражено в поведении и наблюдается врачом, иногда же оно может выявляться лишь путем тщательного и подробного оп-



Рис. 5. Изображение ключа, искаженное флуктуациями.

роса, при сопоставлении этой стороны психопатологии с психопатологическим синдромом в целом, с материалом всех проведенных исследований. Следует при этом учесть, что при галлюцинациях меняются отношения человека с внешним миром. Эта сторона должна быть также предметом исследования. Нужно исследовать отношение галлюцинирующего к реальности.

Большое значение могут иметь исследования узнавания изображений отдельных предметов (детское лото и др.), а также копий сюжетных картин (открыток и др.). Целесообразно в ряде случаев исследование при помощи тахистоскопа. Это прибор, в окошечке которого могут демонстрироваться картинки, надписи, орнаменты с различной измеряемой длительностью экспозиции. Изменение времени экспозиции позволяет вскрывать патологическую замедленность процесса восприятия, недоступность или извращенность ограниченного по времени восприятия у больных.



Для выявления нарушений светоощущения с пользой применяют исследование оптической хронаксии, особенно адекватной оптической хронаксиметрии по П. О. Макарову. Весьма подробно описаны исследования оптического восприятия больных Eisenk, Ganger и Bregelman. В исследованиях области слухового анализатора (восприятие слов, произносимых с различной громкостью) важно применение аудиометра, особенно речевого аудиометра. Вероятно, аудиограмма может в ряде случаев помочь уточнению локального диагноза.

Надо иметь в виду, что современная электрофизиология дала серьезные основания для соответствующих поисков. Так, например, Granit сводя данные, полученные рядом авторов, пишет, что реакция на звук высокой частоты обнаруживается в коре мозга собаки — в переднем отделе средней эктосильвиевой извилины, реакция на звук низкой частоты — в заднем ее отделе. Область же мозговой коры, связанная с восприятием промежуточных тонов, расположена полосами между этими двумя отделами. Целесообразно исследование у некоторых больных с сохранным общим слухом сохранности узнавания ранее знакомых мелодий.

Для исследования стереогноза при отдельных нервных и психических заболеваниях необходимо иметь различные предметы: игрушечные модели птиц и животных, маленькие игрушечные модели предметов домашнего хозяйства и пр.

Наблюдательность и впечатлительность могут быть исследованы и при показе исследуемому различных репродукций картин с выраженным эмоциональным содержанием с многими деталями и т. п.

Для исследования кожной и болевой чувствительности могут быть использованы волоски Фрея и метод (Фрея — Франца) определения количества чувствительных точек на участке поверхности кожи. Для исследования кожной дискриминации (различение двух точек прикосновения) применяется циркуль Вебера.

Для оценки болевой чувствительности применяются разные типы *алгометров*.



## МЫШЛЕНИЕ

**Мышление и ощущение.** Мышление представляет высшую форму отражения мира.

Различные идеалистические школы в философии и психологии отрицают зависимость мышления от ощущения и восприятия. В некоторых капиталистических странах, особенно в ФРГ, развиваются идеи так называемой *парапсихологии*, т. е. антинаучной психологии внечувственного познания, передачи мыслей от человека к человеку без участия органов чувств. Ложными являются как попытки оторвать познание от чувственной его стороны, так и попытки свести познание к этой его стороне. В познании человека ощущение и восприятие едины с мышлением. Мышление — обобщенное познание действительности, в котором важнейшее значение имеет слово, речь.

Если обратиться к практике врача, то нельзя не отметить, что врач, например, воспринимает при помощи зрительного анализатора изменения склеры у больного, при помощи тактильного анализатора — увеличенную селезенку; в микроскопе он может увидеть плазмодий малярии. Но только в мысли врач может обобщить эти и другие симптомы и поставить диагноз малярии. Мало того, само восприятие, отмечающее увеличение селезенки и наличие плазмодия в крови больного, явилось результатом анализа и синтеза, мысли — гипотезы врача, основанной на анамнестических данных о том, что здесь возможна малярия, мысли, обобщающей опыт медицины и опыт врача, его теоретические знания, запечатленные как в речи, так и в образных представлениях.

Аналогично тому, что было сказано о роли зрения и осязания для познавательной деятельности врача, можно сказать о значении для врача слуха (аускультация), обоняния (запах



ацетона, гнили и пр.), вкуса (особенно в санитарно-гигиенической работе).

Мышление — процесс опосредованного и обобщенного отражения действительности с ее связями и отношениями, с ее закономерностями. Мышление познает не только форму, но и содержание, значение и смысл воспринимаемого, не только внешние особенности, но и внутренние, скрытые для непосредственного познания, для ощущения и чувственного представления, особенности предметов и явлений. Мышление способно познавать также предметы и явления, никогда еще не бывшие объектом ощущения и восприятия человека.

В. И. Ленин писал: «Представление *ближе* к реальности, чем мышление? И да и нет. Представление не может схватить движения в *целом*, например, не схватывает движения с быстротой 300 000 км в 1 секунду<sup>100</sup>, а мышление схватывает и должно схватить»<sup>1</sup>.

Именно поэтому человек может познавать не только настоящее, но и будущее и прошедшее, строить гипотезы и обеспечивать их проверку. Ощущения, восприятия, представления, мысли составляют неразрывные звенья познавательного процесса, единую систему, в которой исходным является чувственное познание. Ощущая, воспринимая, представляя нечто, человек мыслит. Мышление направляет ощущение, создает для него условия, расширяет его возможности, преобразует его, открывает для познания новые возможности.

В. И. Ленин писал: «От живого созерцания к абстрактному мышлению и от него к практике — таков диалектический путь познания *истины*, познания объективной реальности»<sup>2</sup>.

В другом месте В. И. Ленин писал: «Мышление, восходя от конкретного к абстрактному, не отходит — если оно *правильное* (...) — от истины, а подходит к ней. Абстракция *материи*, *закона* природы, абстракция *стоимости* и т. д., одним словом, все научные (правильные, серьезные, не вздорные) абстракции отражают природу глубже, вернее, *полнее*»<sup>3</sup>.

Мышление может приводить и к неполному или ошибочному отражению действительности. Но практика, практическая деятельность людей — надежное средство проверки правильности отражения мира. Конечно, должно учитывать, что практика исторически развивается. Врачебная практика, врачебный опыт, в частности, также накапливается, развивается и оценивается в соответствии с историческими условиями. В мышлении некоторых больных, особенно страдающих шизофренией, отме-

<sup>1</sup> В. И. Ленин. Полн. собр. соч., изд. 5, т. 29, 1963, стр. 209.

(В примечаниях к тому значится: «<sup>100</sup> То есть скорость света — предельную скорость любого возможного движения»).

<sup>2</sup> В. И. Ленин. Там же, стр. 152—153.

<sup>3</sup> В. И. Ленин. Полн. собр. соч., изд. 5, т. 29, 1963, стр. 152.



чаются в резко выраженной патологической форме абстракции, уводящие от реальности.

И. П. Павлов подошел к физиологическому объяснению мышления в высказываниях о второй сигнальной системе в ее связи с первой.

Возникновение и развитие мышления. Процессы восприятия и ощущения, являясь функцией мозга в целом, все же всегда обнаруживают решающую зависимость от того или иного анализатора с его центральной частью в головном мозгу. Процесс мышления несравненно меньше зависит от отдельных участков мозга.

Идеалисты развивали и развивают идеи о мышлении, не зависящем от мозга. Известный французский философ-идеалист Bergson утверждал, что мозг является не органом мышления, а лишь своего рода инструментом, посредством которого мышление влияет на действия.

Как в истории человечества, так и в процессе развития психики ребенка, мышление формируется в действиях, оперирующих предметами и имеющими своими конечными результатами также материальные предметы. Процессы чувственного отражения неразрывно связаны у человека с абстрактным мышлением и вместе с ним развиваются.

С развитием форм труда, психики и речи постепенно развивается мышление, участвующее в процессе речевого общения, а дальше развиваются мыслительные в узком смысле процессы, осуществляющиеся в мыслительных внутренних актах, оперирующих внутренней речью, понятиями и представлениями, имеющие перед собой задачу, которую следует решить.

Развитие мозга у человека создает предпосылки развития у индивидуума мышления со всеми его особенностями, присутствующими определенной исторической эпохе и соответствующими индивидуальными условиями развития в определенной социальной среде.

Мышление — продукт общественного развития, но индивидуальное развитие мышления, его особенности вместе с тем зависят и от особенностей организма, состояния головного мозга и его функциональных возможностей.

Язык — средство выражения мысли и форма существования мысли. Среди предпосылок и условий развития мышления велико значение уровня развития речи. Приобретая опыт и обучаясь в своем общественном бытии, в процессе трудовой деятельности, в школе, здоровый человек непрерывно развивает свое мышление и повышает его уровень. На более же высоком уровне мышления и сознания человек иначе распоряжается накопленным опытом, перестраивает образовавшиеся в прежнем опыте представления и понятия, по-новому накапливает дальнейший опыт и по-новому мыслит.



Болезненные нарушения психики не просто уменьшают количество понятий, представлений и ассоциаций, а качественно изменяют характер временных связей и соотношение между ними, меняют мышление в целом, меняют мыслящую личность.

Мышление под влиянием болезни может приобрести черты, в какой-то мере делающие его внешне сходным (но далеко не тождественным) с мышлением детей или даже людей, живших в ранние исторические эпохи. Это приводит некоторых зарубежных авторов (Storch и др.) к ошибочному отождествлению патологического мышления с детским или даже архаическим, т. е. мышлением людей древней эпохи. Само понятие *архаического мышления* в этих работах весьма далеко от научного. Например, один из сторонников такой концепции известный французский психиатр Еу писал о мышлении больного шизофренией, что «*дискордантность* (так французские авторы обычно определяют основные черты мышления больных шизофренией — разорванность и пр.) это возврат к архаической 'психике'. И бред при шизофрении отождествляется авторами этого направления с мышлением человека на ранней стадии исторического развития. Непонятно, как могло бы человечество при наличии у него бредового мышления выжить и постепенно овладеть природой, построить человеческое общество.

Изменения мышления больного это не возврат к прошлому. Болезнь вносит в мышление качественные изменения, отличающие его от мышления при здоровом мозге, на любой стадии развития отдельного человека и человечества. Ряд особенностей мышления больного определяются преморбидным уровнем развития его мышления.

На разных этапах индивидуального развития мышления в нем сочетаются *продуктивные* и *репродуктивные* процессы. В зависимости от того, например, насколько усвоил человек все арифметические правила сложения, насколько он запомнил, какие суммы получаются при сложении чисел, соответствующий мыслительный процесс становится почти целиком репродуктивным или включает в небольшой мере и продуктивные элементы.

В связи с развитием кибернетики получило большое распространение понятие *эвристического* (близкого к понятию творческого) мышления, еще недостаточно научно раскрытое.

В процессе развития мышления у ребенка в неразрывной связи с практическими действиями (А. Н. Леонтьев, П. Я. Гальперин и др.) осуществляются и впервые абстракции и обобщения. Эти обобщения лишь в дальнейшем превращаются в подлинные понятия, с выделением в обобщаемых предметах не случайных для них внешних признаков, а существенных признаков, на основе которых происходит обобщение. Такого рода



обобщения начинают возникать у здоровых, нормально развивающихся детей уже в дошкольном возрасте.

Мышление ребенка на ранних этапах его развития не может строиться, как планомерный, логически, последовательно развивающийся процесс. Оно в раннем возрасте особенно тесно связано с восприятием (наглядно-чувственное мышление). Лишь в возрасте 6—7 лет дети становятся способными планировать в речи свои несложные действия. Дошкольник в основном мыслит, действуя. Весьма постепенно развивается у детей вместе с развитием у них речи способность правильного суждения, пользование абстракциями. Серьезный перелом в мышлении ребенка происходит с поступлением в школу. В школе ребенок становится перед новыми для него задачами и в связи с этим у него возникают новые формы мыслительной деятельности, целенаправленной и активной, контролируемой им по ее результатам. Значительно меняется и совершенствуется мышление в подростковом возрасте.

Нарушение правильного развития мышления, отставание от сверстников, неспособность или снижение способности к развитию мышления в соответствии с постепенно возрастающими требованиями школы (и до школы) и развивающимися формами жизни вне школы заставляют врача и педагога предполагать наличие патологии интеллектуального развития ребенка.

Патология развития мышления может наблюдаться при различных формах олигофрении, при различных более поздно возникших заболеваниях.

Значительная и малопреодолимая форма неприспособленности к требованиям нормальной школы приводит в ряде случаев к необходимости помещения детей в специальные школы или в более легких случаях к оказанию серьезной помощи ребенку дома при отставании его в нормальной школе. В решении этих вопросов должен принимать ответственное участие врач.

Наряду с олигофренией и другими органически обусловленными нарушениями интеллектуального развития, клиника выделяет у детей так называемые задержки развития. Для них характерны черты *инфантилизма*, в норме присущие детям значительно более раннего возраста. При задержке развития мышление не достигает уровня развития детей того же возраста и эти дети отличаются чертами, не столько патологического мышления, как это бывает у олигофренов и других больных детей, сколько чертами, близкими к чертам мышления здоровых детей более раннего возраста.

**Патологические формы мышления.** Среди них следует различать олигофрению, деменции, бредовое мышление, астеническое мышление и пр. Об олигофрении говорилось выше.



*Деменция* в отличие от олигофрении определяется, как слабоумие, вызванное влиянием патогенных факторов, воздействовавших на организм в более поздних периодах жизни. В основе различных видов деменции лежат деструктивные процессы в головном мозгу.

Не останавливаясь на всех видах деменции, отметим особо «постинсультную» деменцию, при которой отмечаются проявления очаговой патологии (Е. С. Авербух, Б. А. Лебедев) и деменции старческого возраста с выраженной амнезией. При некоторых деменциях возможно более или менее значительное восстановление мыслительной деятельности. Деменция обнаруживается, как правило, в снижении трудоспособности, в снижении всех жизненных и творческих возможностей человека. Отчетливо выступает при деменции нарушение понимания, счета, понятий.

Деменция всегда есть и общее снижение личности. Ряд исследователей показали, что глубина деменции определяется не только размерами и локализацией поражения, но и другими, не всегда ясными моментами. Очевидно, здесь могут играть роль соматические факторы (сосудистые нарушения в мозгу, эндокринные расстройства), преморбидные свойства личности, тип нервной системы и условия среды.

**Мышление и индивидуально-психологические особенности.** Все нормально мыслящие люди в основном одинаково мыслят в соответствии с законами логики и одинаково используют соответствующие уровню образования определенные приемы решения задач. Вместе с тем логические процессы мышления протекают не изолированно от других сторон психики, от восприятия, воли, эмоций, памяти и пр. Мышление здоровых и больных людей не отделимо от психики в целом, отличается индивидуальными и глубоко личностными особенностями.

Одни люди особенно склонны к абстракциям, другие не обнаруживают такой склонности. Одни склонны все продумывать про себя до того, как приступить к действию или к высказыванию своей мысли; другие больше думают, действуя или высказываясь. Одни умеют длительно сосредоточивать мысли на одном вопросе, другие не способны к такому длительному концентрированию мыслительного процесса. От особенностей личности зависят в большей мере и предметы и явления, на которых сосредоточивается больше всего мышление человека. Способность к вдохновению как способность достичь особой интенсивности мыслей и чувств есть также свойство личности.

В патологии черты целостности личности в ряде случаев резко всего выступают в мышлении. Так, например, оторванное от реальности мышление больных шизофренией в высокой мере соответствует их личности (*аутизм*). Личность аутичного



больного характеризуется своеобразной отчужденностью от среды, замкнутостью, недоступностью для общения с другими. Эти черты и выражены в мышлении больных шизофренией.

**Интуиция.** В мышлении ту или иную роль может играть *интуиция*. Например, опытный врач в ряде случаев приходит к правильному заключению о диагнозе, как будто внезапно, путем «озарения». Такой мыслительный процесс и принято называть интуицией. В самом деле, здесь имеет место уплотненный во времени акт решения, в котором осталось неосознанным или неполностью осознанным использование накопленного ранее опыта. Интуиция может быть весьма полезной, если она опирается на подлинно большой опыт, и когда за ней следует глубокая проверка. Переоценка интуиции, как своеобразной формы мышления, может во врачебной работе, как и во многих других видах деятельности, профессиональной и иной, привести к серьезным и весьма опасным ошибкам.

Глубоко ошибочны взгляды на интуицию, как на особую, едва ли не мистическую способность и форму познания, оторванную от практики, не совместимую с логикой. Интуиция как способность познавать истину, принимать решения по сути представляет итог мыслительного процесса, наиболее четко осознаваемого лишь в заключительной его фазе — в момент решения. Любопытно замечание творца теории относительности А. Эйнштейна, содержащееся в его автобиографических записях, в которых он писал, что открытие не является делом логического мышления, даже если конечный продукт связан с логической формой.

Известны случаи, когда ученые приходили как бы к внезапным решениям сложных теоретических вопросов, сознательно ими ранее перед собою поставленных, до того ими тщательно и осознанно продуманных. Внезапное же решение здесь как бы наступило, когда сознание ученого не было занято этой проблемой, поисками соответствующего решения.

Вероятно, своеобразным патологическим извращением интуиции можно считать возникновение бредовой идеи.

**Мышление и сознание.** Мышление в основном сознательная психическая деятельность. Но вряд ли можно полностью оторвать от процессов мышления психическую деятельность в сновидении и в состоянии лишь частичного бодрствования — в дремотном состоянии. При некоторых заболеваниях мозга (артериосклероз и др.), при старческих изменениях психики эти формы психической деятельности бывают больше и иначе представлены. Сошлемся на один случай продуктивного мышления во сне. Биографы отмечают, что Декарт пришел на известном этапе своей работы над основными законами аналитической геометрии к существенным выводам во время сна (через сновидения).



В ряде случаев на общем фоне сниженного развития мышления (например, у олигофренов) выступает отдельная высоко развитая способность, причем связанные с этой способностью мыслительные процессы могут также быть мало осознанными.

Сошлемся на подобное, весьма своеобразное мышление у одного больного мальчика-подростка. Он страдает с раннего детства шизофренией, в стадии резко выраженного интеллектуального дефекта<sup>1</sup>. В связи с этим мальчик не был в состоянии учиться в нормальной и даже в специальной школе для умственно отсталых детей. У него была выражена вместе с тем способность быстро называть (с редкими ошибками) день недели по названной ему любой дате. Объяснить, как он выполняет эту, очевидно, в основном, счетную операцию, как он приходит к решению такой задачи, он не мог. Он не мог даже полностью понять соответствующие вопросы врачей. Мальчик сознавал и понимал вопрос о дне недели, на который приходилось одно или другое число определенного месяца и года, но не был способен осознать соответствующим образом процесс решения.

В ряде случаев больные на определенной стадии наркотизации, когда можно думать о полном у них выключении сознания, все же оказываются способными услышать и понять то, что говорят врачи, и сохранить это в памяти. Такие же факты были отмечены при наблюдении некоторых больных, находящихся в состоянии затемненного сознания. Возникающие в подобного рода состояниях мыслительные процессы могут оказаться деструктурированными и приводить больного к неправильным выводам и тягостным переживаниям.

Один врач, перенесший хирургическую операцию под общим наркозом, в начале выхода из наркотического состояния обнаружил сильное беспокойство. Позднее выяснилось, что до какого-то периода он ощущал нарастающее влияние наркотических средств. Затем он стал чувствовать, что это влияние ослабевает, что сознание его становится все более ясным. Он решил, что при даче наркоза допущена какая-то ошибка. У него возник страх, что начнут оперировать, а он будет чувствовать боль. Он стал пытаться сигнализировать врачу о своем состоянии. Ему это, как он вспоминает, долго не удавалось и это его мучило. Наконец ему удалось сказать вслух о своих опасениях. Велико было его удивление, когда ему тут же медицинская сестра ответила, что операция закончена, что он уже лежит в палате.

---

<sup>1</sup> Больной наблюдался в клинике, руководимой Т. П. Симсон, при ее участии и при участии В. П. Кудрявцевой, А. Н. Чеховой и др. Аналогичное наблюдение было описано Р. А. Харитоновым в клинике, руководимой проф. Г. Б. Абрамовичем. (Психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева).



Уровень сохранности сознания перед операцией, до полной наркотизации, сомкнулся с тем же уровнем сохранности сознания при выходе из наркоза. Период времени между этими двумя моментами выпал полностью из сознания больного. Это и привело к тяжелым, неправильно отражающим действительность мыслям и переживаниям больного.

Таким образом, в определенных фазах наркоза наркотизируемый способен мыслить и мыслить неправильно, в частности, в связи с нарушением восприятия. Неправильные мысли и переживания могут принести больному существенный вред. Вероятно, операции должны предшествовать врачебные разъяснения больному о том, что он может почувствовать во время наркотизации. Вопросы психологии наркоза должны получить серьезное освещение в дальнейших специальных исследованиях. Следует учитывать и возможность кратковременных постнаркотических изменений психики.

**Отчуждение мысли.** Здоровый взрослый человек отличает собственную мысль от мысли чужой, услышанной или прочитанной. Он отличает мысль, случайно возникшую, по содержанию чуждую личности, от мысли *своей*, в полном смысле слова близкой личности, ее интересам, целям и задачам. Нарушение этой стороны осознания мысли выступает у ряда больных в самых различных формах. Например, у больных шизофренией нередко отмечается отношение к своим мыслям, как к чужим, навязанным им. Им кажется в таких случаях, что их кто-то заставляет думать так, а не иначе. Этого рода патологические *автоматизмы* тесно связаны с нарушением отношения личности больного к окружающему и являются одним из выражений аутизма.

Патологические автоматизмы проявляются и в двигательной, сенсорной, речевой областях. Изучению патологических автоматизмов уделяли внимание многие психиатры и неврологи, особенно среди них известны В. Х. Кандинский и Slegambault. Патологические автоматизмы различаются по тем изменениям сознания, с которыми они связаны в единую систему. У здорового человека автоматизмы служат решению стоящих перед ним задач и своевременно затормаживаются сознательной регуляцией. Патологические автоматизмы, не регулируемые или запоздало и замедленно регулируемые, могут существенно нарушать осмысленное действие.

**Направленность мышления.** О направленности мышления можно говорить в двух планах, тесно между собой связанных.

Можно говорить о направленности мышления, как об устойчивой характеристике его, определяемой особенностями личности, ее интересами и потребностями. У человека могут быть наиболее устойчивым предметом его мыслей узкие личные интересы или общественные интересы. Один человек



может думать больше всего о собственном благополучии, лишь узко о своей профессии. У другого мысли в основном могут быть направлены на проблемы большого общественного значения, на вопросы искусства, науки, на большие проблемы практики и т. п. Человек может быть склонным или не склонным к мечтам, более или менее связанным с реальностью. Направленность мышления может делать человека иногда чрезмерно односторонним. Недостаточность же такой направленности ведет к разбросанности. У детей очень важно воспитывать достаточную направленность, систематичность мышления, не допуская в то же время чрезмерной односторонности.

С другой стороны можно говорить о направленности отдельного мыслительного процесса, о движении его в направлении, определенном поставленной задачей. Особенно, конечно, у больных мышление может отвлекаться, уходя в направлении более или менее случайно возникших ассоциаций или в сторону более привычных или важных для человека объектов, не относящихся к поставленной задаче.

У одних больных отмечается возникшая под влиянием болезни повышенная неустойчивость мыслительного процесса. Это относится, например, к больным в маниакальной фазе маниакально-депрессивного психоза. Для других, наоборот, характерно «застревание» на отдельных мыслях, что определяется патологической инертностью нервных процессов (при эпилепсии, у некоторых больных с атеросклерозом сосудов головного мозга и др.).

У некоторых больных возникают так называемые *сверхценные идеи*, которые становятся необоснованно ведущими в их мышлении, подчиняющими себе другие мысли, представления. Некоторые авторы (Kretschmer и др.) не отличают сверхценных идей как одного из выражений болезни от увлеченности здорового человека той или иной задачей, проблемой, близкой его личности. Следует считать, что сверхценные идеи присущи только больным, что они в своей основе имеют нарушение личности, психологическую перестройку интересов, влечений, потребностей, мышления, сознания. Важнейшую роль в происхождении и закреплении таких идей играют эмоциональные переживания. В качестве примера такой патологической перестройки мышления можно назвать развивающийся преимущественно у юных девушек на почве невроза или шизофрении синдром *психической анорексии* (потери аппетита психического происхождения). При этом больной (больная) находится под постоянным влиянием идеи избегать полноты и ограничивать себя в пище. Часто эта идея возникает будто бы из чисто эстетических устремлений, а фактически можно думать, всегда связана с системой сложных переживаний (трудные семейные взаимоотношения и т. п.), среди которых эстети-



ческий момент является далеко не самым важным. Постепенно эта система идей и переживаний подчиняет себе мысли и чувства больных, приобретает огромную аффективную силу. Идея отказа от еды доводит больных до крайнего физического истощения, что становится иногда опасным для жизни.

Мы неоднократно наблюдали больных с таким синдромом, у которых можно было при тщательном исследовании обнаружить большое значение в происхождении болезни протеста против чрезмерной заботы и опеки родителей, особенно матерей. Протест мог проявляться в виде соответствующего отношения к матери. Но связь между болезнью и этим отношением больными не сознавалась, пока врач не помогал больным ее осознать.

В форме бредового, патологически извращенного, расходящегося с действительностью мышления развиваются мысли при *паранойе*. При наличии бредовой идеи (бред изобретательства, бред преследования) у больных нередко остается относительно сохранным мышление в областях, не относящихся к их бредовой идее, не находящихся под влиянием единой доминирующей у больного эмоции.

В клинике отмечается также особенно выраженное снижение способности последовательно осуществлять решение поставленной задачи. Многие больные шизофренией легко «соскальзывают» (уклоняются) под влиянием побочных ассоциаций от выполнения поставленной задачи. Это, можно думать, бывает связано с тем, что словесные связи, ассоциации у них не подчиняются единой установке, единому смыслу. На этой основе возникают явления, нами названные патологическим *полисемантизмом* (М. С. Лебединский). О сходных явлениях раньше писали П. Б. Ганнушкин, Ф. В. Бассин, Сатертон и др. Больной шизофренией объясняет, что такое «светлая голова». Он говорит: «Этот человек культурно развит, старый человек, седая голова». Здесь разные смыслы и значения недостаточно отбираются и сосуществуют, приводя нередко мыслительный процесс к грубым извращениям. Эта особенность мышления тесно связана с его «разорванностью» при шизофрении.

Резкое и своеобразное снижение направленности мышления и его активности бывает при поражении лобных долей.

**Мышление и эмоции.** Эмоции могут стимулировать мыслительный процесс; могут и тормозить, задерживать его, а также и существенно изменять в некоторых случаях содержательную его сторону и продукт мыслительного процесса.

Глубокая заинтересованность, связанная с положительной эмоцией, повышает активность мысли, устойчивость мыслительного процесса, сосредоточенность на стоящей задаче.

Нередко ученики, у которых можно в обычных школьных занятиях отметить своеобразную «лень мысли», отсутствие



готовности настойчиво думать во время урока или при приготовлении заданий на дому, бывают способны зажигаться каким-либо новым делом, выявлять неожиданно для педагогов и родителей способность и готовность настойчиво искать решения задачи, добиваться достижения цели при занятиях увлекшим их делом. Занятие таким делом может стать в этого рода случаях весьма эффективной школой мышления, умственного труда.

Вместе с тем, иногда чрезмерная увлеченность занятием, которое не должно стать главным, а тем более единственным в жизни и деятельности ребенка и взрослого, может тормозить мысль, предметом которой являются другие, более важные для человека вопросы и задачи. Поэтому важно дисциплинировать мышление, используя положительные эмоции, но не давая эмоциям овладеть мышлением в ущерб основным задачам, вопреки воле, желаниям и намерениям человека. Это приходится особенно иметь в виду при воспитании детей невропатов и психопатов.

Сильные эмоции как отрицательные, так и положительные, могут оказать отрицательное влияние на мышление, непосредственно связанное с тем, что эту эмоцию вызвало. Нередко, например, чувство любви мешает любящему объективно оценить поступки, личность любимого. Эмоция может затормозить течение ассоциативного процесса, особенно у страдающих неврозом. Аффективные отрицательные влияния на структуру мышления особенно сказываются у многих больных, в первую очередь страдающих неврозами и психопатиями. При лечении этих больных врач часто должен считать одной из важнейших своих задач помочь больному освободить мышление от чрезмерного, патологического подчинения эмоциям.

При ряде психических заболеваний, протекающих с нарушениями в аффективной сфере, особенно выражено изменение мышления под влиянием патологически усиленных эмоций — *патологических аффектов*. Нарушается течение мыслительных процессов при патологически сниженном настроении. Нередко под влиянием тяжелого переживания временные значительные нарушения мышления, сохраняя особенности психогенного расстройства, внешне приближаются к деменции. Такое состояние получило название *псевдодеменции*. У нас изучением этих состояний много занимаются работающие в области судебной психиатрии (Н. И. Фелинская и др.). Часто псевдодементность возникает на основе менее выраженного органического заболевания головного мозга с некоторым снижением мышления, начальной подлинной дементности.

Приведем отрывок беседы с больной 70 лет, у которой после потери единственного сына спустя несколько дней возникло состояние псевдодеменции. Оно выражалось, в частности, в



том, что она видела себя находящейся во Франции, где она много лет прожила в прошлом. Врач ее спрашивает: «Кто я — француз?», она отвечает: «Ну, конечно!». «Мы разговариваем по-французски?». Больная отвечает: «Конечно, на чистом французском языке [беседа ведется на русском языке], я вообще люблю французов». Врач спрашивает далее: «Я говорю теперь по-французски?» Больная говорит: «Да, я совершенно забываю, что говорю с русским [пауза], с французом. Какая у вас литература, французская!»

Эти высказывания больной явно говорят об эмоциогенном характере нарушений. Высказывания ее четки, дифференцированы. Характерна для псевдодеменции оговорка: «Говорю с русским [пауза], с французом». Становится ясно, что больной все же в какой-то мере известно, что разговаривает она не с французом. Тот же механизм находит выражение и в последующих словах больной: «Какая у вас литература, французская!». Больная явно усматривает необходимость подчеркнуть, что, говоря: «Какая у вас литература!», она имеет в виду именно французскую литературу, хотя как будто считает, что говорит с французом. Слова больной окрашены аффективной тенденцией перенести себя подальше от мест, с которыми связана постигшая ее потеря, от времени, к которому эта потеря относится. Невыносимость мучительной ситуации ведет к тому, что больная как бы уходит от дома, от места жительства, от настоящего к прошлому. Можно думать, что патологический очаг возбуждения (здесь через механизм отрицательной индукции) затормаживает всю область, в центре которой он стал в результате психотравмы.

Спустя три недели больная поправилась, обнаруживая теперь лишь незначительное снижение памяти и интеллекта.

**Понятийное мышление.** В мышлении реальный мир отражается обобщенно. Наиболее высокая форма обобщения — *понятие*. В понятии заключено то, что не может быть непосредственно воспринято при помощи наших органов чувств.

Представление отражает в единичном предмете все непосредственно данное. Понятие же отражает в предмете лишь существенное. Понятие — высший этап отражения мира. Оно обозначается словом, но при этом оно связано с чувственным опытом, как с первоисточником единого познавательного процесса. Понятие — отражение в обобщенной форме существенных свойств предметов и явлений действительности. Система понятий — продукт общественно-исторического развития, обеспечиваемый наиболее сложными мозговыми системами, которые могут легко нарушаться при патологии мозга.

В. И. Ленин писал: «Всесторонняя, универсальная гибкость понятий, гибкость, доходящая до тождества противоположностей — вот в чем суть. Эта гибкость, примененная субъектив-



но, = эклектике и софистике. Гибкость, примененная объективно, т. е. отражающая всесторонность материального процесса и единство его, есть диалектика, есть правильное отражение вечного развития мира»<sup>1</sup>. Гибкость понятий в высокой мере важна и для врачебного мышления. С точки зрения медицинской психологии важно еще учитывать, что нарушение, снижение этой гибкости нередко выступает как относительно ранний признак некоторых патологических изменений в психике.

Развитие человеческой практики ведет и к перестройке понятий, их обогащению, к расширению или сужению их значений. Это развитие понятий обогащает наше познание.

Каждый отдельный человек приобретает понятия в процессе общения с другими людьми, но овладевает ими в меру своего умственного развития, знаний, опыта. У ребенка понятия развиваются постепенно, проходя через ряд ступеней. Характер развития понятия в каждом обществе не совпадает с процессом развития понятий у детей, которым приходится овладеть уже готовыми, образованными на основе общего опыта понятиями.

При ряде заболеваний, приводящих к нарушениям процессов мышления, уже сформировавшиеся у больного понятия, которыми он до болезни владел, более или менее изменяются как в своем объеме, так и в характере пользования ими, в степени и форме владения ими.

Некоторые зарубежные авторы считают, что содержание, значение понятий меняется в зависимости от целей и намерения тех, кто их в данный момент употребляет. Это ложное, субъективное утверждение, конечно, не имеет ничего общего с пониманием развития понятий в истории и в процессе возрастного развития на основе общественной практики по пути все более адекватного и глубокого отражения действительности.

**Особенности владения понятиями у некоторых больных.** Больные с органическими заболеваниями головного мозга и шизофренией бывают неспособны использовать ранее накопленный ими запас понятий, а также строить и приобретать новые понятия так, как это было им доступно до изменения у них болезнью мыслительных процессов. Эти вопросы у нас активно разрабатывал Л. С. Выготский. Вместе с Л. С. Сахаровым он предложил для исследования образования понятий вариант методики Аш. Много сделано в области изучения понятий у психически больных Б. В. Зейгарник, которая, в частности, выделяет и различает в патологии снижение и искажение процесса обобщения (1962). Нервно-психическое заболевание у ребенка поражает понятийное мышление по-разному, в зависимости от того, на каком уровне развития мышления наступило заболевание.

<sup>1</sup> В. И. Ленин. Полн. собр. соч., изд. 5, т. 29, 1963, стр. 99.



Приведем кратко иллюстрацию нарушения понятий при травматической дементности (деменции).

Больной, 35 лет, окончил 7 классов, перенес тяжелую контузию. Проведено исследование с применением одного из вариантов метода классификации. Больному предложено разделить картинки на любое количество групп по принадлежности к одному понятию. Задание подробно разъясняется больному, ему приводятся примеры такой классификации, после чего он в одну группу откладывает изображения капусты и гриба, в другую — ржи и мельницы, а отдельно — морковь и т. д. Капуста и гриб отложены — как будто бы в соответствии с инструкцией. Можно бы подумать, что больной правильно выделил группу растений. Но он в эту группу не включил рожь и морковь. Это противоречит подробно разъясненной исследуемому задаче. Мы спрашиваем больного, по какому принципу он соединил капусту и гриб. Он отвечает: «Растут в земле». Больной не пользуется понятием «растение», заменяя его наглядно-описательным определением. Конечно, он знал слово «растение» и знает, как мы убедились при дальнейшем опросе его в момент исследования, но все же чувственные представления здесь преобладают, подавляя слово с его понятийным содержанием. И к названной им группе («растут в земле») он не относит изображения ржи и моркови. При опросе он обнаруживает понимание их связи с грибом и капустой, но все же сразу он их не соединил. Признак, взятый им для обобщения, не распространяется на все обладающие им объекты. Наконец, отметим соединение ржи с мельницей уже на основе другого, на этот раз ситуационного типа обобщения. Он сам об этом говорит: «Рожь мелют на мельнице». Теперь больному предложено сделать вторую попытку решения. Она также неудачна.

Таким образом, при патологически сниженном мышлении у больного, перенесшего тяжелую травму головы, как и при ряде других органических поражений головного мозга, понятийный характер мышления в большей или меньшей мере заменяется обобщением преимущественно по внешним, наглядным или ситуационным признакам. Понятие сужается в объеме, принцип, по которому оно применяется, становится неустойчивым.

У других больных при нарушении у них понятийного мышления, преимущественно выступают некоторые другие особенности нарушения.

Не касаясь всех возможных вариантов нарушения понятийного мышления, остановимся еще на одном из них. Исследование студента, заболевшего шизофренией, обнаружило особенности понятийного мышления, весьма характерные при этом заболевании. Ему предложено разделить на две группы несколько картинок (другой вариант методики классификации). Он заявляет, что их следует разделить на «изящные» и «неизящные». Предложение исследующего разделить картинки на изображения: 1) одушевленных и 2) неодушевленных — больной отвергает, мотивируя это тем, что а) Такое деление представляется ему «грубым», в то время как им предложенный принцип деления представляется ему, как он думает, «тонким» (очевидно, не случайно соотнесение понятий «тонкий» и «изящный») и что



б) «одушевленный» следует говорить только о человеке, так как животное не имеет «души».

И этот больной вместо существенного признака для обобщения выбирает внешний признак. Но в отличие от больного, перенесшего травму головного мозга, у него этот признак не покоится в основном на чувственных моментах. Наоборот, здесь подбираются для обобщения признаки, далекие от ситуации, от жизненной правды, от внешних особенностей обобщаемых предметов. Этот больной пытается классифицировать объекты не по признаку, им присущему, а берет признак, независимый от того, что именно он собирается обобщить. Это и есть пустая абстракция, уводящая от реальной действительности, характерная для личности и мышления больных шизофренией.

Больные с этого типа патологией мышления часто отстаивают свое решение, отвергают более правильное решение, если им его предлагают. Избранный ими путь обобщения имеет глубоко личностный характер, и поэтому иной принцип обобщения, связанный с реальностью, для них неприемлем. Больным здесь мешает тенденция преимущественно анализировать слово по внешней, формальной связи («одушевленный» — «душа»). Для последнего больного характерно то, что процесс обобщения у него извращается отсутствием единообразной связи каждого отдельного предмета из подлежащих обобщению с обобщающим словом, причем здесь эти связи имеют самый неожиданный и случайный характер. Например, огурец относится к «изящным», потому что он был «еще в древнем Вавилоне», а кошка «неизящна», потому что у нее «некрасивая шерсть». Если при органических заболеваниях головного мозга (органической деменции) признаки, на основе которых строится у больных понятие, преимущественно подавляются чувственными моментами, ситуацией, то у больных шизофренией они подавляются, преимущественно, формальными особенностями слова и ассоциациями, весьма далекими от ситуации, менее привычными, менее закрепленными в прежнем опыте. О патологической тенденции замены привычных связей непривычными у некоторых больных говорил и Л. А. Орбели.

Краткое рассмотрение вопроса о патологии мышления, приводящей к нарушению оперирования понятиями, показывает далеко неполно многообразие этих нарушений и вместе с тем многообразие состояний дементности, поскольку способность оперирования понятиями весьма характерна для мышления и интеллекта в целом.

**Операции условными смыслами и понимание юмора.** У ряда лиц, страдающих нервно-психическими заболеваниями, затруднено оперирование символами — условными знаками. Характерны для различных форм дементности особенности нарушения операций условными смыслами типа пословиц, метафор и пр.



Многие слова и фразы имеют не один смысл, не одно значение. Слово «птица» обозначает определенный вид животных, но слово «птица» применяется и в другом смысле, чтобы высказать определенное отрицательное отношение к человеку. Значения слов второго рода непостоянные, необязательные, условные. Наиболее характерными фразами или соединениями фраз, употребляемыми в условном смысле, являются пословицы. Наличие условного смысла характерно и для басни. Ребенок, не овладевший еще достаточно процессом обобщения, не способен усвоить, понимать и правильно оперировать обобщенным условным смыслом. Наблюдаются в операциях условными смыслами трудности иногда и у некоторых взрослых.

У здоровых взрослых людей доступность условного смысла зависит от того, в какой среде они развивались, от всех условий их жизни, их умственного развития в целом, особенностей словесного материала, употребляемого в условном смысле. Наличие буквального и условного смыслов в слове или в фразе затрудняет по-разному и разных больных с нарушениями мышления. Затруднение здесь часто зависит от ставшего чрезмерно принудительным для больного преобладания и застойности (патологической инертности) буквального смысла, трудности его дифференцировки от условного смысла.

Больная артериосклерозом головного мозга объясняет пословицу «Не плюй в колодец — пригодится воды напиться» так: «Поговорка знакомая [думает]: ну, иногда ссорятся, считаются и говорят: «Не плюй в колодец, пригодится воды напиться»». Несомненно, больная ищет условный смысл пословицы. Он как-то ею и осознается. Но, не умея этот смысл формулировать обобщенно, она его раскрывает в определенной конкретной ситуации, пользуясь эхологической, до известной степени, формой речи [повторяет пословицу]. Нередко такая форма раскрытия условного смысла связана с наличием нерезко выраженных патологических изменений речи.

Бывает так, что больные, например, пословицу «Куй железо, пока горячо» правильно объясняют, но когда их спрашивают, к кому ее можно отнести, они видят эту возможность только в отношении кузнеца или, в крайнем случае, другого работника физического труда. Буквальным смыслом пословицы в этих случаях ограничивается объем, широта условного смысла, который все же здесь не потерян полностью. В этих случаях основной причиной нарушения операций условными смыслами является снижение способности к обобщению и склонность к конкретному мышлению.

В других случаях обстоит иначе. Больной (кандидат наук) недавно заболевший шизофренией, хорошо изложил содержание басни «Мартышка и очки». На вопрос же о ее морали он ответил так: «Мартышка разбила очки и стала ругать всех, кто



слушает людей. Это и есть мораль басни». На повторный вопрос он отвечает иначе: «Мораль в том, что не нужно слушать людей, которые говорят, что такому горю [больной имеет в виду ослабление зрения] можно помочь». Здесь попытка вскрыть условный смысл явно приводит к бессмысленному, противоречащему подлинному смыслу утверждению.

При особо тяжелых нарушениях мышления совершенно невозможен переход от частного, конкретного, данного в тексте пословицы, басни к общему, скрытому. В других случаях при менее тяжелых расстройствах мышления, как здесь только что описано, как будто имеет место переход от частного к общему в отношении одной стороны условного смысла (здесь: обезьяна — человек), но другая сторона его (здесь — очки) не переносится на более общее, не выступает в своем условном смысле. При таких нарушениях снижено осознание мыслительного процесса, способность осознать несостоятельность своего суждения по поводу условного смысла. У больных шизофренией при оперировании условными смыслами особенно отчетливо выступает в ряде случаев патологический полисемантизм.

Особенно грубое нарушение мыслительной операции, связанное с толкованием пословицы, выступает у другой больной шизофренией, которая по нашей просьбе объясняет смысл пословицы: «Не в свои сани не садись». Она говорит: «Не в свои сани не садись, а мы все равно сядем. Как кто думает, так и делает или не думавши сделает. Твои сани, не садись, не твой стул, не садись». В этой типично шизофренической речи особенно характерно выступает ассоциирование слов, которые то служат, то не служат поставленной и решаемой больной задаче.

Трудно найти отношение к задаче слов «твой стул», хотя не трудно видеть связь этих слов с отдельными словами больной «твои сани». Перед нами пример разорванной речи больных шизофренией, в которой весьма часто можно как раз увидеть ассоциирование, неподчинение единой цели, единой задаче. У одних больных шизофренией такое ассоциирование выступает постоянно в их речи. У других, как у последней больной, эта форма ассоциирования выявляется при особо трудной для них задаче, часто именно при попытке толковать условные смыслы.

Здесь, как и при рассмотрении видов нарушений понятий, мы встречаем большое многообразие нарушений мышления. Оперирование понятиями и условными смыслами представляет одну из наиболее существенных особенностей мышления взрослого здорового человека на современном исторически определенном уровне развития людей. Отсутствие или нарушение соответствующей способности, как и недостаточное развитие ее, весьма характерны для состояния мышления, для особенностей его нарушения у разных больных.



Близки к нарушению оперирования условными смыслами нарушения в понимании юмора. Не только ребенок, но и неумный или очень мало развитый человек часто не понимает шутки, юмора, а нередко понимает их превратно. По-иному это бывает выражено в патологии. В частности, у ряда больных шизофренией неспособность понимать шутку, юмор бывает особенно выражена. Много внимания уделяет этой области патологии мышления при шизофрении в последнее время французский психиатр Abely.

Приведем одно из относящихся сюда наших наблюдений.

Студент университета 20 лет, недавно заболевший шизофренией, исследуется нами в состоянии значительного улучшения. Он правильно теперь объясняет смысл пословиц, справляется с задачами на обобщение и т. п. В то же время он не в состоянии понять шутки, к чему был безусловно способен до болезни. Ему предложено объяснить, что смешного он видит в такой шутке, взятой из печати: «Начальник говорит сотруднику, много раз опаздывавшему на работу, что он ему «в последний раз» делает предупреждение. Опоздавший в ответ спрашивает начальника: «Вы разве от нас уходите?». Больной понял шутку так: «Очевидно, этот начальник был так невнимателен к поступкам своих подчиненных, что он им раньше не делал замечаний. Он сказал, что в последний раз делает замечание. Это было воспринято подчиненным, как уход начальника с работы». Юноша, ранее отличавшийся большими способностями, очень хорошо учившийся в средней школе и в университете, таким образом, после приступа шизофрении не уловил смысла шутки, т. е. понимает извращенно речь с прикрытым смыслом.

Следует отметить, что непонимание шутки в приведенном наблюдении связано с нарушением смыслового анализа слова «последний». Больной не учитывает, что слово «последний» означает не только отсутствие у явления будущего, повторения, но и обязательное наличие прошедшего. Слово «последний» больным в других ситуациях воспринимается, как мы убедились, правильно. Здесь же неправильное понимание смысла этого слова больным спровоцировано односторонним пониманием его подчиненным в рассказе-шутке. Для больных шизофренией характерно нарушение способности смыслового анализа и оперирования понятиями, неустойчивость смысла и значения слов, неспособность правильно соотнести различные стороны понятия. Больной не в состоянии критически оценить несоответствие слов подчиненного смыслу слов начальника.

В основе нарушения понимания шутки у больных, как правило, лежит та или иная форма нарушения смыслового анализа. У здоровых при невысокой способности оценить шутку часто можно отметить замедленное, запаздывающее соотнесение смыслов, запаздывающее преодоление одностороннего осмысливания. В клинике, особенно при лобных поражениях, отмечается нередко выраженная патологическая склонность к «шутливости». Отмечается она иногда при гебефренической форме шизофрении. Эта «шутливость», однако, связана с тем же снижением



понимания юмора. «Шутки» этих больных бывают плоскими, неуместными.

Иное значение и иное происхождение имеет недоступность юмору невротиков и соматических больных. Тяжело переживающий свою соматическую болезнь может быть неспособен правильно понять и оценить шутку, высказанную врачом с лучшими намерениями — ободрить больного, успокоить его. Вообще тяжелое настроение у больного и здорового человека делает его часто малодоступным для юмора. Шутка врача может, вместе с тем, в ряде случаев дойти до больного соответствующим образом и улучшить его настроение. Врач должен только знать, с кем и как шутить.

**Суждение.** Различают суждения утвердительные и отрицательные, например: «идет дождь», «дождя нет». Можно различать *общие* и *частные* суждения, например: «правильный диагноз — есть основное условие правильного лечения», «состояние этого больного не внушает опасений». Утверждение или отрицание в суждении может отличаться различной степенью уверенности и убежденности.

Последнее определяется степенью осведомленности, опытом, но также и особенностями личности, а у больных — характером болезни. Например, страдающие психастенией особенно склонны к сомнениям и в тех случаях, где для сомнений нет достаточных оснований. Некоторые люди, нередко с истерическим характером, наоборот, бывают склонны к мало обоснованной уверенности и самоуверенности, что становится чертой их личности. При некоторых психозах больные склонны к категорическим положительным или отрицательным суждениям, когда в действительности для этого совершенно нет оснований. Здесь возможны и конфабуляции в одних случаях, бред — в других. Больной шизофренией может, например, утверждать, что он уже умер. Но далеко не всегда бредовые высказывания настолько нелепы. Бредовой характер высказываний больного и их особенности устанавливаются не только по их содержанию, но и по тому, насколько они могут быть исправлены больным (относительная или полная некорригируемость бреда), по влиянию бреда на поведение больного, по мыслительным процессам, связанным с бредом, по общей структуре психики и личности больного.

Всегда, но особенно в некоторых профессиях, бывает важно, чтобы у человека была достаточная уверенность, конечно, обоснованная, в своих суждениях. Это в высокой мере относится и к врачу, к его профессиональной деятельности.

Излишняя самоуверенность врача, как и необоснованные его колебания и неуверенность в своих суждениях и проистекающих из них умозаключений, могут дорого обойтись больному, могут иногда стоить ему жизни. Но, кроме того, неубедительное



выражение уверенности, как и выражение неуверенности врача, могут весьма отрицательно воздействовать на психику больного. Врач свои суждения о болезни должен высказывать больному уверенно и определенно, даже в том случае, если он вынужден отложить свое окончательное решение. Вместе с тем в его словах больной не должен увидеть излишнюю самоуверенность, выглядящую нескромно.

Следует различать суждения и по их предмету: суждения о посторонних предметах и о самом себе, суждения о предметах нейтральных для субъекта, с одной стороны, или имеющих для него большое значение, к которым у него создается аффективное отношение, — с другой.

Невротики, особенно психопаты, а также страдающие психическими заболеваниями, обнаруживают часто большую пристрастность, предвзятость в суждениях и умозаключениях о том, что их в какой-то мере касается, иногда даже лишь весьма косвенно.

Врачу иногда приходится выслушивать необоснованные суждения со стороны больного или близких к нему людей. Врач не имеет права относиться к таким суждениям нейтрально. Нередко врачу приходится особенно серьезно бороться с этими неправильными суждениями (здесь не имеются в виду бредовые и некоторые другие патологические высказывания), потому что они могут вредить здоровью больного или его родных. Соответствующие разъяснения врача необходимы и в том случае, если в высказываниях обнаруживается грубое и вредное невежество. Конечно, всякое суждение суммирует и общественный опыт и опыт, почерпнутый из окружающей среды и личный опыт. Но характер взаимоотношений этих источников суждений бывает весьма различный у разных людей и у одного и того же человека в разных условиях. Одни люди очень легко принимают чужие суждения, не замечая этого. Другие сознательно пользуются чужими суждениями, не пропуская их через свой личный опыт. Иногда стимулом для такого рода суждений является желание человека представить себя перед окружающими как бы вооруженным фактически отсутствующим у него умственным багажом. Этого рода претензии человека в суждениях казаться не таким, каков он есть, а лучшим, приукрашать себя, нередко присущи истеричным больным. Имеются люди со склонностью к необоснованному и непреодолимому противопоставлению суждениям окружающих своих суждений. В заостренном виде такая тенденция может быть представлена у некоторых больных шизофренией.

У некоторых людей выступает логически обоснованная тенденция к отстаиванию своих суждений, сниженная способность к перестройке их под влиянием новых фактов и критики. Иные люди сопротивляются всему, что противоречит их суждениям,



не столько вследствие особенности их интеллекта, сколько под влиянием эмоций, часто связанных с переоценкой своей личности. Физиологической основой этого может являться патологическая инертность нервных процессов. Например, у больного возникает страх заражения. И прямое убеждение не может ему помочь освободиться от мыслей, обосновывающих этот страх. То же относится к так называемым сверхценным идеям. Инертность, однако, является выражением не только динамических особенностей нервной системы, но также и сложной системы переживаний, которые стоят за этими идеями и играют роль в их патогенезе. Суждения могут подвергнуться деструкции, будучи включены в особо трудную для больного систему мыслей.

**Рассуждение.** Рассуждение — направленный на решение поставленной задачи умственный процесс, протекающий в устной или внутренней речи (речь про себя) и состоящий из ряда последовательных операций, из цепи умозаключений, соединенных логической связью и единой общей целью. Способность рассуждения и потребность в нем возникает и развивается у ребенка весьма постепенно. Большая роль в этом развитии принадлежит школьному обучению.

Способность к рассуждению у взрослого здорового человека зависит от опыта, полученного образования, от свойств личности, от особенностей ума. В болезни эта способность нередко существенно нарушается. При психологическом исследовании процесса рассуждения надо учитывать, что он значительно более затруднен и в патологии легче нарушается, если осуществляется во внутренней речи.

В процессе обсуждения с кем-либо, объяснения чего-либо другому человеку, рассуждение нередко обогащается новыми аргументами, подвергается проверке, иногда существенно меняет свое течение и даже выводы.

Иногда рассуждение или, говоря иначе, развернутое решение задачи, может или должно пойти по усвоенному уже пути. Это, например, можно сказать о решении учеником арифметических задач, ранее решавшихся уже с помощью учителя. В других случаях решение умственной задачи требует в большей мере творческих усилий, отыскивания путей умственного действия. В воспитании и обучении детей крайне важно развивать у них способность последовательно и настойчиво решать поставленные умственные задачи, искать новые пути для их решения.

Taylor и Waггоп (1963) ввели в психологию мышления понятия конвергентного и дивергентного мышления. Под первым имеются в виду поиски готовых, ранее усвоенных путей решения. Под вторым — поиски нового решения с преодолением старых, привычных, признаваемых негодными. Этот второй вид мышления наиболее важен для научного творчества, в частности, для врача.



При обучении некоторых больных, например, олигофренов, важнейшее значение может приобрести настойчивое обучение решению определенных типов задач, преимущественно построенных в наиболее доступном или наглядно-действенном плане. Так, например, опыт показывает, что правильное вовлечение олигофренов в труд, при специальной его организации, стимулирует у них интеллектуальное развитие. При решении вслух, как уже было отмечено, уровень осознания процесса рассуждения у многих людей значительно повышается. Повышается осознаваемость мыслительного процесса у ряда больных и при переходе к письменному решению, фиксирующему промежуточные звенья решения.

Грубое нарушение процесса мышления с потерей значения отдельных звеньев решения задачи выступает у ниже описываемого больного прогрессивным параличом. Это видно из выдержки из протокола исследования одного такого больного, которому было предложено сложить в уме 18 и 14. Больной многократно повторяет заданные числа, явно для того, чтобы их не потерять, а затем называет в качестве суммы 22. На вопрос, какие числа он складывал, больной отвечает: 14 и 12. Больной сначала частично потерял число 14, явно прибавив 4 к 18 вместо 14. Но получив сумму 22, он тут же утерял значение этого числа и процесс решения он дальше неспособен правильно развернуть.

Одной из важных черт процесса рассуждения является последовательность и развернутость отдельных этапов мыслительного акта. Болезнь нарушает обычно эту «сукцессивность» (последовательность) в мыслительном процессе. У ряда больных нарушена и «симультианность», связь в одновременности многих интеллектуальных операций. Наступает, можно сказать, «деавтоматизация» некоторых мыслительных процессов. Например, больные, ранее неплохо справлявшиеся с элементарными счетными операциями (например, сложение  $8 + 4$ ) без привлечения процесса рассуждения, активизируя ряд установившихся ранее связей для немедленного почти автоматического получения ответа, под влиянием болезненных изменений такие же задания вынуждены решать шаг за шагом, прибавляя по единице, выделяя отдельные операции и звенья операций и останавливаясь на каждом из них. Уже факт такого перехода на чрезмерно развернутый способ не может не быть принят как выражение патологического процесса или состояния (конечно, у людей ранее, заведомо способных к симультианному, репродуктивному их решению). Но чаще всего такой переход связан с большими или меньшими извращениями и этого способа решения.

Нередко у больных, наряду с нарушением такого рода автоматизации, вырабатывается, в результате многократного



повторения в прошлом соответствующей операции, тенденция к «коротким замыканиям», к попытке решить, и обычно неправильно, задачу, минуя необходимые этапы, т. е. своеобразные патологические автоматизмы — неосознанные высказывания, решения.

Иногда нарушение осознания сукцессивного мыслительного процесса приводит к тому, что на каком-то этапе активная мыслительная деятельность подменяется в какой-то мере «автоматически» применяемой схемой. Возникновение таких застывших схем характерно для ряда больных эпилепсией, с поражением лобных долей. Например, больному с поражением лобной доли предложено отнимать от 100 по 7. Он выполняет задание так: 93, 86, 79, 72, 69, 62, 59, 52 и т. д. до конца.

Некоторые больные бывают не в состоянии с самого начала построить рассуждение, подойти к решению умственной задачи. Так бывает при выраженной дементности. Правильное рассуждение должно начаться с твердого знания и полного осмысления предпосылок, от которых оно отправляется. Из этого знания рождается схема, путь рассуждения. Нарушение рассуждения начинается в ряде случаев с патологически измененного отношения больных к этим исходным положениям, условиям и задаче рассуждения. При невозможности их учесть и соотнести между собой полноценное рассуждение невозможно.

Другие больные могут правильно наметить путь решения задачи, но оказываются не в состоянии продвинуться по намеченному пути. Неспособность подойти к решению задачи обычно связана и с неспособностью понять ее.

Раненый в правую височную область (образование 7 классов; травматическая деменция) пытается решить задачу: «7 яблок и 3 груши стоят 5 руб. Одна груша стоит 50 коп. Сколько стоит одно яблоко?». Выслушав условие задачи, больной тут же сразу отвечает: «Значит яблоки стоят 3 руб. 50 коп...» На этом он и остановился, видимо, полагая задачу решенной. Она и решена постольку, поскольку ее усвоил больной. И дальше ему так и не удастся понять задачу. У дементных больных снижение процесса рассуждения бывает связано и в какой-то мере определено недостаточным пониманием задачи, неспособностью учесть все предпосылки, из которых необходимо исходить при построении правильного рассуждения. Здоровые, а тем более больные, различаются: по способности осознать свою несостоятельность в решении поставленной перед ними задачи до начала решения, в процессе решения, после получения в результате неправильного вывода, по наличию стремления сопоставить вывод с условиями задачи, по степени способности к такой проверке вывода или решения. В ряде случаев процесс рассуждения или решения задачи прерывается до окончания. Такая динамика мыслительного процесса может



выразиться в сознательном прекращении процесса (астеническая форма) или в форме нарастающего извращения процесса и более или менее постепенного его угасания, что наблюдается у некоторых больных шизофренией.

Конечно, здесь не названы все стороны, все варианты нарушения рассуждения, как процесса решения умственной задачи. Укажем лишь только на ту сторону рассуждения в норме и в патологии, которая относится непосредственно к особенностям личности.

В какой-то мере справедливо иногда говорят о людях действия, как бы противопоставляя им людей, менее способных быстро или во всяком случае своевременно переходить от рассуждения к действию. Конечно, такое деление весьма условно и относительно, но вряд ли можно игнорировать тот факт, что в какой-то мере и у здоровых людей может заметно выступить относительное преобладание одной из двух сторон поведения. Резко может выступить такое преобладание у некоторых психопатов и особенно у некоторых психически больных. У больных шизофренией особенно часто выступает расстройство мышления в форме резонерства, склонности к пустым, далеким от реальной жизни рассуждениям, не связанным с последующими действиями. Больные маниакальные и гипоманиакальные бывают способны, наоборот, к весьма быстрым действиям, без особого предварительного обдумывания, без размышления. С процессом рассуждения тесно связаны построения суждений и умозаключений.

**Понимание.** Уже говорилось о понимании условных смыслов и юмора. Понимание в более широком смысле представляет одну из важнейших черт мышления. В понимании, как и в других мыслительных процессах, используются прежде образовавшиеся условные связи, говоря психологическим языком, — ассоциации, и строятся на их основе новые. Когда человек сталкивается с новым для него предметом или явлением, с новыми обстоятельствами, перед ним становится наиболее явственно задача понять их, их смысл и значение.

У многих больных нервно-психическими заболеваниями понимание оказывается существенно нарушенным. Характерно в этом отношении поведение одной больной (органическое слабоумие). Ей сказано, что в целях исследования памяти ей прочтут несколько пар слов, связанных по смыслу, а затем после их прочтения ей нужно по первому слову пары назвать второе. Она это делает плохо. В то же время она спрашивает врача: «А если я не согласна, я могу сказать другое слово?». Больная не понимает ситуации и задачи исследования. Она себя видит не в подлинной, а в иной ситуации, где могло бы иметь значение это ее «несогласие».



Поведение больной говорит о патологическом снижении мышления. Здесь находит выражение и проистекающее из этого нарушения неправильное отношение к ситуации и к исследующему врачу. При таких нарушениях больные себя не вполне правильно ведут, бывают патологически бестактны. Понимание, как и потребность и способность, меняется с развитием личности и с ее болезнью.

Большое значение имеет способность понимать другого человека, его действия, его намерения, его речь. Понимание устной и письменной речи — особая и важная форма мыслительных процессов. Ребенок может не понимать синтаксически сложно построенную речь, не владея еще этой формой речи. Понимание письменной речи зависит также от навыков чтения. Плохо еще читающие дети бывают настолько заняты формальной стороной процесса чтения — узнаванием букв и их соединением в слова, что им бывает трудно фиксировать внимание на смысле читаемого и в связи с этим трудно бывает понять текст. И ребенок, и взрослый могут не понимать речь, оперирующую словами, не входящими в их словарь, а также речь, содержание которой особенно далеко отстоит от их опыта и знаний. Ограниченные опыт и знания сужают понимание. Вместе с тем, иногда отмечается, что ранее накопленный опыт иногда препятствует распознаванию нового, в некоторых случаях мешает здоровым и особенно больным дифференцировать свое знание от этого нового. В таких случаях может возникнуть ложное понимание человеком чужой речи с отождествлением ее содержания с его собственными суждениями и знаниями. Это зависит от личности и уровня интеллектуального развития слушателя (читателя) и конечно от степени ясности освещения вопроса в слушаемом и читаемом.

Случается, что недостаточно ясное освещение врачом больному характера его болезни, прогноза ее, методов лечения наталкивается на готовую концепцию больного, и это особенно при недостаточной ясности в словах врача и невысоком интеллекте больного или его эмоциональной предвзятости может привести к неправильному пониманию им того, что сказал врач. На этой почве могут возникнуть ятрогении, о которых будет сказано далее.

Больной человек (без нарушения психики) может по особенностям своей личности или под влиянием различных обстоятельств, под влиянием эмоциональных переживаний быть расположен принять слова врача в пессимистическом или, наоборот, в неправоммерно оптимистическом плане. Если врач при этом не будет достаточно точен в своих высказываниях, не будет, обращаясь к больному, учитывать известную его предвзятость, это может привести больного к ложному пониманию слов врача с отрицательными последствиями. Аналогичные извраще-



ния понимания могут возникнуть при чтении больными, не имеющими медицинского образования, медицинской книги. Недостаточное внимание врача к словам больного может, как это иногда бывает, повести к неправильному пониманию врачом больного.

Различные формы нарушения понимания речи наблюдаются у больных с нервно-психическими заболеваниями. Нередко выступают нарушения понимания при пересказах ими прослушанного или прочитанного. Изучению такого пересказа в свое время особенно уделил внимание Schilder. Он мог в своих исследованиях отметить, что при прогрессивном параличе больные в пересказах заменяют часто действующее лицо собою, подменяют обстановку привычной для них, т. е. оказываются неспособными в понимании, в усвоении рассказа оторваться от ситуации, смешивают прочитанное или прослушанное с обстоятельствами, в которых они сами находятся.

Например, больной инженер, страдающий органическим заболеванием головного мозга, поддерживающий вполне осмысленно обычную беседу, так пересказывает по просьбе врача только что прочитанную им повесть Гоголя «Старосветские помещики»: «Как вам сказать, с чего бы начать. Там Пульхерия Ивановна держит все хозяйство в своих руках. У них все построено на питании. У них была кошечка, которая, убежав, не хотела возвращаться. Ее больше устраивала свобода. Она поняла, что нельзя довольствоваться только питанием». Больше больной ничего сказать не может. Смысл повести не понят. Уловлен существенный факт — значение еды для героев повести. Собственные суждения, заменившие те, о которых читал больной, отличаются крайне низким уровнем. Патология здесь становится особенно очевидной, если учесть, что больной — человек с высшим образованием. Подобного рода наблюдения показывают, как сниженное мышление изменяет процесс понимания.

**Динамические особенности мышления.** К динамической стороне мыслительных процессов можно отнести их темп, относительную их скорость или замедленность, плавность или прерывистость.

Конечно, темп мыслительного процесса зависит от характера задачи, от подготовленности индивидуума к ее решению. Но все же можно при всем том говорить в какой-то мере о темпе мышления, особенно характерном для одного или другого, здорового или больного человека. Можно не сомневаться, что эта сторона мышления зависима как от состояния коры мозга, так и подкорки в их соотношении. Несомненно здесь участие и ретикулярной формации.

В болезни эта сторона мышления иногда выступает особенно отчетливо. Значительно, например, замедлены процессы



мышления при депрессии, энцефалите, эпилепсии. Прекрасное описание одной из форм этой динамики с часто наблюдающимися перерывами в процессе мышления, с неспособностью к последовательному, развернутому построению рассуждения дал Ф. М. Достоевский. Словами героя романа «Идиот» и от его лица Ф. М. Достоевский писал: «Если болезнь усиливалась и припадки повторялись несколько раз сряду... ум хотя и работал, но логическое течение мысли как бы обрывалось. Больше двух или трех идей последовательно я не мог сказать сряду».

При экспериментально-психологическом исследовании мышления страдающих эпилепсией нередко отмечаются «провалы», западения, снижения качественного уровня мыслительного процесса, не соответствующие его общему уровню (М. С. Лебединский, А. Б. Горелик, В. Д. Азбукина). Можно думать, что эти «провалы» имеют патофизиологическую основу, родственную в известной степени основе так называемых малых припадков у эпилептиков.

При астенических, в том числе соматогенного происхождения, состояниях часто отчетливо выступает нарастающее снижение (Е. С. Авербух, К. А. Скворцов и др.) уровня психических процессов мышления. Для такого нарушения динамики процесса мышления бывает иногда характерно стремление больных к уходу от трудности, к ее переоценке с неверием в свои силы. Врач должен помочь больному своевременно преодолеть такую позицию.

Резко бывает выражено снижение активности мыслительного процесса при поражении лобных долей. Такие больные неспособны сколько-нибудь длительно осуществлять мыслительный процесс. Иногда им помогает продвигаться в выполнении задания многократное повторное стимулирование исследующим.

Chaslin описал нарушение мышления, при котором человек не может остановить поток мыслей, а также произвольно изменить их содержание. Он назвал это нарушение *мантизмом*.

Здоровые, а также и некоторые больные люди способны преодолевать стоящие перед ними трудности в мыслительном процессе повышением усилий, напряженности работы, что может привести к нарастанию утомления, а иногда, особенно у больных, к известному истощению («истощаемость»). Больные с выраженной дементностью, с значительными нарушениями мышления, обычно неспособны к осознанию и переживанию трудности, и неспособны к такой напряженности в процессе мышления.

Специальное исследование движений при таком напряженном мыслительном процессе, где оно возможно, показало, что при нем имеет место значительное повышение мышечного то-



нуса, изменение плетизмограммы, учащение пульса. Умственное напряжение охватывает, таким образом, весь организм человека, определяет общую напряженность. Это, конечно, важно учитывать при разработке психогигиенических и профилактических требований.

Нередко у некоторых больных шизофренией наблюдается постепенное угасание мыслительного процесса. Нарастающее торможение здесь сначала может привести к извращению мыслительного процесса, а затем и к полному его прекращению.

**Воображение.** Одной из важных особенностей психики человека является способность *воображения*. Исходя из того, что человек знает о прошлом и настоящем, он приходит к возможности представить себе будущее или настоящее, известные ему лишь по отдельным сведениям, полученным без прямого соприкосновения с ним. Так, можно представить себе будущее человечества, свое личное будущее, город, в котором ты никогда не был, и даже то, чего никогда не было и не будет, образ человека, которого ты никогда не видел, который даже не существует.

Одним из видов воображения является *фантазия*. Фантазии обычно отличаются своей большой эмоциональностью, увлеченностью субъекта ими.

В. И. Ленин говорил о фантазии: «Напрасно думают, что она нужна только поэту. Это глупый предрассудок! Даже в математике она нужна, даже открытие дифференциального и интегрального исчисления невозможно было бы без фантазии»<sup>1</sup>.

Воображение может создавать на основе прямого или опосредованного мышлением отражения мира новые образы и мысли, идеи. Но всегда источником своим воображение имеет объективную реальность. Воображение здорового или больного человека, взрослого или ребенка всегда оперирует только материалом опыта, тем, что человек видел, слышал, делал, читал, пережил. Все эти элементы накопленного опыта в заново построенных соединениях и отношениях и образуют чувственные образы, мысли и идеи воображения. Изобретение, в котором воображению принадлежит столь заметная роль, нередко имеет в своей основе перенос элементов одной системы (например, одной машины) в другую, иногда весьма далекую от первой. Творчество изобретателя в таких случаях прежде всего должно было соединить в воображении элементы в опыте бывшие далекими друг от друга систем. Воображение в зависимости от вооруженности человека знаниями, опытом, в зависимости от особенностей его ума, творческих способностей, свойств личности в целом, более или менее соответствует требованиям

---

<sup>1</sup> В. И. Ленин. Полн. собр. соч., изд. 5, т. 45, 1964, стр. 125.



действительности, обогащает практику, выдерживает проверку практикой.

Можно говорить о произвольном и непроизвольном воображении, хотя элементы произвольности и непроизвольности в различных соотношениях объединяются в индивидуальной, нормальной или патологической форме воображения.

Различают также воспроизводящее и творческое воображение. Больной человек, который слышал о той хирургической операции, которую ему предстоит перенести, может содержание случайно услышанных о ней рассказов преобразовать в чувственные образы, иногда весьма мало соответствующие действительности. Эти образы и мысли воображения, окрашенные соответствующими эмоциями, нередко являются для него источником дополнительных страданий. В таком воображении мало произвольности: страшные образы предстоящей операции сам больной не в силах подавить, не в состоянии без особой помощи, в первую очередь со стороны врача, освободиться от них и от связанных с ними мучений. Они лишены творческого элемента, так как являются лишь продуктом эмоционального перевода словесного материала в чувственные образы. Предупредить их возникновение, устранить их, если они возникли, выправить такие ложные представления — обязанность врача.

Совсем иначе строится, например, процесс воображения у вдумчивого врача, который, готовясь к той же операции, образы которой страшат больного, продумывает, творчески перерабатывает опыт свой и других хирургов для того, чтобы построить новую, улучшенную форму предстоящей операции.

Процессы воображения можно различать по содержанию, по направленности. Воображение является важным условием высоких достижений. Оно может быть лишено их. Именно к образам, мыслям, идеям, наиболее значительным и особенно желательным для человека по своему содержанию применимо название «мечта».

Способность мечтать присуща людям в разной мере. Люди также различаются и по степени связи мечты с реальностью, с ее осуществимостью. Мечты могут стимулировать человека к активной деятельности, а могут оставлять его пассивным, как бы пребывающим в мире своих мечтаний, оторванных от реальности, от действий. Последнее наблюдается не только у некоторых здоровых бездеятельных людей, но может быть вызвано и патологическими изменениями психики под влиянием болезни.

Если фантазия, не противопоставленная реальности, не оторванная от нее, обогащает творческие возможности здорового человека, то другая роль приходится на долю фантазии у больных. У некоторых из них, особенно при засыпании, дремоте или даже при общем расслаблении без сна, мысли «фантастически диссоциируются» (Kretschmer) и отрываются от реальности.



Иногда у психически больных это «диссоциирование» достигает степени бредоподобных фантазий.

Воображение может быть направлено на будущее, но оно может быть направлено и на прошлое. Человек, вернувшись на место, где им были пережиты радостные или горестные события, может их как бы вновь пережить, не только воспроизведя образы, мысли, связанные с былыми переживаниями, но и чувства, эмоции, характерные для тех переживаний, конечно с изменениями, определенными происшедшими в личности переменами, с новым опытом. Подобные фантазии у некоторых людей, в частности у больных, особенно часто у истеричных, могут занять на время в психике такое доминирующее положение, которое по механизмам индукции подавляет сознание настоящего, сознание реальности. Человек как бы вновь живет прошлым. Такого рода фантазирование с изменением сознания реальности может быть связано и с некоторыми формами не только воссоздающего, но и в какой-то мере творческого воображения.

В ранние годы у ребенка уже отмечаются проявления воображения. Воображению детей дошкольного возраста бывает присуще недостаточное различие реального и воображаемого. Воображение у детей неустойчиво, оно подчинено восприятию, что не позволяет дошкольнику младшего возраста планировать игру, мечтать о чем-либо. В старшем дошкольном возрасте уже более выражено целенаправленное воображение. В школьном возрасте воображение опирается на более сложно построенный и более богатый опыт, на приобретенные знания и умения и это существенно меняет характер воображения. В жизни подростков приобретает большое значение мечта, связанная со стремлением чего-то достичь, сделать что-то большое.

Направляющая роль родителей и учителей в развитии воображения у детей очень велика и очень важна. Врачу следует учитывать, что отклонение от правильного развития воображения у детей может явиться симптомом патологии развития.

**Патология воображения.** У истеричных больных склонность к фантазированию бывает выражена особенно резко, причем в ряде случаев фантазии у истеричных в какой-то мере сходны с детскими, мало отличимы или вовсе не отличимы ими от реальности, действительности. Некоторые люди, особенно больные, под влиянием внушающих воздействий представляют себе события в ложном виде, принимая с большей или меньшей степенью уверенности воображаемое за действительное. Это следует, между прочим, учитывать при оценке в некоторых случаях свидетельских показаний на суде. Иногда воображение приобретает бесплодный, навязчиво стереотипный характер (*Grübelsucht*).

Врачу приходится учитывать, что иной раз больные и их близкие могут под влиянием различных высказываний или книг.



оказавших на них сильное влияние, и собственных эмоций смешивать воображаемые признаки болезни с подлинными. Иногда ложные представления о собственных болезнях и связанные с ними высказывания больных определяются глубокой патологической перестройкой их личности, нередко с возникновением ипохондрических черт в различном их выражении при различных формах заболеваний (с резко выступающей тенденцией видеть у себя ту или иную тяжелую болезнь, с преувеличенной заботой о своем здоровье, с усиленным беспокойством за свое здоровье, с обилием болезненных ощущений и т. п.).

При некоторых психозах патологическое фантазирование принимает черты бреда. Бред возникает иногда у оглохших, у ослепших, при патологически возникшей изоляции от окружающих (Kretschmer). Такой бред надо отличать от бредоподобных фантазий, возникающих преимущественно при истерических реакциях, особенно наблюдающихся в судебно-психиатрической практике. Н. И. Фелинская, основываясь на этой практике, описала такие типы реактивных состояний. Ею и ее сотрудниками описан, например, синдром «перевоплощения». Под влиянием ситуации и болезненного воображения больные воображают себя то ребенком (заторможенность всего, что относится к более позднему периоду жизни), то зверем и соответствующим образом себя ведут. Некоторые из них, изображая собаку, бегали на четвереньках, лаяли и т. п., как бы образно выражая, символизируя свою «собачью», по их представлению, тяжкую судьбу.

**Экспериментально-психологическое исследование мышления в клинике.** В дополнение к уже описанным здесь методикам исследования мышления остановимся еще на некоторых других методиках.

Среди приемов, помогающих характеризовать мыслительно-речевые возможности больного, может быть отмечен следующий: больному предлагается составить возможное число фраз, содержащих 2—3 слова, названных исследующим (метод Masselon). Этот метод вскрывает до некоторой степени особенности творческой мысли больного. При его использовании нередко удается также в какой-то мере вскрыть по содержанию построенной фразы особенности переживаний больного, иногда относительно нейтральных, иногда определенно эмоционально окрашенных. Конечно, при подборе таких слов следует заботиться о том, чтобы их подбор не дал исследуемому повод обидеться на врача или проводящего исследование психолога.

Многие зарубежные, а в последнее время и некоторые советские исследователи применяют так называемые прожективные методики. Отвергая фрейдистские позиции, из которых при построении этих методик исходят западные авторы, отметим, что в некоторых случаях их можно применять с известной



пользой. Таков, например, предложенный в 1938 г. Миггау тематико-апперцептивный тест (ТАТ).

Он представляет серию картин (30 картин, из которых при каждом исследовании используется 20), изображающих различные сцены большой эмоциональной выразительности (горько плачущая девушка, мальчик, держащий в руках поломанную скрипку, огорченная мать и возле нее виноватый сын и пр.). Исследуемому предлагается создать на основе каждой картины рассказ о том, что думает, что переживает нарисованный человек, что его ждет и т. п. По этим рассказам судят об особенностях личности исследуемого, его переживаниях и пр.

Больные, способные выполнить соответствующее задание, проявляют при этом известным образом свои интеллектуальные возможности, свое настроение, эмоции, некоторые — свои отношения и взгляды на жизнь и т. д. Для применения этой методики можно использовать и копии известных картин (открытки); иногда можно задавать тему словесно, без изображений, например: «на улице сидит плачущая женщина», «женщина, плача, упрекает мужчину» и т. п. При этом учитывается содержание и форма рассказа больного, его интонации, лаконичность, обстоятельность и т. п.

В настоящее время все больше разрабатываются методы, которые могут быть применимы для исследования физиологических основ мышления. Большое значение здесь имеет использование на основе павловского учения ряда неврофизиологических методик, таких как электроэнцефалография, электромиография и др. Конечно, эти методы помогают пониманию процессов мышления при тесной их связи с психологическим исследованием.

Установлено, что интеллектуальный процесс сопровождается подавлением альфа-ритма и возникновением бета-ритма. У разных больных и при различных состояниях это выражено по-разному. Отмечены также изменения электромиограммы при умственной работе.

Особо следует отметить новое направление в изучении мышления, моделирование на современных электронно-вычислительных машинах. Ряд созданных учеными устройств выполняют в той или иной форме некоторые операции, аналогичные операциям, присущим мышлению. Эти методы моделирования открывают ценные дополнительные возможности раскрытия механизмов некоторых форм мыслительной деятельности. Эти вопросы только сейчас начинают освещаться (Н. Амосов и др.).

В настоящее время у нас и за рубежом в различных областях медицины разрабатывается при помощи кибернетических устройств ряд важных вопросов теории и практики медицины. Особенно интересными представляются попытки использования машин для постановки диагноза.



Конечно, отдельные симптомы болезни определяет врач, а не машина. Но нередко дифференциальный диагноз может быть обеспечен путем различения комбинаций одинаковых симптомов при различных болезнях. Работая по заданной врачом программе, машина может в известных случаях быстрее и надежнее отделить комбинации, характерные для разных, но в какой-то мере сходных заболеваний. Особенно важным представляется то, что машина может не только несколько облегчить диагностику в отдельном случае, но и помочь выработке наилучших схем для постановки в дальнейшем диагноза врачом уже без прямого участия машины. Все же надо сказать, что возможности кибернетических устройств в этих целях еще только начали выявляться. Было бы неправильно их недооценивать так же, как неправильно не учитывать отличия человеческого мышления со всеми его бесконечно многообразными индивидуальными особенностями, с его поразительным аппаратом мозга, с его богатством нервных связей, от самых сложных операций, выполняемых машиной — продуктом человеческого мышления.

Совершенно прав академик А. И. Берг, который писал: «Машины не думают и не могут думать. Думать могут только комбинации из живых нервных клеток, образующие человеческий мозг»<sup>1</sup>.

В заключение настоящей главы следует еще раз отметить большое значение экспериментально-психологического и физиологического исследований в изучении мышления больных. Эти исследования важны как потому, что мышление — весьма важная сторона психики, широко включающаяся во все психологические процессы, во все виды деятельности человека, так и потому, что исследование мышления больных может в высокой мере помогать оценке их состояния, диагностике нервно-психического заболевания, экспертизе трудоспособности больного, характеристике его личности в целом, ее сохранности.

---

<sup>1</sup> «Вопросы философии», 1962, 2.



## РЕЧЬ

Речь — язык — психика. Расширение знаний врача в области патологии речи и ее нарушений имеет весьма большое значение. До сих пор у нас больные с расстройствами речи или неправильным ее развитием не получают в ряде случаев необходимой медицинской помощи из-за недостаточной подготовленности врача.

Клинические материалы работы Вросá и Vegnikе и многих других исследователей дали возможность достаточно точно описать разделы мозга, наиболее важные для речи. Отметим особо интересные данные, полученные Penfield и Rasmussen, убедительно показавшие, что крик связан с участками коры мозга, лежащими вне речевой зоны. Этим самым установлена различная анатомо-физиологическая основа речи и крика, иначе говоря вокализации.

Речь — специфически человеческая форма деятельности, использующая средства языка. Язык строится народом на основе речевого и трудового опыта людей, принадлежащих к этому народу, а также отчасти под «влиянием» языков и речи других народов. При всей общности понятий речи и языка их нельзя отождествлять.

Речь возникает и развивается у человека в процессе его общения с окружающими людьми, благодаря которому он овладевает их языком. Ребенок овладевает речью сначала как бы стихийно, а в дальнейшем в процесс речевого развития все более вносится сознательный момент: ребенок научается читать, писать, изучает грамматику, законы строения речи. На всех стадиях развития речи у ребенка весьма велика роль влияния взрослых (родителей, педагогов). В процессе речевого общения речь приобретает важнейшее значение для развития сознания, мышления, всей психической деятельности. К. Маркс писал:



«Язык так же древен, как и сознание; язык *есть* практическое, существующее и для других людей и лишь тем самым существующее так же и для меня самого, действительное сознание, и, подобно сознанию, язык возникает лишь из потребности, из настоятельной необходимости общения с другими людьми»<sup>1</sup>.

Используя язык в целях общения, люди развивают свое мышление. Отвлеченное мышление невозможно без участия речи. Речь едина с мышлением, хотя и не может быть отождествлена с ним.

Речь постоянно взаимодействует с анализаторами первой сигнальной системы и оказывает влияние на все сенсорные процессы, на всю психическую жизнь человека в целом.

Если остановиться хотя бы на процессе называния воспринимаемого объекта, то нельзя не увидеть, что он связан с осмысливанием восприятия, с сознательностью его, со специфически человеческим характером восприятия. Это очеловечивание сенсорики человека органически связано с речью и словом.

Требования общественного бытия человека и возможности его организма привели к тому, что в норме основной формой речевого общения людей стала именно *звуковая речь*.

**Жесты и мимика.** В патологических условиях отсутствия слуха (у глухонемых) наблюдается *жестовая речь*. Вместе с тем, *жесты* и *мимика* (выразительные движения лицевых мышц) в той или иной мере включаются в звуковую речь здоровых людей, выполняя внутри нее существенные функции. Они могут усиливать эмоциональную выразительность речи, иногда могут заменить слово, подчеркнуть или даже раскрыть его значение, взять на себя функции указания и пр. В отличие от слова мимика и жесты в известной мере уже включены в инстинктивное поведение некоторых животных, особенно человекоподобных обезьян (*выразительные движения*). Но у человека они приобретают существенно иной характер, определяемый главным образом общественной жизнью, связью с трудом и речью; у человека они могут быть как произвольными, так и произвольными. В патологии нередко возникает нарушение мимики, в частности, в виде *амимии* и *гипомимии* (отсутствие или обеднение мимики), а иногда — гипермимии. Могут возникать и различные нарушения жестикуляции.

**Звуки речи.** У животных также отмечаются возможности издавать звуки, побуждающие других особей того же вида к той или иной форме поведения, определенным образом на них воздействующие. Последнее в какой-то мере сближает эти звуки животных с звуками речи. Но такие звуки у животных передаются по наследству, являются инстинктивными. Некоторые птицы способны в какой-то мере в результате подражания или

<sup>1</sup> К. Маркс и Ф. Энгельс. Соч., изд. 2, т. 3, 1955, стр. 29.



специальной дрессуры имитировать звуки человеческой речи; но такие звуки у животных не имеют значения для их жизни, не служат для общения их друг с другом.

Дети в раннем, доречевом периоде развития также издают речеподобные звуки. Но эти звуки сначала имеют лишь биологическую природу; они одинаковы у детей всех народов и не определяются языком, на котором говорят окружающие. Этим звукам ребенка никто не обучал; он их воспроизводит без цели и лишь произвольно выражает свое состояние. В доречевых звуках ребенка преобладают те, произвольный механизм которых наиболее близок к механизму сосания и глотания. При всем отличии звуков речи от доречевых звуков ребенка эти звуки, лепет ребенка, образуют основу для возникновения первых слов. Не случайно первые слова: «мама», «папа», «баба» сходны в различных языках. В дальнейшем ребенок овладевает специфическими звуками речи, звуками, присущими языку окружающих его людей, *фонемами* родного языка. В фонеме звуки объединяются с значением. Следует отметить, что для правильного развития речи у ребенка имеет большое значение обращение взрослых с речью к ребенку уже со стадии лепета — предшественника речи. Недостаточность такого влияния речи взрослых может задержать развитие речи и у здорового ребенка.

Фонемами в языкознании называют звуковые единицы языка, из которых составляются *морфемы* — минимальные элементы слова, выражающие то или иное понятие, например, корень слова. Фонема не обязательно совпадает со звуком речи. Она может состоять и не из одного звука. Набор фонем в различных языках в той или иной мере различен. Различие фонем в различных словах одного языка определяет различие их значений. Укажем в виде примера на различие слов «код» и «кот» или «дом» и «том».

В процессе овладения родным языком фонемы образуют у человека прочные стереотипы. Это определяет в ряде случаев трудности, большие для взрослых, правильного произношения при изучении нового языка с непривычным фонематическим строением. Иногда в патологии нарушение фонематического анализа делает речь больного похожей на речь иностранца, плохо знающего язык, на котором он говорит.

Звуки речи различаются: 1) по их высоте или частоте колебаний, определяющих эту высоту; 2) по силе звука или по амплитуде звуковых волн; 3) по длительности звучания.

**Голос.** Речь обычно произносится голосом, доступным для слуха, но иногда человек использует беззвучную или шепотную речь. У некоторых больных болезнь изменяет голосовую сторону речи, ее звучность. У других больных переход на



беззвучную, полностью или частично, речь вызывается заболеванием периферических органов речи.

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

**Тембр.** При звучании речи необходимо учитывать различия в тембре. Тембр речи играет роль в ее выразительности, эмоциональной окрашенности. Для врача улавливание тембра речи больных может иметь существенное значение. При некоторых заболеваниях тембры речи и звука существенно меняются, например, при отдельных эндокринных заболеваниях.

Весьма важно бывает различать звуки речи по положениям, которые принимают периферические органы речи в процессе звукопроизношения (*артикуляция*). У ребенка в начальном периоде развития речи еще неправильное положение органов речи при произношении звука ведет к неправильности произношения — к физиологическому *косноязычию*. После 4 лет косноязычие уже обычно считается патологическим и тогда требуется выяснение причин такой задержки развития речи и обеспечение лечебной педагогической помощи (*логопедия* — лечебная педагогика при расстройствах речи). При различного рода поражениях центральной нервной системы могут возникать нарушения артикуляции в виде дизартрии.

**Смысловая сторона речи.** Каждое слово имеет значение. Значения слов строятся в процессе исторического развития. Слово на различных этапах исторического развития может иметь существенно различные значения и смысл.

Наука языкознания установила, что на относительно более низком уровне развития языка в нем имеется много слов для обозначения предметов и явлений, которые в современных языках обозначаются одним словом. В языке саами, например, имеется 41 слово для обозначения снега в разных его видах, положениях и соотношениях (тающий снег, нетающий снег и пр.). Слово здесь еще недостаточно абстрагировалось от частных признаков обозначаемых им предметов или явлений, т. е. недостаточно последние обобщает.

По иному, но в какой-то мере сходно строится значение слова у ребенка. Наряду с неспособностью освоения значения в его подлинном для окружающих ребенка людей объеме, у ребенка на ранней стадии речевого развития в речи отмечается отнесение слова к одному отдельному предмету или явлению!



«чашка» — именно эта, а не другая чашка. Потом так называются разные такие же чашки. Слово нередко относится детьми к предметам и явлениям, связанным между собой лишь внешней, несущественной связью. Так, ребенок может одинаково называть шубу и кошку — то и другое пушистое.

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

Смысловая сторона речи находит выражение не только в отдельных словах, но и в их соотношении, в системе слов, в которую слово в данный момент включено. Для смысла речи имеют большое значение строение фразы, ударения и акценты, интонации, грамматическая конструкция слова и фразы и др. Смысловая сторона речи требует единства речевого процесса. Каждый отрезок речевого процесса в норме должен иметь единую направленность, соответствующую задаче.

Значительный интерес представляет в этом плане речь во сне и в дремотном состоянии, в которой резко может выступить нарушение этих качеств речи. Приведем из накопленных нами образцов такой речи сообщенную одним взрослым здоровым человеком фразу, которая была ярко представлена в его внутренней речи в момент пробуждения от сна: «на почве мотыки вырастают мотыли». Связь этой фразы ни с его сновидением, ни с *интересами* нельзя было обнаружить. Характерно здесь новообразование слова («мотыка»), и связь его по форме с словом «мотыли», внешне формальная без выраженного смысла при грамматической сохранности. У больных смысловое единство слов нередко нарушается в различной форме (бессвязная речь, разорванная речь и т. д.).

**Развитие речи.** Развитие речи у отдельного человека — процесс весьма длительный. Ребенок начинает правильно реагировать на речь раньше, чем начинает пользоваться громкой речью в общении с окружающими. Развитие речи у ребенка зависит от состояния его центральной нервной системы и периферических органов, которые должны участвовать в речевой функции (нарушения речи при расщелинах нёба и др.). Весьма важную роль здесь играют анализаторы: кинестетический, слуховой и зрительный. Не только у глухих детей, но и у детей со значительно пониженным слухом (Р. М. Боскис, А. В. Нейман и др.) речь вовсе не развивается или развивается неправильно без специального вмешательства *логопедов* (педагоги, специализировавшиеся в устранении недостатков речи педагогическими приемами).



Само собой разумеется, что развитие речи зависит от среды, в которой растет ребенок, от качественных и количественных сторон речи окружающих: от того, обращаются ли они с речью к ребенку, от их словаря, дикции, выразительности их речи. При запоздалом развитии речи врач должен возможно раньше выяснить его причины, чтобы принять соответствующие меры. Примерно, к 18 месяцам в норме ребенок владеет 10—20 (не менее) словами, которые он правильно применяет. Van Riper, проведя большое исследование, установил, что если ребенок до возраста 30 месяцев не способен строить фразу из двух слов, следует подозревать патологию развития и обращаться к врачу. К четырем годам ребенок овладевает большим словарем. Последний при благоприятных общих условиях доходит до 1000 и более слов. Недостаточный при благоприятной среде словарь ребенка должен привлечь к себе внимание врача. Особенно бедным оказывается словарь при олигофрении на уровне имбецильности, и тем более при идиотии, при которой он вообще не превышает нескольких слов.

**Экспрессивная речь** — это речь, произносимая вслух. Она, как правило, является речью *коммуникативной*, т. е. служащей целям общения. Речь здорового человека приспособлена к разным формам общения.

Но вместе с тем развитие общения, потребность в общении образуют условия развития и речи. При некоторых заболеваниях нарушение речи не может быть оторвано от нарушения системы общения, потребности в нем, осознания его больным, задач, которые ставит перед собой больной в процессе общения.

Экспрессивная речь может и не прямо, а косвенно служить целям коммуникации. Примером такой речи можно назвать диктовку письменного сообщения, речь для записи на пишущую машинку или пленку и пр. Нередко речь, сохраняя коммуникативную свою сущность, одновременно воздействует на самого говорящего: иногда успокаивает его или огорчает, или возбуждает, иногда помогает в чем-либо убедиться и т. п.

Громкая речь, направленная лишь на самого говорящего, влияя на его действия и поведение, наблюдается у детей — *эгоцентрическая* детская речь.

У больных взрослых экспрессивная речь иногда бывает эгоцентрической, при этом являясь особенно эмоциональной. У некоторых больных, например, при шизофрении, экспрессивная речь может быть обращена к галлюцинаторным образам.

В экспрессивной речи, в ее содержании, в темпе и ритме, в ее плавности находят выражение многие стороны личности. Одни люди говорят весьма эмоционально, другие говорят даже об очень важных для них предметах, явлениях, событиях без особых эмоций. Одни говорят лаконично, другие чрезмерно распространенно. Одни в речи употребляют наиболее привычные



слова и выражения, а другие преимущественно пользуются *книжным* языком. Особенно резко выступает «вычурность» речи у ряда больных шизофренией, иногда с образованием слов — *неологизмов* (вновь образованных, отсутствующих в словаре). Особенно у этих больных бывает выражено снижение потребности и возможности нормального общения, уменьшение контакта с окружающими.

Некоторые больные, перенесшие энцефалит, говорят очень быстро или, наоборот, очень медленно. Речь у больных с синдромом паркинсонизма бывает замедленной, прерывистой, неритмичной. Этого рода клинические наблюдения говорят о роли подкорковых образований в регулировании темпа и ритма речи. Здесь играют роль изменения тонуса артикуляционных мышц (Mitropowicz-Modrzejewska). Эпилептики часто говорят особенно обстоятельно, и это соответствует тем изменениям личности, которые внесла болезнь.

В норме речь строится слитно, насколько этого требует смысл того, что говорят. Речь в связи с этим у здорового человека отличается *плавностью*. При некоторых органических и функциональных заболеваниях нервной системы нормальная плавность речи нарушается. Характерным примером таких нарушений является *заикание*. В основе его часто лежит нарушение способности и готовности к общению, страх перед слушателем, перед лицом, к которому нужно обратиться, боязнь плохо сказать и т. п. Некоторые ученики в основном заикаются на уроке чрезмерно строгого учителя, некоторые заикающиеся особенно затрудняются говорить при незнакомых людях и пр.

Важную сторону экспрессивной речи представляет ее выразительность, в обеспечении которой видное место принадлежит *интонации* — смене ударений, акцентов, тембров и пр. Богатство интонаций — *модулирование* голосовых средств зависит от особенностей личности и особенностей специального речевого обучения и воспитания. Дети, с которыми достаточно выразительно говорят, которым взрослые регулярно вслух выразительно читают, и сами все больше приобретают способность богатой интонации речи. Иногда обеднение интонаций, малая способность пользоваться для выразительности речи голосовыми средствами возникает при поражениях подкорковой области. Иногда оскудение интонации тесно связано с эмоциональным оскудением личности, например, у больных шизофренией. Расстройства речи не только психогенные, но и при энцефалите могут сниматься при разговоре в сонном состоянии больных. Здесь, как и часто при органических заболеваниях, выступает единство органического и функционального.

В экспрессивной речи следует различать: отраженную речь (непосредственное повторение сказанного другим человеком),



называние, вопросительную речь, ответы на вопросы, диалог, повествовательную речь.

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

Процесс называния по физиологическим и психологическим своим особенностям значительно отличается от повторения. Назвать предмет можно только на основе более сложной системы связи, чем это имеет место при повторении. Но все же при некоторых заболеваниях, в зависимости от локализации поражения мозга, как раз повторение более затруднено. Даже при относительно резких нарушениях речи и речевой памяти иногда отмечаются нерезко выраженные нарушения называния (начальный склероз сосудов головного мозга и пр.).

Вопросительная речь и участие в диалоге требуют достаточного уровня развития речи и интеллекта и их достаточной сохранности. Большое значение имеет повествовательная речь. К повествовательной речи близки и такие формы речи, как убеждение, разъяснение. Именно в этих формах речи сказывается и особая одаренность личности, о которой можно говорить, как о речевой одаренности.

В повествовательной речи наиболее проявляются нарушения речи, даже относительно негрубые, как и уровень речевого и интеллектуального развития. В частности, здесь заслуживает внимания так называемый *активный словарь*. Активным словарем принято называть сумму тех слов, которые употребляет отдельный человек в своей речи. Активный словарь отличают от *пассивного словаря* — запаса слов, которые человек не употребляет сам, но способен понять в чужой речи. По данным ряда авторов, при нормальном развитии речи у ребенка трех лет активный словарь близок к 800 словам. Отставание активного словаря от того, который соответствовал бы возрасту в данной социальной среде, говорит об отсталости в речевом развитии. Уменьшение словаря, ранее имевшегося у больного, говорит о нарушении речи или интеллекта.

Некоторые больные становятся ограниченными в речевой инициативе. Они не могут найти, что сказать, их речь становится бедной по сравнению с преморбидной их речью, они малоактивны в речи. Так нередко бывает при поражениях лобных долей мозга.

Исходя из мысли И. М. Сеченова о трудностях произношения слов с чередующимся смыслом, мы (М. С. Лебединский)



предлагаем больным в целях соответствующего исследования произносить попеременно названия двух одушевленных и двух неодушевленных предметов. Для ряда больных шизофренией, некоторых больных артериосклерозом сосудов головного мозга и других выполнение такого задания весьма затруднительно или невозможно. Здесь выступает и трудность переключения. Но нередко трудно просто назвать, например, ряд животных или предметов мебели, т. е. не удается воспроизвести ряд слов, относящихся к одной смысловой группе, или же в других случаях сходных по форме, например, начинающихся на одну букву. Вскрываемые при таких исследованиях нарушения речевой активности далеко не всегда говорят о специальном речевом нарушении с соответствующей локализацией мозгового поражения. Они могут быть выражением общего интеллектуального нарушения, нарушения эмоциональной и волевой сферы, памяти и пр.

Иногда в устной речи возникают элементы автоматизированной речи. Так, у некоторых здоровых людей наблюдается частое произношение *слов-паразитов*, не несущих никакой или почти никакой смысловой нагрузки. У некоторых больных отмечаются эхолалии, бессмысленное или почти бессмысленное повторение слов, произнесенных другим лицом, *вербигерации* — бессмысленное повторение ранее произнесенных самим больным слов и предложений и *итерации* — повторение слогов. Эхолалии часто встречаются при поражениях коры головного мозга. Итерации — судорожные повторения отдельных слогов — нередко возникают при подкорковых поражениях.

Заслуживают внимания наблюдающиеся при неврозах расстройства речи — *мутизм* (временное полное выключение экспрессивной речи при сохранности импрессивной внутренней и письменной речи). Мутизм полный или частичный наблюдается иногда и при шизофрении, при депрессии. В последнее время рядом авторов (Scheer, Lhermitte и др.) описан синдром *акинетического мутизма*, возникающий при патологическом очаге в районе III и IV мозговых желудочков.

**Внутренняя речь.** Внутренней речью называют речь про себя и для себя. Вместе с тем, специальные исследования (электромиография) показывают (А. Н. Соколов и др.), что и слова внутренней речи строятся при движениях периферических органов громкой речи. Все виды сознательной деятельности связаны с речью, если не громкой, вынесенной, то внутренней. Мышление, память, восприятие тесно связаны с внутренней речью. Важнейшее значение также имеет внутренняя речь в самосознании, в регуляции поведения.

Значения и смыслы во внутренней речи, как и формальная ее сторона, определяются речевым опытом человека в общении с другими людьми. Но при этом структура слова и фразы во



внутренней речи отличается от структуры их в громкой речи. В основном это различие определяется различием задач громкой речи, с одной стороны, и внутренней речи, с другой. Внутренняя речь не служит общению, она не должна быть понятна другим людям, она, как правило, по сравнению с звучной речью является значительно свернутой, сокращенной, она может использовать чувственные представления.

Внутренняя речь у ребенка возникает значительно позднее громкой речи. У некоторых больных внутренняя речь нарушается больше, чем громкая речь. Некоторые больные становятся неспособными, например, во внутренней речи, про себя, посчитать 1—2 десятка предметов, хотя легко делают это вслух. Многим здоровым людям бывает труднее продумать какой-либо сложный вопрос про себя, во внутренней речи, чем они могут это сделать вслух — в беседе с кем-либо. Нередко при недостаточном развитии внутренней речи, как и при ее нарушениях, при трудности поставленной задачи, человек прибегает к *шепотной* речи, заменяющей здесь внутреннюю речь.

Внутренняя речь очень важна для процесса мышления, но было бы неправильно отождествлять, как это делают некоторые авторы, внутреннюю речь с мышлением.

Устная речь подкрепляется самим процессом общения, его значением для человека, его структурой — в этом ее преимущество перед внутренней речью. Больному в ряде случаев понять самого себя, разобраться в трудной ситуации про себя бывает особенно трудно, значительно труднее, чем в беседе с другим человеком, в частности, и особенно с врачом, которому он доверяет.

**Импрессивная речь.** Под импрессивной речью понимают восприятие человеком речи других людей. Клинические факты убедительно указывают на большое значение в обеспечении восприятия речи, как это было показано Verpikе, левой височной доли у правшей (поле 22). Но это, конечно, не значит, что восприятие речи целиком обеспечивается только этим отделом коры. И при поражении лобных долей, и при поражении височной доли другого полушария, и при ряде повреждений коры и подкорковых областей может быть в той или иной мере и форме, иначе, чем при «височной», сенсорной афазии, нарушено восприятие и понимание речи. При всех случаях в восприятии речи участвуют в какой-то мере у слушателя процессы артикуляции, внутренняя речь, все анализаторы первой сигнальной системы.

Даже не столь значительные нарушения речи нередко причиняют больному большой вред, тяжело им переживаются, ограничивают его трудоспособность и все формы общения. Вместе с тем, в очень многих случаях афазии имеются достаточные возможности серьезной помощи больным. Особенно



большое значение имеет своевременное лечение по поводу нарушений речи у детей (косноязычие, заикание). Расстройства речи у детей затрудняют их обучение, делают нередко для них затруднительным пребывание в среде сверстников, накладывают в ряде случаев патологические черты на развитие личности.

**Письменная речь.** На определенном уровне исторического развития общества люди для общения между собой на расстоянии, начинают прибегать к знаковой речи, способной по своей форме преодолевать трудности общения, связанные с расстоянием. Проходя через ряд стадий, эта форма общения приобретает современные формы — письма и печати.

Письменная речь исторически зарождалась как *пиктограмма*, т. е. письмо рисунками. Физиологические, психологические и патологические особенности письменной речи в известной мере различны при двух различных формах современной письменной речи.

В *идеографическом* письме знак (иероглиф) обозначает слово. Причем один и тот же знак, сохраняя единый смысл, может людьми разных языков и диалектов по-разному (Китай) произноситься. При *фонетическом* письме знак (буква) обозначает не слово, а отдельный звук речи, или фонему. При чтении вслух написанное всегда произносится в основном одинаково.

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

Чтение может быть громким (чтение вслух) и беззвучным (про себя), соответственно более связанным с громкой или с внутренней речью. Наблюдаются больные, у которых более нарушено чтение вслух, как и больные, у которых более страдает чтение про себя.

Нарушения чтения, вызванные очаговыми заболеваниями головного мозга (*алексии*), могут определяться как поражением речевой зоны коры, так и поражениями ее оптической зоны, затылочной области коры головного мозга (*оптическая алексия*). Рядом авторов описаны семейные случаи алексии, при которых у различных членов семьи оказывается особенно трудным обучение чтению. Различают также алексии по тому, что больше затруднено: распознавание букв (*литеральная алексия*) или чтение слов (*вербальная алексия*). Можно упомянуть о таких нарушениях чтения, которые связаны с гемианопсией или с неспособностью передвигать взор по горизонтали, переводить его по вертикали, со строки на строку, и т. п.

Физиологические и психологические основы процесса чтения до известной степени меняются с развитием умения читать. В частности, нарастающая скорость чтения определяется



известной сменой характера процесса. Чтение слова у бегло читающего человека осуществляется без обязательного считывания всех букв. Улавливание части их, опирающейся на контекст, на общий смысл читаемого, частично заменяет здесь складывание отдельных букв в слоги, а слогов в слова.

Развитие чтения меняет постепенно соотношение процесса осознания букв, слогов, слов с пониманием читаемого. На раннем уровне развития чтения, в начале его, процесс самого распознавания написанного может в той или иной мере подавлять осмысливание текста. Это, в частности, является нередко затрудняющим моментом при приучении детей к самостоятельному чтению.

В дальнейшем формальная сторона чтения как бы снимается для сознания. *Полиглоты*, люди, хорошо владеющие многими языками, прочтя небольшой текст, поняв его, иногда оказываются потом не в состоянии определить точно, на каком языке был написан этот текст. В сознании человека в этих случаях может остаться в основном лишь смысл прочитанного.

В патологии чтения нельзя не видеть зависимость характера расстройства от уровня развития процесса чтения до болезни.

Сложность и многообразие форм нарушения чтения убедительно показывает, как сложна физиологическая основа чтения.

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

Овладение письмом требует запоминания обозначений каждой буквы, овладения соответствующими двигательными процессами. Для того, чтобы перейти от писания букв к писанию слов, нужно овладеть процессом расчленения слова на слоги и звуки. Начинающему учиться писать это нелегко дается, и большей частью на этой стадии обучения письму ребенку или взрослому приходится нередко помогать себе, громко или шепотом артикулируя (раздельно произнося слово, слоги, даже отдельные звуки речи).

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



письменной речи, таким образом, связано с развитием самого речевого процесса.

Письмо требует известной перестройки мыслительного и речевого процессов. Только на относительно высоком уровне развития письменной речи человек может строить ее так, что она по форме, по словам мало отличается от громкой, экспрессивной речи, т. е. может преодолеть трудности, возникающие перед ним, с переменой условий речевого процесса при переходе на письменное общение. Различия между громкой и письменной речью в отношении словаря и грамматики, возможности передачи мыслей и переживаний остаются в той или иной мере у очень большой части людей на всю жизнь. Эти различия между звуковой и письменной речью могут быть усилены болезнью. Не только содержательная сторона письменной речи, но и в какой-то мере почерк и орфографическая сторона письма связаны с уровнем общего речевого развития.

Крупный специалист в области языкознания В. В. Виноградов пишет: «Существует простая закономерность: владение самим языком, его богатством облегчает усвоение орфографических норм и грамматических правил».

Врачу приходится встречаться с различными формами нарушения уже развитой письменной речи, как и с задержками в ее развитии. Клиника знает многообразные аграфии — расстройства письма, обусловленные очаговыми поражениями в различных отделах головного мозга: в оптической зоне, в речевой зоне, в двигательной зоне. При некоторых поражениях мозга в письменной речи, как и в устной, могут проявиться патологические автоматизмы. Наблюдавшийся нами раненый в правую лобную область в первые месяцы после ранения писал автоматически одно слово в письме до пяти раз. Другой больной, с ранением височной и затылочной областей также правого полушария, вплетал в процессе письма в слова не относящиеся к ним буквы и писал слова, не относящиеся к контексту письма. Характерно, что такие нарушения мы наблюдали преимущественно при поражении правого полушария. Больная болезнью Пика свою фамилию «Павлова» писала так: Аавевав. При оптической аграфии буквы пишутся иногда зеркально, иногда совершенно деструктурированными.

Иногда нарушение письма определяется изменениями личности. Письмо больных шизофренией, как и их устная речь, нередко приобретает черты «вычурности» — непривычное распределение букв и слов, необоснованные подчеркивания, росчерки и т. п. (рис. 6).

Формальная сторона письма бывает расстроена и при некоторых подкорковых нарушениях. Здесь отмечается дрожание, влияющее на почерк, *микрография* (вынужденное письмо очень маленькими буквами) и др.



Среди нарушений письма назовем еще заболевание, получившее в клинике название «писчий спазм». При попытке письма в пальцах руки больного при этой болезни возникают судорожные, спазматические расстройства, препятствующие акту письма. Наиболее часто эти расстройства наблюдаются у людей, профессия которых связана с необходимостью много писать. В возникновении писчего спазма играют важную роль психические причины, хотя здесь по крайней мере в ряде случаев, нельзя бывает исключить и некоторую органическую основу расстройства. В этом расстройстве можно увидеть сходство с профессиональной афонией.



Рис. 6. Письмо больного шизофренией.

Людям, привыкшим писать, мало внимания уделяют процессу самого письма, формальной его стороне, основное внимание сосредоточивая на содержательной его стороне. Именно при таком, до известной степени автоматизированном письме, проявляются индивидуальные особенности писания букв в слове — *почерк*. При некоторых заболеваниях, особенно связанных с нарушением двигательной области (но не только), характерным образом меняется почерк.

Простым примером этого является отражение в почерке дрожания руки.

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

**Афазии.** Афазиями называют синдромы, при которых основным нарушением являются расстройства речи, вызванные очаговыми, локальными поражениями отделов головного мозга, имеющих особо существенное значение для возникновения у человека речи, для развития ее и правильного функционирования.



При различных формах афазии имеются общие черты, что и понятно. Речь — единая функциональная система, все стороны которой взаимосвязаны. Клиника уже давно выделила некоторые группы афазий. Афазии каждой группы или формы имеют много общих черт, но и существенно отличаются друг от друга. Патологоанатомические исследования отчетливо показали, что при каждой из основных и наиболее отчетливо выделенных в клинике групп афазий очаг поражения расположен в достаточно четко определенном участке головного мозга. Эти клинко-анатомические исследования в высокой мере убедительно показали, что различные области коры головного мозга наиболее тесно связаны с различными сторонами речевого процесса.

Эти исследования афазии оказали огромное влияние не только на изучение клиники расстройств речи, но и на психологическое и физиологическое изучение речи и на изучение многих общих вопросов соотношения функции и структуры в головном мозгу.

Совсем кратко остановимся на четырех основных группах афазии: 1) моторной, 2) сенсорной, 3) амнестической и 4) семантической афазии.

При *моторной* афазии ведущее место занимает неспособность или заметно сниженная способность произносить слова, выраженное ограничение экспрессивной речи. В отличие от страдающих мутизмом, при котором больные не произносят ни слова, ни звука, не пытаются, как правило, говорить, страдающие моторной афазией обычно пытаются, стремятся, но не могут говорить.

Французский хирург Вгосá показал, что поражение при этой форме афазии располагается, как правило, в нижнем отрезке лобной извилины (поле 44) левого полушария (у правшей). В настоящее время собраны клинические факты, показывающие, что моторная афазия должна быть еще разбита на подгруппы, и что в связи с этим моторно-афатические нарушения не обязательно связаны с поражением в центре Вгосá (А. Р. Лурия и др.).

Исследование больных, страдающих моторной афазией, показывает, насколько сложно строится у них нарушение речи. Нельзя, например, считать, что при этой форме не нарушено понимание речи — импрессивная речь. В слушании чужой речи и в ее понимании играет роль артикуляция, экспрессивная и внутренняя речь слушателя, также нарушенные при моторной афазии. При психологическом исследовании больных с моторной афазией особенно отчетливо обнаруживается характер связи различных сторон речи.

Так, больной с моторной формой афазии, даже при значительном восстановлении экспрессивной речи испытывает затруд-



нение в понимании фразы, требующем грамматического анализа ее. Например, такой больной может понять фразу: «Лошадь больше собаки и меньше слона», но не сумеет, большей частью, понять фразу «Ваня больше Пети и меньше Коли» (А. Р. Лурня). В понимании первой фразы он может использовать привычные смыслы: он знает, что слон больше лошади, независимо от того, способен ли он сделать правильный вывод из грамматического анализа фразы. Этот анализ и при неглубокой афазии бывает труден, а то и невозможен. При такой же форме или стадии моторной афазии исследование отмечает зависимость характера экспрессивной речи от характера мыслительного процесса, в который речь включена. Больной может хорошо ответить на вопрос о том, что он сегодня ел, и крайне затрудняться в ответе на вопрос, требующий продумывания. И здоровый человек может с трудом находить нужные слова, если его затрудняет содержательная сторона речи. Конечно, у здоровых людей затруднения такого происхождения в речи выражены несравненно меньше, чем у больных. Вместе с тем, здесь, как и в очень многих других затруднениях в речи и в психических процессах, можно увидеть известное сходство между патологией и нормой.

Выявляется при психологическом исследовании больного с моторной афазией и роль эмоционального фактора в речи. Эти больные, достигнув значительной реституции речи, будучи вынужденными говорить при посторонних людях, могут вновь испытывать такие затруднения в речи, которые давно у них не отмечались в обычной для них обстановке.

Однако, бывает и так, что под влиянием радостного известия или приятной встречи страдающий моторной афазией скажет несколько больше, лучше, чем это ему доступно в обычной обстановке.

Последнего рода факты убедительно показывают, что при афазии, как и при всяком нарушении, вызванном органическим поражением головного мозга, характер нарушения зависит не только от характера и места органического поражения, но и от ряда условий, влияющих на динамику нарушенного процесса. Здесь сказывается и не всегда учитываемая врачами возможность включения психогенных моментов в оформление синдрома органического заболевания.

Нарушения экспрессивной и внутренней речи при моторных афазиях, как нами это отмечалось в свое время, не могут не отозваться на письменной речи, как правило, здесь также нарушенной.

При *сенсорной афазии* главным образом нарушена импрессивная речь. Как это первым показал Вернике, сенсорная афазия, как правило, возникает при поражении задней трети верхней височной извилины (поле 22 по Бродману) левого у правшей



и правого у левшей полушария головного мозга. Эта локализация поражения при сенсорной афазии уже говорит о тесной связи импрессивной речи с слуховым анализатором.

При височной или сенсорной афазии нарушение дифференцировки неречевых звуков бывает также нарушенным, но обычно незначительно. Как правило, отчетливо здесь выступает нарушение дифференцирования фонем, фонетического анализа, обычно связанное с нарушением смыслового анализа и с нарушением речевой памяти. Установление этой связи в высокой мере поучительно и полезно для понимания ряда важных вопросов нормы и патологии речи, связи восприятия звука и речи и т. п. Не меньшее теоретическое и практическое значение имеет наличие при сенсорной афазии различных нарушений экспрессивной и письменной речи.

Особенно характерно для больных с сенсорной афазией наличие в их речи *парафазий, вербальных и литеральных*. При первых вместо нужного слова произносится другое, большей частью близкое по смыслу. При литеральной парафазии заменяется не слово, а отдельная фонема. Парафазии проникают в речь преимущественно «автоматизированно» и часто не осознаются больным, как ошибочно произнесенные слова или звуки. Возникновение парафазий особенно часто выступает в тех случаях, когда речевая задача, стоящая перед больным, его особенно затрудняет.

Приведем два примера вербальной, частично неосознанной парафазии.

Врач говорит больному, что два дня не увидит его в связи с наступающим праздником. Больной задает вопрос: «А ребенок?». Врач спрашивает: «Какой ребенок?». Больной говорит: «Интересно, а женщина?» [показывает на себя и потом поглаживает себя]. Его спрашивают: «Массажистка?» И он, удовлетворенно кивая, отвечает: «Да, да».

Больной — пожилой человек, называет себя ребенком явно под влиянием осознания своей беспомощности, потребности в уходе. Слово «ребенок» здесь выражает в какой-то мере смысл того, что хотел сказать больной, но отдифференцировать пригодное слово от другого слова, близкого к *смыслу ситуации*, он не в состоянии.

Другая больная рассматривает изображение кошки и по нашей просьбе называет части ее тела. Она правильно называет ухо и глаза. Теперь ей показывают усы кошки. Она говорит: «Забыла, бровка, забыла». Неправильное название в известной мере осознается. Можно, вероятно, объяснить и механизм возникновения парафазии «бровка». Слово «бровь» близко по смыслу к глазу, который только что назвала больная (персеверация) и вместе с тем как-то близко к предмету, который надо назвать (бровь и усы — волосистые части тела).

Сходные по происхождению оговорки могут изредка встречаться и в речи здорового человека. Но здесь они очень редки и более четко осознаются как ошибки. Такие ошибки не называются парафазиями.

У некоторых больных с незначительными нарушениями психики и речи (например, при начальных формах атеросклероза



сосудов головного мозга) могут быть иногда отмечены нарушения речи, как бы промежуточные между парафазиями и ошибочным использованием слов здоровыми людьми.

При сенсорной афазии письменная речь нарушена весьма своеобразно. При чтении больные бывают в ряде случаев неспособны, даже прочтя слово, дифференцировать его от близкого по смыслу. Мы (М. С. Лебединский), например, предлагали больным с сенсорной афазией прочесть слова, выписанные в столбик. Среди них были два слова, близкие по смыслу, например, «корова» и «лошадь». Некоторые из этих больных при просьбе показать, где написано «лошадь», указывали на слово «корова», и наоборот. Особенно часты такого рода ошибки при чтении фраз. Больные могут под влиянием первых прочитанных слов по смысловой связи с ними следующее слово «прочесть» совершенно неправильно. Грубые нарушения отмечаются у этих больных и в письме. Больная, например, должна написать свое сокращенное имя «Мотя», а пишет «Мота». Исправить никак не может. Она не в состоянии дифференцировать «та» и «тя».

При *амнестической* афазии основное расстройство состоит в нарушении процесса называния. Такое нарушение может возникнуть и на определенной стадии моторной и особенно сенсорной афазии. Своеобразно оно проявляется при афазиях, возникших в результате поражения теменно-затылочной области ведущего для речи полушария. Изображения и менее обыденные предметы этими больными называются труднее.

Примером подобного нарушения может служить одна наблюдавшаяся нами больная. Ей показана картинка с изображением сабли. Больная говорит: «Это военные, не ружье, а как называется, штатским не дают, конечно, шашка».

Нужное слово у этих больных более или менее часто возникает не непосредственно из связи слова с предметом, а приходит окольно, из сознаваемого больным контекста речи. У больной возникает близкое к искомому слово: вместо «сабля» — «ружье». Так бывает нередко при нарушенном процессе ассоциирования. Здесь он представляется недостаточно дифференцированным. Нечто аналогичное при продуцировании таких близких к искомому слов часто наблюдается в случаях амнестической афазии.

Однако при этом тенденция заменять название предмета его описанием является как бы своеобразным механизмом компенсации сниженной способности называния. Часто из этой описательной речи возникает и нужное название.

При теменно-затылочном поражении левого (у правшей) полушария, особенно при наличии одновременно широко разли-



того поражения, возникают и другого рода нарушения речи, которые могут быть отнесены к сложной и мало еще изученной группе «семантических афазий» (Head, А. Р. Лурия). Они проявляются как в нарушении понимания сложных грамматических конструкций, так и при попытках больных самим построить фразу.

Приведем лишь отрывки речи такого рода у больного с выраженным разлитым поражением мозга. Этот больной хорошо повторяет слова и короткие фразы. При повторении длинных и сложных фраз — грубые смысловые и грамматические ошибки. При просьбе рассказать о своей женитьбе он говорит: «Жена в Харькове, напротив меня. Когда я услышал эту фамилию, я мог, по-видимому, исполнять». О своей служебной работе больной говорит: «Я был бухгалтером, все это, понимаете, затем минеральное удобрение; моя карьера была путешествовать по удобрениям». Здесь в свободном продуцировании слов больной не в состоянии последовательно развивать тему, соотносить между собой правильно отдельные слова фразы, подчинять слова и их соотнесение единому смыслу. При такого рода афазиях особенно выражено нарушение внутривербальных связей.

**Исследование речи в клинике.** Больной может прийти к врачу с жалобами на расстройство речи. О расстройствах речи у больного могут сообщить его близкие. Врач может в беседе с больным сам впервые, до того, как это было отмечено больным или его близкими, отметить у него нарушения речи. Во всех этих случаях для уточнения расстройства необходимо дополнительное специальное исследование речи врачом, если можно, при участии психолога или логопеда.

Бывает и так, что лишь предполагаемый или даже установленный диагноз наводит врача на мысль о возможности его подкрепления или уточнения специальным исследованием речи.

Во всех этих случаях возможно применение ряда всюду доступных безаппаратных методик исследования, а также и некоторых методик, применение которых требует специальной аппаратуры. Некоторые из этих методик уже упоминались в этой главе.

В ряде случаев важно проверить повторение слов, простых и сложных предложений. Нарушение артикуляции у некоторых больных обнаруживается особенно отчетливо лишь при повторении особо сложных для артикуляции фраз. Так, например, бывает при прогрессивном параличе. Психиатры для проверки процесса артикуляции предлагают больным часто повторять фразы такого типа: «Сшит колпак не по-колпаковски». Артикуляция здесь затруднена повторением в разных сочетаниях сходных или идентичных фонем.



Следует исследовать называние часто и редко встречающихся предметов и их изображений, пересказ прочитанного рассказика или описание какой-либо картины с более или менее сложным сюжетом, процесс чтения вслух и про себя, списывание с печатного и написанного текстов, письмо под диктовку, письмо с произвольно выбранной больной темой. При последнем, в частности, может выступить нарушение речевой инициативы. Для раскрытия фонематической агнозии предлагается повторить сочетание оппозиционных трудно дифференцируемых фонем: га-ха, ка-та, та-ка-та, ба-па и пр. (А. Р. Лурья).

В ряде случаев необходимо исследовать внутреннюю речь больного. Так, мы (М. С. Лебединский) обнаружили у больного моторной афазией резкое снижение понимания текста, ухудшение решения арифметических задач при полном исключении громкой речи (зажатый рот). У этого больного внутренняя речь была мало способна обслуживать мышление.

Понимание речи следует проверять, давая простые и сложные словесные инструкции, которые больным следует выполнять; задавая им более или менее сложно построенные вопросы, на которые просят ответить; обращаясь с фразами, близкими и также далекими по отношению к данной ситуации и к теме.

Остановимся еще на одном методе исследования процесса дифференцирования значений и фонем, занимающего весьма видное место в речи (методика предложена М. С. Лебединским).

В начале исследования больному предлагается повторять за исследующим по-одному отдельные слова. Если больной в состоянии выполнить такую инструкцию, переходят к двум следующим сериям методики. Теперь больному предлагают повторять за исследующим все слова, кроме слов, обозначающих живое существо. В третьей серии предлагается повторять все слова, кроме начинающихся с буквы «К».

Приведем несколько отрывков из протоколов такого исследования.

Больная шизофренией должна повторять все слова, кроме названий живых существ. В скобках обозначено реактивное время, т. е. промежуток времени от произнесения слова исследующим до произнесения его больным (учитывается по секундомеру). Числа слева от слова обозначают порядковый номер слова в ряду произносившихся слов. 4. Лошадь (2,2 сек). 5. Железо (1,1 сек). 6. Больница (1,6 сек)... 11. Ягненок (3,1 сек).

Из отрывка протокола явно видно, что дифференцирование слов по значению больная в ряде случаев не осуществляет, хотя не подлежащие повторению слова повторяются запоздало. Дифференцировочное торможение оказалось недостаточным.



Больной с органическим поражением головного мозга исследовался по третьей серии (дифференцирование фонем): 8. Успех (1,4 сек), 9. Голос (1,6 сек), 10. Кружка (не повторяет). 11. Платье (1,4 сек), 16. Хворост (4,0 сек)... 20. Дерево (1,2 сек), 21. Герань (3,6 сек).

В этом протоколе отчетливо выявляется затруднение в дифференцировании «Г» и «Х» от «К». Таких затруднений у здоровых, как правило, не отмечается. Этот же больной далее повторяет с значительно удлиненным реактивным временем слово «Буква» (5,0 сек). Весьма нередко больные с трудом дифференцируют слова, начинающиеся с буквы «К», от слов, содержащих эту букву посредине.

Уже говорилось о пользе исследований при помощи электро-многографа. Полезны приборы, позволяющие регистрировать громкость, интонацию и пр. Очень полезен при исследовании речи магнитофон.



## ПАМЯТЬ

**Память — свойство психики.** Память — одно из важнейших и необходимейших свойств психики.

В животном мире по мере развития центральной нервной системы развивается способность образовывать, накапливать и использовать в известной мере опыт. И. П. Павлов, его сотрудники и ученики убедительно показали, что основным механизмом этой способности является условный рефлекс.

Система условных рефлексов лежит в основе и человеческой памяти со всеми ее особенностями. Эти особенности возникают на основе высокого уровня развития мозга человека и образования второй сигнальной системы в ее постоянном взаимодействии с первой.

Человек в течение всей своей жизни накапливает огромный подлинно человеческий опыт, на который в разной мере и форме опираются все виды его поведения, его деятельности. Даже такие относительно элементарные филогенетически predetermined формы поведения, как ходьба или еда, формируются у детей под влиянием научения, взаимодействия со средой. Следы прежних действий, восприятий, мыслей, переживаний, чувств входят в многосторонние системы связей. В соответствующих ситуациях эти связи восстанавливаются или, как принято говорить, актуализируются в той или иной форме и влияют на деятельность человека, на его восприятие и мышление, чувства и мотивы действий, на всю личность. С. А. Саркисов в последние годы высказал предположение, что скорее всего связаны с запечатлением следов звездчатые клетки коры головного мозга с короткими аксонами; та же мысль высказана И. С. Беритовым в отношении паукообразных клеток.

Некоторые авторы чрезмерно расширяют понятие памяти, нередко делая это под прикрытием термина «мнема», что по



гречески означает ту же память. Kretschmer, присоединяясь к мнениям таких авторов, писал о мнеме, как о способности организма удерживать следы влияния на него прежних раздражителей и использовать их далее в процессе приспособления к окружающей среде. Исходя из такого понимания, Kretschmer рассматривает как мнему даже иммунитет, образовавшийся в организме после перенесенной болезни. Вместе с Bleuler, Kretschmer относит такие следовые свойства организма, близкие по форме, к психическим процессам, к «психоидам».

Конечно, в процессе жизни в организмах фиксируются в той или иной форме следы различных на него влияний. Эти особенности организма родственны памяти, психическим процессам, но нет нужды в связи с этим говорить о «психоидах» и смешивать, в частности, свойства памяти человека с непсихическими процессами в его организме. Процессы памяти — психические процессы; память человека — необходимое свойство психики человека. Любая форма психической деятельности человека опирается на память.

**Память и мозг.** Некоторые авторы пытаются оторвать память полностью или частично от мозга, другие — локализовать память в одном каком-либо участке мозга. Эти концепции, конечно, неверны. Физиологическая основа памяти — система условных рефлексов. Память — общемозговая функция, в которой участвуют все разделы головного мозга, а также и подкорковые образования, вся система связей в головном мозгу. Вполне понятно, что память, теснейшим образом связанная с анализаторами и с речью, тесно связана и с соответствующими участками головного мозга. Накапливаются данные, говорящие о вероятной роли в обеспечении памяти и биохимических процессов.

Благодаря накопленному клиникой опыту, представляется бесспорным большое значение для памяти височных долей, особенно в «доминирующем» полушарии. Поражение левой височной доли у правшей весьма часто связано с наличием *амнестического синдрома*, т. е. синдрома, в котором особенно заметную роль играют различные нарушения памяти. Интересны данные Penfield, который во время операции, раздражая височную область, вызывал у больного образы воспоминаний. Классическое описание характерного амнестического синдрома принадлежит С. С. Корсакову (корсаковский психоз). Многие авторы отмечали нарушения памяти при поражениях в области *corpora mammillaria*. В последние годы ряд авторов (Maier и др.) показали, что у животных поражение в области мозолистого тела снижает способность обучаться в связи с нарушением совместной деятельности полушарий. Вполне вероятна роль и ретикулярной формации в этих нарушениях. Вместе с тем никак нельзя согласиться с мнением Penfield, что координация нервных им-



пульсов, без которой невозможны ни запоминание, ни воспоминание, в основном определяется не в коре головного мозга, а в так называемой им центрэнцефалической системе, которую он локализует в переднем отделе мозгового ствола.

**Процессы памяти.** Специальными процессами памяти человека обычно считают процессы запоминания, воспроизведения, припоминания и узнавания.

Память, как общее свойство психики, участвует во всякой форме психической деятельности. И не выступая как особая форма такой деятельности, она проявляется как необходимое ее условие. Человек говорит, употребляя хорошо знакомые ему слова, не думая о том, что эти слова им воспроизводятся из прошлого опыта. Но если человек говорит на мало им усвоенном иностранном языке или припоминает новые для него термины, процесс воспроизведения следов ранее приобретенных слов осознается им именно как воспоминание или припоминание.

Так же и больной человек, страдающий расстройством памяти или вызванным локальным поражением головного мозга нарушением речи, может в соответствующих случаях осознать, что он припоминает нужное слово. Процесс воспроизведения при этом деавтоматизируется, и его нарушение для самого больного или только для окружающих становится очевидным.

«Автоматизированное» воспроизведение, использование опыта и знаний личности, выступающее внутри других психических процессов, не относится, обычно, к процессам памяти. Заболевшему образованному человеку может оказаться нужным вспомнить, сколько получится при сложении двух однозначных чисел. Теперь лишь процесс этого простейшего арифметического действия «деавтоматизировался» и выступает, как процесс припоминания, т. е. как собственно процесс памяти.

Наиболее ранние проявления способности образовывать условные связи отмечаются при нормальном развитии ребенка в возрасте около 15 суток. Постепенно круг условных связей расширяется. В возрасте около 6 месяцев уже возникают условнорефлекторные связи со всех анализаторов. Здоровый ребенок в этом возрасте (и раньше) явно отличает наиболее знакомые предметы и лица и на них избирательно реагирует. Так закладывается основа способности узнавания.

Несколько позднее возникают первые проявления, близкие к *воспоминанию*. Ребенок в возрасте около года может в ответ на слова «где мама?», «идет мама», смотреть по сторонам, улыбаться и т. д. Постепенно соответствующие условные связи укрепляются. Удлиняется *скрытый период воспроизведения*, т. е. ребенок бывает уже способен к воспроизведению более давно воспринятого.

На третьем году жизни ребенок способен воспроизводить (вспоминать) то, с чем он ознакомился и несколько недель тому



назад. На четвертом году жизни этот период может уже удлиниться до нескольких месяцев и более. Прочные связи, дающие возможность вспомнить в будущем события детских лет, обычно образуются с 4—5 и позже лет. Нестойкость следов в раннем возрасте, можно думать, связана с особенностями мозга на этом этапе развития и характером усвоения воспринимаемого.

Память у детей имеет преимущественно чувственный характер. Преобладающую роль в ней играет первая сигнальная система и эмоциональные моменты. Развитие памяти в высокой мере зависит от условий жизни, от воспитания и обучения. У больных детей специальные педагогические мероприятия могут положительно влиять на развитие у них памяти.

Примерно в возрасте 4—5 лет у правильно развивающегося ребенка возникает способность произвольно запоминать. Осмысленное запоминание в основном развивается у детей с развитием речи. При этом нарастает значение *опосредованного* запоминания, которое опирается на построение смысловых связей. Например, ребенок становится способным запомнить слово, образовав связь его с показанной ему картинкой и т. п. (А. Н. Леонтьев).

В школьные годы все больше выявляется развитие способности запоминания абстрактно-словесного материала. При исследовании учащихся 6—7—8-х классов в лаборатории, руководимой А. А. Смирновым, было установлено, что с возрастом общее число абстрактных мыслей, воспроизведенных детьми, заметно нарастает.

Меняется при этом и характер запоминания конкретного материала, нарастает количество и качество знаний, развиваются способы активного приобретения новых знаний. С возрастом все больше и больше выявляется логическая переработка запоминаемого материала, его систематизация, его обобщение, установление связей накапливаемых с практическим опытом.

С переходом к более зрелому возрасту память приобретает все большую направленность, обеспечивающую все более высокие возможности накопления и организации опыта, а также оперирования им. Интерес к материалу, глубокая его переработка, его осмысливание способны полностью компенсировать несовершенство памяти. В связи с этим интересным представляется высказывание А. Эйнштейна в его автобиографии. Он здесь пишет о себе, студенте: «Я был мало приспособлен к заучиванию и обладал плохой памятью». В пожилом возрасте память часто несколько снижается. У здоровых пожилых людей это ослабление, если и возникает, может в значительной мере компенсироваться опытом, целевой направленностью, организацией труда.

Запоминание может быть на определенном уровне развития психики специально направленным активным процессом. В этих



случаях перед человеком стоит сознательно поставленная задача — нечто запомнить, прочно удержать в памяти.

Память всегда в какой-то мере избирательна. Далеко не все воспринимаемое запоминается или одинаково запоминается. Вместе с психическим развитием избирательность становится в большей мере подчиненной воле, становится более сознательной. В психологии вообще и в медицинской психологии, в частности, должны изучаться: 1) процессы, сознательно направленные на лучшее запоминание, и 2) способность удерживать в памяти то, что субъект не ставил своей задачей запомнить. Эти две группы психических процессов между собой связаны.

Основной фонд памяти человека состоит из того, что в свое время было отмечено его сознанием. То, что воздействовало на человека, не достигая порога сознания или недостаточно осознаваясь человеком, может также оставить след в психике, который в соответствующих условиях проявляет себя.

Наиболее запоминается, как показано рядом исследований, то, что было в опыте связано с достижением поставленной цели. Но и то, что встречалось на пути человека вне целевой деятельности, на что не было направлено его внимание и не было отмечено сознанием, может в той или иной мере сохраниться в памяти, хотя менее четко и менее прочно. Такого рода запоминание может быть отнесено к категории, близкой к так называемому «латентному обучению» животных (Buxton, Stevenson и др.).

Опыт, например, позволяет нам правильно соотносить длину руки с расстоянием до предмета, который мы хотим взять, хотя наше сознание могло и никогда не останавливаться на длине руки. Фантом ампутированных, т. е. ложное чувство наличия у человека ампутированной конечности, есть выражение следов в головном мозгу прежних раздражений от этой конечности, которые могли и не достигать порога сознания. Этого рода накопление опыта обычно не относится к основному фонду памяти. Но особенно в медицинской психологии эта область опыта, способность правильно пользоваться ею, является в ряде случаев весьма важным объектом исследования. Представляется весьма существенным, что часто при наличии того или иного мозгового заболевания или остаточных после него явлений, фантом не образуется или крайне нестойк. При снижении уровня мозговой деятельности условные связи, не достигающие сознания, так же нарушаются, как и те, которые лежат в основе подлинной, сознательно направленной памяти.

Нарушения представлений о собственном теле могут вести к возникновению так называемых нарушений схемы тела, в некоторых случаях с потерей различения правой и левой стороны, снижением способности различения пальцев и т. п. Боль-



ной, например, не может показать указательный, средний и т. д. пальцы (*пальцевая агнозия*).

Физиологическая основа памяти — условные связи. Вместе с тем не всякое нарушение условных связей целесообразно отождествлять с нарушением памяти. Например, нарушаются при некоторых заболеваниях условные связи, регулирующие функции внутренних органов. На отправления кишечника и другие процессы в организме влияют условные связи. Но и их нет оснований относить к памяти.

Актуализация условных связей может иногда вступить и в противоречие с памятью, как сознательным в основном процессом. В комнате переменили место телефона, и в первые дни жилец этой комнаты, желая поговорить по телефону, автоматически направляется к прежнему месту его, хотя, если его спросят, где находится телефон, он всегда ответит правильно (различие между осознанным и автоматическим действием). Особенно могут усиливаться такие противоречия при ряде нервно-психических заболеваний.

**Прочность запоминания** зависит от ряда причин: активности его процесса, состояния мозга, повторности ознакомления с материалом, интереса к материалу, целенаправленности заучивания. Глубокое осмысливание и продумывание материала весьма повышают уровень запоминания. При исследовании некоторых больных особенно отчетливо выступает отрицательное влияние на запоминание снижения интересов и патологическая перестройка эмоциональной сферы.

Одна больная (болезнь Пика) с резким снижением интеллекта, с обеднением интересов и эмоций не могла никак вспомнить, что её навещала и только что от неё ушла её родная сестра, но помнила, что у неё в тумбочке лежат яблоки (принесенные только что этой сестрой).

Если у здоровых и у многих больных отчетливо выявляется лучшее запоминание того, что эмоционально окрашено, что им особенно приятно или неприятно, то некоторые, преимущественно страдающие неврозами, нередко больше всего забывают то, что им особенно неприятно, тяжело. Эти амнезии имеют временный характер. Больные эти обычно в той или иной форме отвергают напоминаемое им врачом забытое.

Чем больше связывается многосторонними связями новый материал с прежним теоретическим или практическим опытом, а также со стоящими перед человеком задачами, тем прочнее запоминание. Об этом также говорят особенности профессиональной памяти, в частности у врача. Улучшает запоминание одновременное участие в процессе познания всех или многих анализаторов первой сигнальной системы вместе с речью и мышлением.

Роль сознания в процессе запоминания, в частности, находит выражение в том, что то, что воспринимается, мыслится



в состоянии измененного сознания, не удерживается в памяти или удерживается неточно, неполно, расплывчато. Отчасти это относится к сновидениям и к состоянию дремоты. Некоторые больные в измененном состоянии сознания способны совершать достаточно сложные целенаправленные действия, позднее о них ничего не помня (психический или *амбулаторный автоматизм*). Мы полагаем, что термин «автоматизм» здесь не вполне уместен. Очевидно, сознание в этих действиях не отсутствует. Они совершаются не вовсе без сознания, но при измененном его состоянии, скорее всего при сознании, измененном в отношении объема сознаваемого. По-видимому, явления «амбулаторного автоматизма» могут быть рассматриваемы как одна из иллюстраций того положения, что на разных уровнях сознания, при различных фазах торможения ассоциативные связи по-разному устанавливаются, закрепляются и в соответствии с этим в дальнейшем воспроизводятся.

Вместе с тем, надо отметить, что особенно за последние годы накопились факты иного порядка. Сюда относятся опыты по *гипнопедии*, обучению спящего человека путем чтения ему соответствующего материала. Вероятно, во сне у некоторых людей скорее устраняются раздражители, отрицательно воздействующие на процесс запоминания, вызывающие рассеивание внимания.

Вопрос о гипнопедии в целом требует еще серьезного изучения, в частности, с психогигиенической стороны.

**Заучивание.** Характерный вид активного, целенаправленного запоминания — заучивание. Оно становится возможным и формируется как в процессе исторического развития, так и в процессе развития психики у отдельного индивидуума. Заучивание связано со способностью и умением овладевать процессом запоминания, строить его активно наиболее благоприятным для запоминания способом. Огромную роль в развитии способности заучивания играет обучение и специальная тренировка, наличие соответствующих задач, возникающих у человека потребностей.

Болезнь, ведущая к расстройству функций головного мозга, в ряде случаев делает невозможным заучивание или резко снижает его возможности. В то же время высокие возможности запоминания, преимущественно произвольного и осмысленного, наблюдаются в некоторых случаях глубокой олигофрении.

В развитии процессов запоминания у здоровых людей важнейшую роль играет овладение смысловыми связями. Так называемое *механическое запоминание*, не основывающееся на осмысливании и понимании материала, в процессе развития все более заменяется запоминанием глубоко осмысленного материала.



Нередко у пожилых людей, у страдающих негрубыми нарушениями сосудов головного мозга некоторое снижение памяти может компенсироваться именно за счет глубокого осмысливания материала.

Иногда запоминанию помогает специальная мысленная организация подлежащего усвоению материала: рифмование его, искусственное установление его связи с внешними и вообще несущественными для него словами, числами, предметами (*мнемотехника*). Например, можно облегчить себе запоминание номера телефона 9-27-63, уловив, что здесь представлены три девятки.

У некоторых людей отчетливо выступает частично обусловленная наследственной предрасположенностью в большей мере воспитываемая и приобретенная в опыте зависимость качества и прочности запоминания от того, какие именно анализаторы в основном участвовали в восприятии соответствующих объектов. У одних особенно выделяется преимущество зрительной памяти — запоминания, воспринимаемого глазом. Некоторые художники способны, посмотрев на человека, по памяти его нарисовать. При наличии такой способности говорят о *зрительном типе* памяти.

Другие люди особенно хорошо запоминают то, что было связано с движениями, в частности то, что было записано — *двигательный* или *кинестетический тип* памяти. Конечно, записывание должно здесь рассматриваться не только как двигательный акт, а во всей его сложности. Записывание — речевой процесс. Оно помогает большему сосредоточению на материале. Поэтому ведение различных записей, конспектов, цитат и т. п. полезно не только тем, что образует материал, по которому потом можно повторно знакомиться с ранее узнанным. Записывание содействует и самому запоминанию. Ведение записей разгружает память, помогает компенсировать небольшое снижение ее при болезни. Полезность записей в большой мере зависит от системы их ведения, а также от правильного их хранения, облегчающего пользование ими. Улучшает запоминание повторное просматривание записей, особенно в ближайшее время после того, как запись сделана.

Следы восприятия предметов и явлений могут сохраниться и впоследствии актуализироваться в виде чувственных *представлений*: зрительных, слуховых, кинестетических (двигательных), осязательных и пр. У здоровых людей эти представления бывают более или менее яркими. При различных заболеваниях чувственные представления в одних случаях становятся более яркими или, наоборот, более тусклыми, они могут и вовсе не возникать, в частности, в сновидениях (последнее отмечал А. М. Гринштейн при опухолях затылочной области). У взрослого человека часто играет особую важную роль память на слова



и мысли. Преобладание этого вида памяти дает основание говорить о *словесно-абстрактном типе памяти*.

Можно говорить и о *памяти чувств* (эмоций). Пережитые человеком горе, радость, страх и пр. могут оставить после себя актуализируемые, иногда вместе с вегетативными реакциями, присущими этим эмоциям, следы. В одних случаях репродукция этих эмоций связана с воспоминанием о тех переживаниях, при которых они возникали, в других же такие эмоциональные следы более или менее отделяются от памяти о соответствующих переживаниях и в какой-то мере генерализуются и переносятся на другие переживания. Такая генерализация особенно часто и резко выражена при истерии. У детей и у некоторых больных можно говорить о преобладании или особенно большой роли именно памяти чувств.

**Процессы репродуцирования.** Без прочного запоминания нет и хорошего репродуцирования. Эти две стороны памяти тесно связаны. Нередко трудно или даже невозможно сказать, недостаточно ли закреплены были те или иные факты или явления в памяти или же создались неблагоприятные условия для оживления соответствующих следов. В патологии часто бывает невозможно достаточно уверенно решать этот вопрос. Воспроизведение в памяти того или иного материала может осуществляться в различных ситуациях, на основе различных связей, которые образовались при запоминании. Например, больной со сниженной памятью не сумел вспомнить название столицы одной из республик Советского Союза, которое начинается с буквы «К». Но он же может сразу вспомнить, какая из этих столиц находится на Днепре. Первая связь не актуализируется, а вторая актуализируется. Иногда люди не узнают человека по внешнему виду, но узнают по голосу и т. д. Эти особенности репродукции зависят от ряда условий: от особенностей процесса запоминания материалов, от общего состояния памяти и интеллекта, от ситуации, в которой материал припоминается, от общего состояния центральной нервной системы и психики как в момент запоминания, так и в момент репродуцирования.

Человек может, заболев, забыть то, что всегда до болезни хорошо знал. В таких случаях нет оснований думать, что он не вспоминает потому лишь, что плохо в свое время усвоил, хотя и этот момент здесь явно имеет значение. При всякой почти амнезии все же труднее вспомнить то, что было менее закреплено в опыте. При такого рода амнезиях болезнь, можно думать, образовала условия, при которых запасы памяти оскудевают или затруднены моменты мобилизации этих запасов. Нередко и здоровые, особенно же часто больные люди, в одной ситуации или в одном состоянии не могут вспомнить что-либо или узнать кого-либо, а в другой раз с такой задачей справляются. Одна ситуация более способна актуализировать реп-



родукцию, а другая, наоборот, более способна тормозить ее. Забыв, уходя из дому, взять тетрадь для записи лекций, студент вспоминает об этом тогда, когда он подходит к аудитории, где читается лекция.

Может влиять на процесс репродукции состояние утомления. Утомленный человек хуже припоминает. Мешает припоминанию направленность основного внимания человека на другие задачи и объекты. Может быть, с этим связано наблюдение Schilder и ряда других авторов о том, что в состоянии гипноза не только при психогенных, но и при некоторых обусловленных органическими заболеваниями нарушениях памяти больным удастся вспомнить значительно больше, чем в бодрственном состоянии. Внушение в гипнотическом состоянии может способствовать концентрации внимания, снять посторонние мысли и облегчить репродукцию. В этого рода случаях, вероятно, можно считать основным нарушение репродукции.

Такие нарушения репродукции нельзя понимать узко. Говоря «нарушение репродукции», мы имеем в виду определенную характеристику состояния психики больного, а не только лишь отдельного момента в его психике — памяти. Заслуживают внимания так называемые *гипермнезии*, наблюдаемые при некоторых заболеваниях: при маниакальном возбуждении, при некоторых инфекционных психозах. И. Ф. Случевский описал студентку-медичку, которая в состоянии кратковременного психоза малярийного происхождения цитировала дословно большие разделы учебника по анатомии, хотя вообще, судя по ее ответам, которые от нее можно было получить, когда она была здорова, ее знания по анатомии представлялись «довольно посредственными». И эти наблюдения говорят о зависимости способности воспоминания от общего состояния психики.

В патологии особенно отчетливо выступает невозможность, вспомнив что-либо, правильно отнести его ко времени, месту, ситуации, в которой оно впервые вошло в фонд памяти. При некоторых заболеваниях психики прошлое сливается с настоящим, принимается больным за настоящее (*эклинезия*).

Один известный английский поэт в глубокой старости читал друзьям давно им написанные стихи, считая, что он их только что сочинил. Воспоминание не осознается здесь в своей связи с прошлым, не существует в сознании, как воспоминание. Такие нарушения воспоминания принято называть *криптомнезиями*. Такого рода неосознаваемые воспоминания имеют место порой и у здоровых людей, которые воспроизводя то, с чем встречались в раннем детстве, не знают, что это — воспоминание. Guhle приводит интересный случай криптомнезии в сновидении. Человек, о котором идет речь, не был на родине 20 лет. Он решил поехать в родные места. Накануне отъезда туда ему снилась незнакомая местность, где он беседовал с незнакомым



человеком. По приезде он оказался в местности, снившейся накануне, и встретился там с человеком, которого видел в этом сне. Выяснилось, что это близкий друг его отца, часто бывавший у них в доме. Во сне этот человек приснился ему моложе, чем он его видел теперь. Ggihle замечает, что такого рода сновидения нередко принимаются за «пророческие».

Некоторые больные (истерический психоз и др.), вспоминая события своей юности, полагают, что они имели место совсем недавно. Иногда не различают настоящего от прошлого. Старая женщина может считать себя молодой девушкой, проживающей в доме родителей.

Здоровый человек восстанавливает в памяти прошлое без существенных изменений, без искажений. Вместе с тем, должно учитываться, что на то, что сохранилось в памяти, в той или иной мере накладывается более поздний опыт, вновь образовавшееся понимание фактов и новое отношение к ним. Не всегда сознание способно *полностью* отделить вспоминаемое от этих наслоений, этих влияний. Нередко то, что нам представляется воспоминанием о том или ином событии, фактически является репродукцией наших более поздних припоминаний его или мыслей о нем. Время может изгладить из воспоминаний о событиях, людях и т. д. некоторые детали, а иногда заменить или дополнить их другими.

Детям-невротикам, особенно истеричным и некоторым другим больным, бывает присуща склонность к эмоциональному, так называемому *кататимному* (термин введен Maier) преобразованию фактов при их воспроизведении. Дети и некоторые больные в ряде случаев замещают или искажают воспоминания *конфабуляциями*. Извращения памяти — *парамнезии* (термин Крепелина) нередки у больных со старческими психозами.

Р. Я. Голант отличала от конфабуляций *псевдореминесценции*, характеризующиеся большей устойчивостью, повторно высказываемые больными. Конфабуляции преимущественно относятся к настоящему, а псевдореминесценции — к прошлому.

Некоторые психиатры (Ggüntal, Pick и др.) отмечали роль установки личности в амнестических синдромах. Характерно в этом отношении поведение ряда больных с синдромом анозогнозии. Такие больные не только не сознают должным образом свою болезнь, но и часто говорят о недавних событиях в соответствии с отрицанием болезни. Больной, который давно не вставая лежит в постели с левосторонним параличом, может утверждать, что он вчера весь день ездил по служебным делам. Он этим как бы подкрепляет свое убеждение, что он не болен, подчиняясь создавшейся единой установке личности, образовавшейся под влиянием болезни.

Воздействие патологических установок личности на память нередко наблюдается при так называемых *реактивных состоя-*



ниях (функциональные изменения психики под влиянием тяжелых переживаний). В таких случаях амнезия распространяется на отдельные системы событий, например, на все, что связано со смертью дорогого человека, и отличается обычно кратковременностью. В этого рода случаях говорят о системных амнезиях.

Кратковременными могут быть и некоторые амнестические синдромы органического генеза. Poser и Zigler описали больных с амнестическими синдромами длительностью от 15 минут до 12 часов, возникшими на почве ишемии в височной доле мозга.

**Узнавание.** Удержанное в памяти может проявить себя в процессе *узнавания*. В узнавании следует различать переживание знакомости, отождествление воспринимаемого с сохраненным в памяти образом, отнесение этого образа к определенному месту, времени, ситуации.

В нарушениях узнавания следует различать собственно гностические расстройства, агнозии, от расстройств памяти.

Как процесс памяти узнавание у больных с соответствующими нарушениями может быть более сохраненным, чем другие процессы воспроизведения прошлого опыта. Человек, будучи не в состоянии вызвать в памяти зрительный образ знакомого, когда увидит его вновь, может узнать. Узнавание в таких случаях как бы опирается на латентное представление. Восприятие реального объекта — наиболее сильный стимул для оживления представления.

В ряде случаев узнавание выступает для сознания как процесс памяти. Например, увидев кого-нибудь или что-нибудь, человек может сразу установить, кто он, а потом вспоминает, сознательно устанавливает идентичность увиденного с тем образом, который у него сохранился от прежней встречи. Узнавание легче удается, если его объект предстает в той ситуации, в которой он ранее встречался. Эта закономерность находит иное и яркое выражение при некоторых формах агнозии. При хорошем знакомстве с встреченным человеком (или предметом) процесс идентификации проходит как бы автоматически, без выделения сознанием субъекта момента воспоминания или припоминания.

При ряде заболеваний, часто при склерозе сосудов головного мозга, эта идентификация может быть затруднена и в отношении хорошего знакомого. Узнавание, как и любая другая форма психических процессов, осуществляется на сложном психическом фоне, при участии различных сторон психики. При узнавании может быть выражен более или менее отчетливо эмоциональный момент, большая или меньшая уверенность в правильности узнавания, особое переживание знакомости и пр. В этом отношении представляют значительный интерес



патологические явления. Хорошо известно в психиатрии явление *déjà vu* (уже виденное), лишь изредка отмечаемое у здоровых людей. В этих случаях новое воспринимается как нечто знакомое, хотя человек и знает, что он воспринимает это впервые (знание и переживание здесь как бы расходятся). Противоположное явление получило название *jamais vu* (никогда не виденное), знакомое в какой-то мере переживается как впервые встречающееся, хотя и здесь субъект знает, что он с этим знаком. Своеобразное расстройство узнавания представляет *агнозия лиц*, т. е. неспособность узнавания людей по их лицу.

**Припоминание.** Когда воспоминание требует усилий, осуществляется не сразу, а с известными затруднениями — говорят о процессе припоминания. Припоминающий напряженно вызывает в памяти событие, факт и т. п. или то, что может явиться ступенью к достижению искомого, то, что связано с ним и может помочь его возникновению в сознании. Активное припоминание протекает внутри своеобразного сложного процесса, который представляет как бы настройку сознания на систему, к которой относится припоминаемое. Процесс припоминания — одно из проявлений активности сознания.

Процесс припоминания, как правило, содержит в числе условий, необходимых для его возникновения, наличие в сознании возможности припомнить. Одна больная, страдающая опухолью головного мозга, отвечает на вопрос о названии столицы Англии: «Забыла... Я знаю... знаю... сейчас... нет..., знаю... Лондон» (многоточие здесь обозначает паузы). Больная не выносит включения в громкую речь других слов, ассоциативно связанных с искомым, как это нередко наблюдается при подобных нарушениях. Ее поиски нужного слова проходят иначе: она не делает попыток произнести другое название. Все названия городов, кроме Лондона, своевременно здесь тормозятся, как неподходящие. На них распространяется индукционное торможение от очага возбуждения, соответствующего искомому слову. Вероятно, этот очаг возбуждения, еще не достигшего уровня, который сделает возможным произнесение слова «Лондон», определяет и переживание знания этого слова.

У здорового человека такого рода построение процесса припоминания также возможно, но в отношении менее упроченных в прежнем опыте знаний.

Иногда при относительно более тяжелых нарушениях психики попытки больного нечто припомнить уводят его к побочным связям и приводят процесс припоминания к тупику.

Другая больная пытается вспомнить название столицы Болгарии и говорит: «Будапешт, это — столица Венгрии. Болгария — хороша страна Болгария. Еще оттуда фрукты. Кишинев — нет — Кишинев — Молдавия». На этом она прекращает попытки найти нужное название. Она ничем не выражает не-



удовлетворенности неудачей. Все говорит за то, что она и не осознает неудачи. Возникающие здесь ассоциации все больше теряют соответствие с задачей и уводят больную от задачи. Ясно, что у второй больной нарушение памяти значительно глубже, чем у первой.

**Формы амнезий.** Говоря о соотношении запоминания и воспроизведения, конечно, необходимо учитывать длительность промежутков времени между этими двумя моментами. Особенное значение это различие имеет в медицинской психологии.

Что касается воспроизведения только что воспринятого, то его многие авторы вообще относят не к памяти, а к способности *примечания*. Пожалуй, все же правильнее и здесь говорить о практически нередко очень важном виде памяти на только что воспринятый материал. Особенности этого вида памяти в норме и в патологии могут представляться иными, чем качественные особенности запоминания в какой-то мере давно воспринятого материала. Но все же большей частью возможности этих двух видов памяти близки между собой.

Объем удерживаемого при первом ознакомлении с материалом обычно весьма ограничен и в высокой мере зависит у здорового человека не столько от количества элементов получаемой информации, сколько от психологической структуры воспринимающего. Это, в частности, в последнее время подтверждается и уточняется рядом исследований в области кибернетики. Большое значение имеет при этом отношение запоминающего к запоминаемому. Способность удерживать в памяти только что воспринятое очень важна при выполнении сложных действий, где предшествующая операция определяет последующие (*оперативная память*). Конечно, необходимо различать и способность вспоминать то, что было недавно (не только что) и очень давно.

При локальном поражении участков коры головного мозга может быть выключено то или иное звено сложной функциональной системы памяти. Так, например, при поражении теменно-затылочных отделов мозга может наблюдаться нарушение кратковременной (оперативной) памяти зрительной системы. Наблюдавшийся И. М. Тонконогим (Психоневрологический институт им В. М. Бехтерева) больной с поражением этих отделов мозга вследствие нарушения мозгового кровообращения по типу размягчения не мог нарисовать на память контурный рисунок — профиль человека (рис. 7). У него в зрительной кратковременной памяти практически ничего не удержалось. Особенностей предъявленного профиля больной не запомнил и использовал при срисовывании на память «типовое» изображение профиля человека, хранящееся в долговременной памяти.

Психиатрическая клиника, в частности, выделяет среди амнестических синдромов *антероградную* и *ретроградную* амнезии



(Ranschburg и др.). При первой из них больные преимущественно забывают то, что было непосредственно после заболевания или травмы черепа, при второй — то, что было непосредственно до заболевания, травмы. Деление это является в большей или меньшей мере относительным. Можно думать, что при антероградной амнезии часто большую роль играет патология процесса запоминания. В связи с этим некоторые психиатры говорят об этой форме амнезии как об амнезии фиксации. Такие амнезии, как отмечал С. С. Корсаков, иногда возникают при остро протекающих заболеваниях, например,

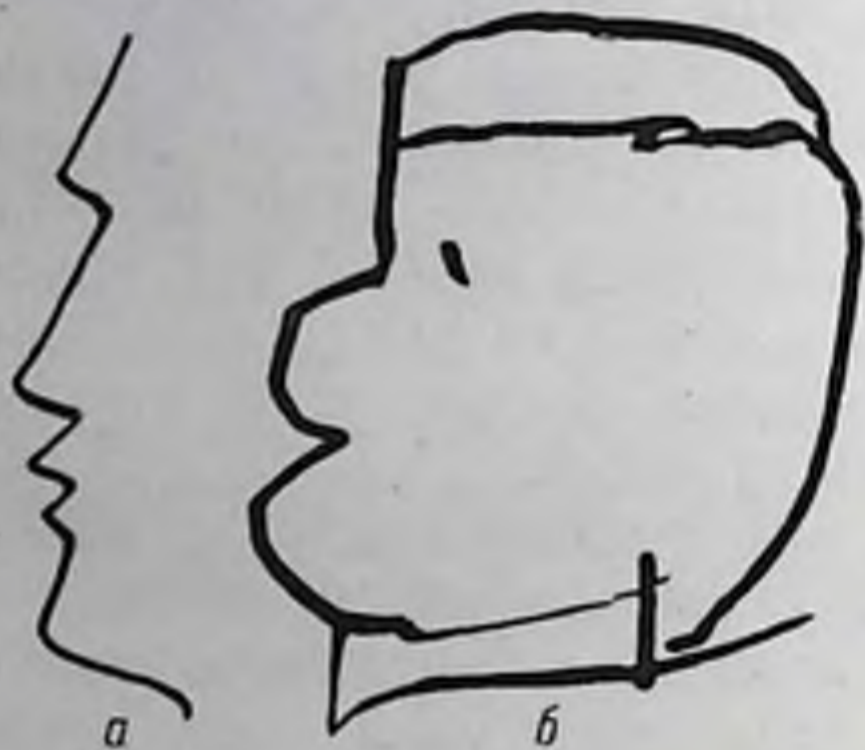


Рис. 7. Воспроизведение профиля человека больным с поражением теменнозатылочной области мозга

а — образец; б — копия.

при травмах головы, при тифе и пр. В таких случаях после выздоровления, или полного или относительного, соответствующий период жизни иногда выпадает из памяти и образуется так называемая *лакунарная* амнезия. Все же надо отметить, что после травмы выпадает часто и небольшой период времени, ей предшествовавший.

С. С. Корсаков описал названный его именем синдром, при котором утрачивается память на события недавнего прошлого. Больные не могут ответить на вопрос о том, обедали ли они, хотя

они только что пообедали, измеряли ли у них температуру, хотя только что у них вынули термометр. Вместе с тем нередко в поведении таких больных явно бывает выражено влияние предшествующих событий, которые они только что не могли припомнить.

При ретроградной амнезии можно учитывать две связанные между собой возможности: 1) перестройку под влиянием болезни фонда памяти за счет нарушения ассоциативных связей, снижения интеллекта и пр., 2) нарушение самого механизма репродукции.

**Исследование нарушений памяти и его значение в клинике.** Установление нарушения развития памяти, постоянной ее недостаточности или наступившего снижения у ребенка или у взрослого имеет значение не только для врача-психоневролога, но и для врача любой другой лечебной специальности: педиатра, эндокринолога и пр. Нарушения памяти, больше чем другие нарушения психики, обращают на себя внимание самих больных и окружающих. Эти нарушения сигнализируют иногда не только о нервно-психических, но и о соматических заболеваниях, например, о некоторых эндокринных заболеваниях, забо-



леваниях сердца, о состояниях после инфекций, отравлений, об атеросклерозе, а также о переутомлении. Установление нарушений памяти и определение их характера помогает понять общее состояние психики в целом, общее состояние центральной нервной системы, может облегчить в ряде случаев диагностику, определить нужные лечебные и компенсирующие мероприятия.

Сообщение больного (или близких к нему людей) о том, что у него плохая память, не может быть принято без серьезной проверки. Больные с тяжелыми нарушениями памяти могут думать и говорить, что у них память «немного» пострадала или вовсе не пострадала. И, наоборот, больные с незначительным снижением памяти могут это тяжело переживать и говорить, что память у них нарушена значительно.

Приходится иметь в виду, что нередко за снижение памяти принимаются расстройства, которые никак сюда не относятся (*псевдоамнезии*).

Мы, например, неоднократно у больных, жалующихся лишь на расстройство памяти, могли констатировать подлинную амнестическую афазию.

Для суждения о памяти больного врач должен пользоваться правильно построенным опросом больного и в ряде случаев также окружающих его людей, данными наблюдения за поведением больного и материалами экспериментально-психологического его исследования.

Сопоставление всех полученных материалов, в частности, дает возможность выяснить, с должной ли критикой больной оценивает имеющиеся у него нарушения памяти или же, наоборот, не преувеличивает ли он имеющиеся у него болезненные явления.

Врачу следует выяснить, вынужден ли больной вести себя в быту и на работе как человек со сниженной памятью: стал ли он больше, чем раньше, пользоваться записями, способен ли он восстанавливать в памяти те или другие факты из приобретенных ранее знаний, из жизненного его опыта. Характер соответствующих вопросов, их содержание и форма, их последовательность должны, конечно, определяться особенностями личности больного, его состоянием, уровнем его развития и образования. Особенности такого рода опроса значительно его приближают к экспериментально-психологическому исследованию.

При таком опросе больного, в частности, следует проверить, помнит ли он недавно прошедшие события, более давние события, имена окружающих, даты. Следует выяснить сохранность знаний иностранных языков, если больной в какой-то мере ими раньше владел, удерживает ли он в памяти то, что было усвоено наизусть. Желательно специально исследовать сохранность



зрительных образов, например, проверить, узнает ли больной портреты известных ему ранее людей, сохранилась ли музыкальная память такой, какой она была раньше, и т. п.

Очень важно во время опроса выяснить, какие области прежних знаний, прежнего жизненного опыта, более сохранились, какие преимущественно выпали.

Следует обратить внимание на то, может ли больной сразу ответить на соответствующие вопросы, долго ли он припоминает; или может быть, он лучше вспоминает тогда, когда от него уже не ждут ответа, когда его уже переключают на другой вопрос (охранительное торможение при трудности припоминания).

Конечно, нужно отличать в памяти западения, вызванные болезнью от недостатков памяти, возможных у здорового человека.

Ответы больных на соответствующие вопросы врача дают возможность судить о степени и характере нарушений памяти и их развитии, их динамике, что бывает особенно важно. Приведем примеры.

Перенесший на войне тяжелую травму головы инженер в 1950 г. отвечает на вопрос, когда началась Великая Отечественная война: «15—20 июня 1940 г.» Конечно, эту ошибку нельзя не рассматривать у этого больного, как проявление патологического снижения памяти. Вместе с тем, следует учесть, что больной здесь обнаружил лишь относительно негрубое нарушение дифференцировки.

Грубее выглядит нарушение локализации событий во времени у другой больной. Женщина-педагог в феврале 1946 г. на вопрос, когда окончилась война, отвечает: «Два месяца тому назад». Здесь мы не можем не увидеть не только сдвигание известной даты, но и выражение патологически измененной ориентировки в текущем времени.

Больная с опухолью головного мозга (лобная область) знала до нынешнего своего тяжелого состояния одного врача. Она теперь всех врачей-мужчин называет фамилией этого врача. Она правильно ответила на вопрос «сколько ей лет» — «30». Но тут же, отвечая на соответствующий вопрос, говорит, что теперь 1938-й год (в самом деле 1961-й). Такое выражение патологической инертности, весьма нередко играющей большую роль в нарушениях памяти, отчетливо проявляются в ее памяти и при других исследованиях.

Следует учитывать многообразие механизмов патогенеза снижения памяти и стремиться в процессе исследования их по возможности вскрывать. В связи с этим важно всесторонне изучать самый процесс запоминания и припоминания у больных.

Целесообразно для решения вопроса о прочности потери памятию того или иного материала применять метод подсказа.



Отметив у больного затруднения, мы подсказываем ему начало нужного слова или близкие к искомому слова, предлагаем выбрать правильный ответ из 2—3 предложенных вариантов ответа на наш вопрос (правильных и неправильных) и т. п.

Когда у больного констатируется неспособность вспомнить что-либо, ранее, недавно или давно ему известное, нельзя не поставить перед собой вопрос о том, насколько прочно оно забыто, выяснить, является ли забытое временно забытым, насколько оно может быть восстановлено в памяти без посторонней помощи или с такой помощью.

Для экспериментального исследования памяти чаще всего предлагают запомнить и повторить ряд из нескольких (6—10 обычно) не связанных между собой по смыслу слов или меньшее количество двузначных чисел. Такое исследование, конечно, не лишено смысла, но все же, действительно, оправдывает себя лишь при соблюдении ряда условий. При этом исследовании обычно отделяют процессы непосредственного повторения этих слов или чисел вслед за тем, как их прочел исследующий, от процессов запоминания, удержания их сколько-нибудь длительно в памяти (в течение 10—20 минут).

Опыт показывает, что более стойкими и выразительными являются результаты исследования процесса заучивания такого ряда слов или чисел больным. При заучивании отпадает ряд случайных моментов, таких, например, как временное отвлечение внимания исследуемого, а также выявляется способность компенсации нарушенной памяти у больного. Этот метод имеет и ряд других преимуществ.

Если больной с первого прочтения исследующим ряда слов (чисел) повторит их (тут же) мало (одно-два), исследующий вновь читает их, и поступает так каждый раз, пока больной не повторит все слова, но не более 6—7 раз. Отсутствие закономерного повышения количества повторенных правильно слов (чисел) обычно говорит о патологии. На рис. 8 приведены две кривые воспроизведения (заучивания) слов при повторении.

Кривая слева показывает рост числа сохранившихся в памяти слов. Этого нельзя сказать о другой кривой. Судя по первому повторению, невозможно установить различия в памяти обоих больных. Кривые же заучивания делают несомненным вывод о том, что память второго больного с травматической энцефалопатией значительно ниже, чем память больного с соматогенным астеническим состоянием.

Существенные особенности патологически измененной памяти находят также выражение в процессе запоминания слов, находящихся в смысловой связи. Зачитывается 6—8—10 пар слов, связанных в паре по смыслу. Предлагается затем по прочитанному исследователем первому слову каждой пары назвать второе. После неудачного припоминания больным вторых слов,



хотя бы одной пары, все шесть (или больше) пар зачитываются исследующим снова и затем опять называется каждое первое слово, а больному предлагается называть второе.

Как и при повторении ряда отдельных слов, при этом исследовании также следует обращать внимание на динамику заучивания.

Рассмотрим результаты исследования, проведенного по рекомендуемой форме (табл. 6).

В норме у взрослых людей, а также при негрубой патологии памяти запоминание при помощи готовых смысловых связей

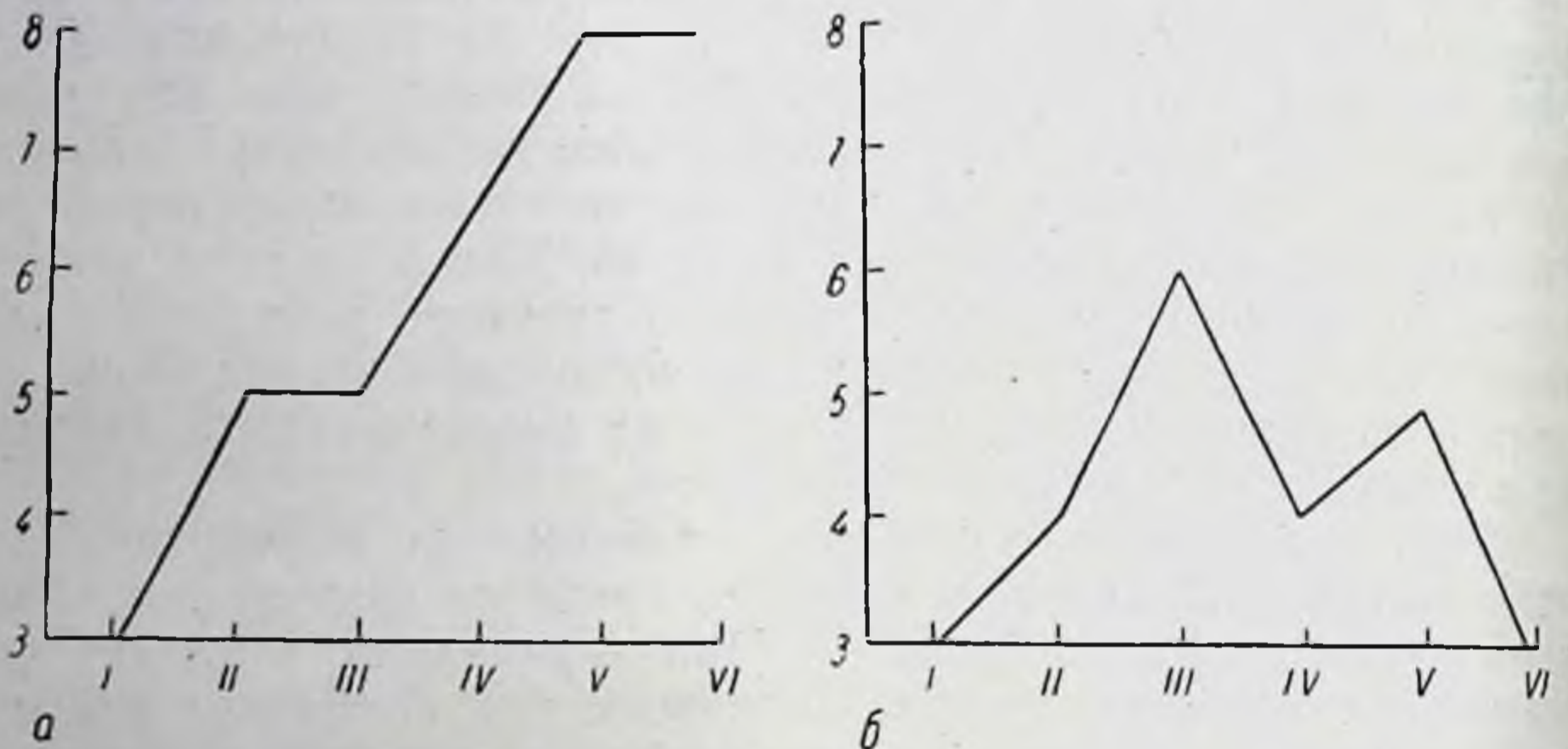


Рис. 8. Кривая воспроизведения слов при повторении.

*a* — соматогенное астеническое состояние; *б* — травматическая энцефалопатия (с интеллектуальным снижением).

По оси ординат — число воспроизведенных слов, по оси абсцисс — число повторений.

оказывается более эффективным, чем запоминание лишенных связей отдельных слов. При значительных же нарушениях смысловой дифференцировки наличие таких связей нередко затрудняет больному запоминание и ухудшает последнее.

В приведенном протоколе нарастание количества правильно названных слов сменяется спадом этого количества при III и VI повторениях. Это весьма редко отмечается при исследовании здоровых людей. После первого прочтения правильно называется только одно слово, что также говорит о патологии. Обратим внимание также на застревании больного на неправильно названных словах «вода» и «вечер». Здесь сказывается патологическая инертность, невозможности ее преодолеть. Самое возникновение этих слов взамен близких им слов «река» и «вода» говорит о снижении у больного смысловой дифференцировки и сниженной способности скорректировать этот недочет при повторных слушаниях названий словесных пар.

Такого рода нарушения характерны для ряда амнестических расстройств. Можно предлагать исследуемому больному по-



Протокол исследования воспроизведения из пары слов,  
связанных по смыслу  
(больной шизофренией)

Пары слов	Порядковые номера повторения					
	I	II	III	IV	V	VI
1. Больница — лекарство	+	+	+	+	+	+
2. Берег — река	Вода	Вода	Вода	Вода	+	Вода
3. Пруд — вода	—	+	Лес	+	+	—
4. День — ночь	Вечер	Вечер	Вечер	Вечер	Вечер	Вечер
5. Снег — зима	—	—	—	+	+	+
6. Перо — чернила	Ручка	+	+	+	+	+

Примечание: + обозначает правильно названное больным второе слово в паре;  
— обозначает отсутствие ответа; неправильная словесная реакция записывается так, как она дана больным.

вторять вслед за исследующим фразы различной сложности. И в этом исследовании при неудачном воспроизведении исследующим повторяется подлежащая запоминанию фраза, если потребуется, до 4—5 раз. Такое исследование дает возможность уловить некоторые существенные особенности психики больного.

Существует еще много других приемов исследования памяти, имеющих более специальное значение, в связи с чем здесь мы на них не останавливаемся.

Исследование памяти может иметь большое значение не только в клиниках нервных и психических заболеваний, в клинике неврозов, но и в ряде случаев в клинике соматических заболеваний при постморбидных астенических состояниях, при нарушениях эндокринных систем, при сосудистых заболеваниях и др.



## ВНИМАНИЕ

**Сущность внимания.** Человек не может одновременно думать о совершенно различных предметах, не может одновременно решать несколько различных задач, воспринимать одновременно многое. Важнейшими условиями любой деятельности человека, любого психического процесса являются необходимая направленность, сужение или ограничение объема этой деятельности при повышении точности и отчетливости восприятия.

Физиологической основой внимания является концентрация раздражительного процесса в определенном пункте коры головного мозга. Современные электрофизиологические исследования убедительно показали, как при образовании условного рефлекса сначала наступают изменения альфа-ритма по всей коре головного мозга, а затем они концентрируются в определенных пунктах. Результаты этих исследований раскрывают процесс концентрации внимания. Концентрация возбуждения в коре головного мозга образует необходимые условия для оптимального построения психического процесса.

Учитывая отражение внимания в электроэнцефалограмме, мы могли отметить некоторые своеобразные особенности неустойчивого внимания больных шизофренией (М. С. Лебединский и В. П. Критская).

В свое время рядом авторов выдвигалась так называемая «моторная» теория внимания. Эти авторы предполагали, что физиологической основой внимания являются те мышечные движения, которые с ним связаны. Внимание, действительно, выражая установку личности на определенный объект, приводит к тому, что человек принимает удобную позу для того, чтобы лучше слышать, видеть. Внимание приводит к возникновению соответствующей ему мышечной установки. Конечно, его возникновение и поддержание не есть следствие мышечной установки,



а определяется и регулируется мозговыми системами, воздействующими и на периферические органы, образующие благоприятные условия для внимания.

Принято различать внимание произвольное и непроизвольное. *Произвольное внимание* в своей направленности сознательно определяется задачами, стоящими перед человеком, его планами. *Непроизвольное внимание* в значительно большей мере непосредственно определяется предметами внешней действительности, а также нередко изменениями функций внутренних органов.

Эти два вида внимания далеко не всегда можно резко противопоставлять один другому. Непроизвольное внимание нередко переходит в той или иной мере в произвольное, а произвольное внимание включает в себя элементы непроизвольного, до известной степени «автоматизируясь». Такая «автоматизация» внимания особенно имеет место при привычной деятельности.

И. П. Павлов писал о значении бодрствующего сторожевого пункта на фоне общего торможения коры головного мозга. Так, например, мать может спать глубоким сном, не слыша даже громких звуков. Но тихий плач ребенка ее разбудит, воздействуя на сторожевой пункт, связанный с ребенком, с вниманием к нему. Сторожевой пункт, как сложная физиологическая и психологическая система, может проявляться и без прямого внешнего воздействия на анализаторы.

В особой форме сторожевой пункт выступает у некоторых больных, особенно невротиков. Например, некоторые невротики, зная, что им необходимо рано проснуться, плохо, тревожно спят всю ночь, просыпаясь задолго до назначенного времени для пробуждения. Сторожевой пункт здесь недостаточно концентрирован на связи с внешним определенным раздражителем.

**Развитие внимания.** Ориентировочный рефлекс является биологической основой внимания.

Исследования последнего времени показывают, что в механизме ориентировочного рефлекса участвуют и подкорковые образования при доминировании коры. Ориентировочный рефлекс у ребенка возникает уже на первом месяце жизни, характеризуясь непроизвольностью. Позднее ребенок уже способен проявлять интерес к многим предметам окружающей среды и манипулировать ими. Ребенок становится способным играть. В игре у него возникают зачатки произвольного внимания, в развитии которого важнейшая роль принадлежит родителям и воспитателям детских садов. В дальнейшем решающее значение в развитии произвольного внимания у ребенка играет школа и занятия, связанные с пребыванием в ней.

Внимание у взрослого человека развивается и совершенствуется вместе со всей личностью. Огромно здесь значение



труда. От отношения человека к труду, от характера труда зависит и характер внимания. Это является одним из важных моментов в трудовом воспитании детей. Следует сказать также и о положительном влиянии спортивных и гимнастических занятий на развитие и укрепление внимания у здорового человека и восстановление его у больных.

Среди важнейших черт внимания выделяется *концентрация* или *сосредоточенность* его на ограниченном круге объектов. Количество этих объектов определяет *объем внимания*. Имеются данные, говорящие на основании электрофизиологических исследований, что концентрация внимания определяется корой головного мозга, а также связана с активностью ретикулярной формации, устраняющей в соответствующих случаях постороннюю сенсорную информацию (Magoun и др.). По данным Shagpless и Jasper, важную роль в организации внимания играет диэнцефальный отдел этой формации.

Концентрация и объем зависят как от особенностей личности и ее состояния, так и от характера деятельности, на которую направлено внимание, и от его объекта. Например, различны концентрация и объем внимания при чтении художественной литературы, с одной стороны, и статьи, посвященной какой-либо математической проблеме, с другой. Концентрация и объем внимания зависят также от специальной установки, специальной, в частности профессиональной, задачи, стоящей перед человеком. Болезнь может снизить способность к концентрации внимания по разным причинам. Здесь может играть роль слабость клеток головного мозга, сниженная активность, астенизация. Это нередко имеет место и при некоторых соматических заболеваниях. Такое снижение может также зависеть от снижения интересов больного. Иногда болезнь может усилить концентрацию внимания больного на определенной группе явлений, например, на своей болезни.

Большое значение имеет напряженность внимания, требующая значительной мобилизации активности человека, поглощенности его деятельностью и ее предметом. Напряженность внимания есть одно из необходимых условий концентрации внимания.

В патологии можно встретиться с частичной или полной неспособностью к произвольному вниманию или его усилению. У больных (детей и взрослых) следует при организации их игр и труда учитывать степень требуемой напряженности внимания и дозировать ее.

Напряженность внимания связана с его *устойчивостью*. Устойчивым считают внимание, длительно поддерживаемое на выполнении одной задачи и на предметах, имеющих непосред-



ственное к этой задаче отношение. Чем более однообразны операции, предметы, входящие в действие, тем большего напряжения внимания требует это действие. Чем меньше отвлекающих возбудителей имеется в окружающей среде, в мыслях и переживаниях человека, в его организме (болевы́е ощущения и др.), тем легче сохраняется устойчивость внимания. Поэтому, имея в виду задачи психогигиены, следует из обстановки труда, требующего по своим особенностям напряженного устойчивого внимания, по возможности, устранять побочные раздражители, особенно такие, которые могут обладать значительной притягательной силой.

Напряженности внимания можно противопоставить его отвлекаемость. Об отвлекаемости внимания говорят тогда, когда посторонние объекты уводят человека от выполнения поставленной задачи. Человек иногда оказывается неспособным сколь-нибудь сосредоточиться на одном объекте. Так чаще всего бывает у больных. Иногда влияние отвлекающих моментов весьма ограничено во времени. Иногда произвольное строго целенаправленное внимание оказывается подверженным более или менее частым колебаниям. Эти колебания могут быть связаны с утомлением или с болезненным состоянием. Болезнь может привести к тому, что почти всякий раздражитель привлекает к себе внимание больного, причем и это неустойчивое внимание при этом неактивно, несосредоточено.

В некоторых случаях человеку приходится одновременно заниматься различными действиями, наблюдать одновременно несколько объектов. При этом возникает необходимость *распределения внимания*, способность к которому требует достаточно высокой *подвижности* нервных процессов, которая весьма часто страдает у ряда больных.

Способность активно и сознательно переключать внимание с одного объекта на другой может быть снижена на почве патологической инертности при склонности к *персеверации* — патологическому застреванию.

Иногда у здоровых и в значительно большей мере у некоторых больных обнаруживается чрезмерное влияние на их действия образовавшейся в предшествующих действиях малопластичной установки, препятствующей переключению субъекта с одного действия на другое, что выступает как нарушение внимания.

Мы исследуем, в частности, эту сторону внимания, предлагая больному решить 20 примеров с меняющимся арифметическим знаком, о чем исследуемые не предупреждаются. Примеры даются без решений, которые проставляются больными. Приведем характерные результаты такого исследования одной больной.



Протокол решения больной шизофренией примеров  
с меняющимся арифметическим знаком

1.  $18 - 6 = 12$
2.  $25 - 17 = 8$
3.  $13 - 8 = 5$
4.  $21 - 4 = 17$
5.  $15 - 7 = 8$
6.  $19 - 8 = 11$
7.  $14 + 7 = 7$
8.  $22 + 13 = 35$
9.  $18 + 14 = 32$
10.  $26 + 19 = 45$

11.  $25 + 18 = 43$
12.  $30 + 14 = 44$
13.  $25 + 16 = 41$
14.  $12 - 5 = 17$
15.  $9 \times 6 = (15) 54$
16.  $12 \times 4 = 48$
17.  $18 : 9 = 2$
18.  $24 : 6 = 4$
19.  $21 - 7 = 14$
20.  $32 - 16 = 16$

Примеры даются без решений, последние проставляются больным.

После вычитаний 7-й пример больная неправильно решает, также как вычитание (образовалась установка на вычитание). После того, как она далее 6 примеров решает как сложение, она решает 14-й пример ошибочно, также как сложение (влияние инертной установки). В 15-м примере отмечается такая же ошибка и исправляется больной. Сначала больная написала 15, затем это число было ею перечеркнуто и ею же написано 54. Из этого видно, что предыдущая ошибка как-то отражается в сознании и помогает преодолеть образовавшуюся установку. У здоровых людей одна ошибка, обычно в 7-м примере, тоже может иметь место, но они ее обычно тут же сами исправляют; больше ошибок ими, как правило, не допускается. Такое исследование дает возможность изучить некоторые особенности образования инертной установки. Много внимания изучению патологической установки уделяет И. Т. Бжалава в Институте психологии Академии наук Грузинской ССР.

**Общая характеристика внимания.** Характеристика способности быть внимательным строится с учетом всех черт внимания.

Следует учитывать при этом влияние на развитие внимания профессии, а также учитывать, что качество внимания отдельного человека может варьировать в зависимости от его состояния и от объекта деятельности.

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

Иногда говорят о *рассеянности*, как о выражении недостаточного внимания. В самом же деле в ряде случаев, то, что кажется рассеянностью, есть выражение высокой сосредоточен-



ности внимания человека на том, что для него наиболее важно или интересно.

Некоторые больные бывают настолько поглощены своей болезнью, что становятся неспособными отвлечься от мыслей о ней, от ощущений, идущих от больных или кажущихся больными органов и не могут быть устойчиво внимательными к чему-либо другому. Это особенно выражено при ипохондрическом синдроме.

Снижение интеллекта и связанный с ним переход к более непосредственным формам поведения приводят к невозможности направлять внимание на более отдаленные цели.

В патологии часто снижается значение для субъекта далеких целей и чрезмерно повышается роль непосредственно данной ситуации в определении объектов и форм деятельности. Внимание при этом привлекается преимущественно к тому, что находится в чувственном поле, что в данный момент непосредственно воспринимается. Больные меньше, чем здоровые люди, способны удерживать в поле внимания объект, данный лишь мысленно, а не непосредственно, чувственно. Больной, например, хорошо выполняет арифметические действия с числами, записанными на лежащей перед ним бумаге, но он же бывает не в состоянии выполнить то же действие, держа те же числа в памяти. Патологическая недостаточность внимания может проявляться до известной степени избирательно.

В клинике нервных и психических заболеваний отмечаются своеобразные нарушения внимания, вызванные локальными поражениями головного мозга. Их необходимо соответствующим образом исследовать.

Roppelgeuter было уже давно описано явление слабости оптического внимания при поражениях затылочной доли. Снижение внимания здесь связано с *угасанием* функции, с наступающим торможением. Говоря об «угасании», мы имеем в виду, в частности, исследования электрофизиологов, которые говорят о нем, как о снижении возбудимости, наступающей при электрическом раздражении (Dusser de Bagenne и McCulloch), как о результате локального ганглионарного истощения (Jasper). Если таким больным показывать подряд картинки, то, узнав несколько первых, другие они уже не могут узнать. То же может произойти с определением цветов и форм (например, орнаментов).

При некоторых формах сенсорной афазии также резко выступает снижение внимания к речи. Больные (главным образом при двусторонних поражениях височных долей) совсем почти не отмечают обращенную к ним речь. В менее тяжелых случаях больные крайне легко отвлекаются от речи, которую они слушают в неблагоприятных условиях. Если, например, рядом говорят между собой другие люди, такие больные понимают



обращенную к ним речь хуже. Соответствующее исследование надо проводить, учитывая эти моменты.

Своеобразные изменения внимания бывают целиком обусловлены нарушением в органах чувств. Характерна в этом отношении *aprosxia nasalis* — нарушение обоняния при полипах носа. Такие больные часто воспринимают запахи лишь, если внимание их обращено кем-либо на их наличие.

При ряде двигательных нарушений, преимущественно при параличе левых конечностей с *анозогнозией*, больным особенно трудно бывает сделать объектом своего внимания пострадавшие конечности. Нередко бывает так: больным с парезом левой конечности предлагается сделать что-либо левой рукой. Они же, хотя как бы и понимают инструкцию, все же игнорируют левую руку, не используют ее в меру доступных ей движений.

Один наш больной при таком парезе многократно надевал брюки на одну правую ногу, на этом прекращая одевание и не замечая, что на левую ногу брюки не надеты.

В свое время Вонвісіні писал о нарушениях акустического внимания при амузиях. Этого рода факты указывают на тесную связь внимания с функциями анализаторов.

При многих затруднительных для них действиях больные невольно стремятся упростить задачу и вместе с ней действие. При этом они начинают игнорировать, как бы не замечать, трудное. Больному, например, надо в уме сложить 37 и 28, а он складывает 30 и 28, упуская 7 единиц в первом числе. В этом сложном патологическом явлении можно обнаружить и другие моменты, но до известной степени здесь можно говорить о нарушении внимания.

**Исследование нарушения внимания в клинике и его значение.** Ввиду того, что качество внимания зависит от весьма многих условий, его исследование должно учитывать: внимание в разных формах деятельности, изменение внимания в зависимости от утомления и от общего состояния организма, в связи с условиями среды, в связи с отношением человека к соответствующей деятельности, с переживаниями его и т. п.

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

Повышенная утомляемость особенно часто выражается в снижении внимания. Поэтому и у ряда взрослых, обращающихся к врачу, представляется целесообразным выявить суточную и годовую кривую внимания. Путем опроса следует установить:



вать, какие ошибки допускаются больным в работе и когда более всего. Нужно обратить внимание при этом опросе на допускаемые пропуски в письме, ошибки в счете.

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

Весьма целесообразно, а иногда и необходимо бывает исследование внимания больного специальными экспериментально-психологическими методами.

Получил широкое распространение при исследовании внимания корректурный метод (Vigdon). Исследуемому дают бланк с беспорядочно, в строку напечатанными отдельными буквами и предлагают, просматривая внимательно строчку за строчкой, вычеркивать всюду какую-либо одну (иногда — две, три) буквы. Если такой бланк отсутствует, это исследование может быть проведено на газетном столбце. Обычно исследование проводится в течение 5—8 минут. Целесообразно исследуемому отмечать на бланке или на столбце газеты окончание каждой минуты. По окончании работы исследующий должен подсчитать отдельно по каждой минуте все перечеркнутые из подлежащих перечеркиванию буквы и отдельно — случаи перечеркивания букв, которые перечеркивать не надо было (последние обычно говорят о более выраженном нарушении внимания). Здоровый и непереутомленный человек не допускает при таком исследовании ошибок или делает их немного. Следует также обращать внимание при наличии ошибок, нарастает ли их количество в последние минуты работы. Такое нарастание говорит о повышенной утомляемости или истощаемости. Последнее характерно для некоторых больных, страдающих неврозом или органическими заболеваниями головного мозга.

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

Можно рекомендовать и другой применяемый нами (М. С. Лебединский) метод коррекции. При этом методе исследующий произносит сначала медленно последовательный ряд чисел от 1 до 20—25, пропуская 1—2—3 числа. Больному предлагается тут же отметить этот пропуск и назвать пропущенное число (числа). Если он с такой задачей справляется, называние с пропусками других чисел производится в более быстром темпе, примерно с интервалом в  $\frac{1}{3}$  секунды (пользоваться метрономом или секундомером). Приведем некоторые иллюстрации получаемых результатов.

Больной (среднее образование), страдающий начальной формой склероза сосудов мозга, при произнесении чисел



## ЭМОЦИИ И ИХ БОЛЕЗНЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ

**Общее понятие.** Термин «эмоция» происходит от латинского слова — потрясаю, волную. Эмоции — одна из важнейших сторон психических процессов, характеризующая переживание человеком действительности. Эмоции представляют интегральное выражение измененного тонуса нервно-психической деятельности, отражающееся на всех сторонах психики и организма человека.

Существенным в определении эмоций является их связь с отношением человека к окружающему и к самому себе, их значение в регуляции психических и соматических процессов.

Понятию эмоции близки понятия *аффекта* и *чувства*. Говоря об аффекте, обычно имеют в виду кратковременные и особенно сильно выраженные эмоциональные состояния. Особенно бурно выраженные аффективные состояния могут так глубоко временно нарушить психические процессы и поведение человека, что о них справедливо говорят, как о *патологических аффектах*. Понятие «чувство» обычно применяется к более устойчивым эмоциям. Так принято говорить о чувствах любви, ненависти. На фоне чувства, например любви, могут сменяться различные эмоции: печаль, радость и др. Иногда говорят о *витальных чувствах*, относя к ним страх смерти, иногда переживания собственного здоровья или болезни. Близки к эмоциям состояния психики, обычно называемые настроениями.

**Виды эмоций.** Эмоции проявляются в трех видах: 1) как острые эмоциональные реакции, в которых выступает связь с внезапными обстоятельствами, их вызвавшими, 2) как эмоциональные состояния с изменением нервно-психического тонуса и, наконец, 3) как выраженная избирательность эмоциональных отношений, положительных или отрицательных к тому или иному объекту.



В самое последнее время стали изучать весьма своеобразные явления у животных, говорящие о положительном отношении животного к раздражениям определенных участков головного мозга.

Под редакцией П. К. Анохина в 1963 г. у нас вышла книга — сборник нейрофизиологических работ «Механизмы целого мозга». В этом сборнике Olds сообщает об экспериментальном исследовании, им проведенном. Автор вживлял электроды в различные участки головного мозга крыс. Крыса могла нажимать на педаль аппарата, причем замыкался ток, и она получала электрическое раздражение в участке мозга, в котором находился электрод в данный момент. Вскоре у крыс образовалась связь между нажимом на педаль и соответствующим раздражением в мозгу. Обнаружилось, что при определенных локализациях электродов крыса начинает усиленно стремиться к получению раздражения, многократно нажимая на педаль. Вместе с тем многочисленные опыты с разными крысами убедительно показали, что у них имеется область мозга, раздражения которой они избегают. Эта область значительно меньше той, раздражение которой крыса многократно повторно вызывает. Особенно выраженный положительный эффект с наиболее многократным повторением нажима на педаль отмечался при раздражении в области задней части гипоталамуса. Чем ближе передвигались электроды к коре головного мозга, тем меньше крыса стремилась нажимать на педаль.

П. К. Анохин, останавливаясь в этом сборнике на работе Olds, пишет, что установленные автором факты являются прямым доказательством того, что имеются области мозга, которые способны формировать различные эмоциональные состояния. Намечающаяся в этих опытах возможность вызывать эмоциональные состояния прямым раздражением головного мозга несомненно должна быть привлечена к физиологическому анализу ряда клинических фактов.

В обычном состоянии поведение и деятельность человека не обнаруживают заметных признаков эмоций, хотя имеют известный положительный или отрицательный оттенок. Но при особых биологических и социально значимых для человека обстоятельствах (воздействиях или раздражителях) человек выходит из этого относительно уравновешенного состояния; у него возникает эмоция, характеризующаяся отклонениями от среднего психического состояния в сторону общего возбуждения или угнетения, которые через некоторое время сглаживаются и заменяются вновь состоянием известной эмоциональной нейтральности.

Важным психологическим моментом в характеристике эмоций является отчетливо выраженное общее положительное переживание удовольствия или отрицательное — неудовольствия.



И то и другое при достаточной степени выраженности сопровождается различными изменениями в организме, изменениями обмена веществ, дыхания, сосудистой деятельности, мышечного тонуса и другими физиологическими проявлениями.

Известный психолог Wundt в свое время писал о трех контрастных направлениях изменения чувств или эмоций: 1) удовольствие — неудовольствие, 2) возбуждение — успокоение и 3) напряжение — разрешение. Указания на эти три плана сохраняют известное значение.

Эмоциональные реакции, помимо этого, имеют много видов, но издавна в них выделяются четыре основные вида эмоций: *гнева, радости, тоски и страха*. Они все сопровождаются выраженными характерными вегетативно-соматическими изменениями. Связь эмоций с телесными изменениями давно замечена. В некоторых случаях у больных возникают эмоции, лишенные определенного содержания. Так, в клинике иногда отмечается переживание страха без определенного объекта. У депрессивных больных тоска также может не иметь причины, не относиться к какому-либо определенному событию, а зависеть от изменений в организме.

Уже давно ряд французских авторов (Blondel, Tincl, Sante-noise, Wallon) отмечали, что при фобиях (кардиофобиях — страх за сердце, клаустрофобиях — страх оставаться в закрытых помещениях и пр.) больные могут оставаться спокойными или даже холодными в отношении реальной опасности, других эмоциональных воздействий извне, не относящихся к сфере фобии. Упомянутые авторы были склонны объяснять такую двойственную структуру аффективной сферы больных особенностями вегетативной нервной системы (преобладание парасимпатической системы при фобиях). Вряд ли такое понимание может быть признано удовлетворительным и достаточным. По-видимому к этому правильнее подойти с позиции учения о фазовых состояниях и парабиозе.

Установление связи эмоций с состоянием организма явилось источником широко известных психо-физиологических теорий эмоций. Так, James считал, что эмоции вызываются изменением некоторых органов по формуле: нам грустно оттого, что мы плачем, а Lange считал, что эмоции вызываются изменениями в сосудах: расширением или сужением их в различных частях тела. Хотя эти теории и парадоксальны, но их значение заключается в подчеркивании усиливающей эмоции роли дополнительных импульсов, идущих из организма к центральной системе (обратная информация).

Эмоции не только могут сопровождаться снижением уровня самообладания и сознательности. В ряде случаев огромное напряжение эмоций связано с высшим уровнем деятельности личности и содействует творческим ее достижениям, например, при



увлечении чем-либо, при вдохновении. Характер эмоциональных реакций, выраженность, например, гнева и страха, поводы для их возникновения, способность владеть ими или поддаваться им, зависят в большой мере от особенностей личности человека. Поэтому эмоции поддаются воспитанию и перевоспитанию.

У некоторых и вполне здоровых людей отмечается известная бедность эмоций. Это вместе с тем и бедность личности. Нельзя не согласиться с писателем К. Г. Паустовским, который отмечает, что даже отсутствие «способности ощущать печаль» обедняет человека. Он пишет, что тот, кто лишен чувства печали, так же жалок, как и человек, не знающий, что такое радость, или потерял ощущение смешного. Обогащение эмоциональной жизни — важная сторона воспитания.

Возможны эмоциональные реакции не только на внешние воздействия, на волнующие события и ситуации, но и на раздражения, идущие от собственного тела, а также и на возникающие в сознании представления и мысли, которые находят отражение в вегетативных и соматических реакциях, хотя и не объясняются ими.

Соматические проявления эмоций заметно различаются у людей как в нормальном, так и в патологическом состоянии в зависимости от общей реактивности и возбудимости той или иной системы организма. Это может, например, выражаться в различной степени гальванических, сосудистых, дыхательных и других реакциях. На рис. 9 показаны соотношения этих реакций в ответ на словесные воздействия, из которых одни являются безразличными для данной больной, а другие эмотивно значимыми. На кривой *а* представлена нормальная реактивность при малой возбудимости. Здесь небольшие гальванические рефлекссы, дыхание без заметных реакций, спокойная неподвижная рука, ровный пульс плечевой артерии. Время реакции на отдельные слова мало варьирует. На кривой *б* показана гальваническая гиперреактивность при нормальной дыхательной и двигательной реакциях. Гальванограмма характеризуется бурными колебаниями, дыхание неровное, едва заметное дрожание руки, пульс неровный. На кривой *в* гальваническая реакция едва заметна (гальваническая ареактивность), дыхание же крайне учащено и неровно. Бросается в глаза непрерывное дрожание руки. Время речевой реакции периодически заметно удлинено.

Современная психо-физиологическая техника позволяет исследовать изменения физиологических реакций не только со стороны дыхания, сердца и кожных покровов, но и в электроэнцефалограммах. При этом выявляется неодинаковая реактивность различных областей, а следовательно и систем коры головного мозга и подкорки. На рис. 10 и 11 приводятся иллюстрирующие это кривые из работы нашей (В. Н. Мяснищев) сотрудницы В. В. Бобковой. На рис. 10 показаны



электроэнцефалограмма, гальванограмма, пневмограмма и электрокардиограмма больной Р., страдающей неврозом навязчивых состояний. До беседы с врачом, во время тревожного

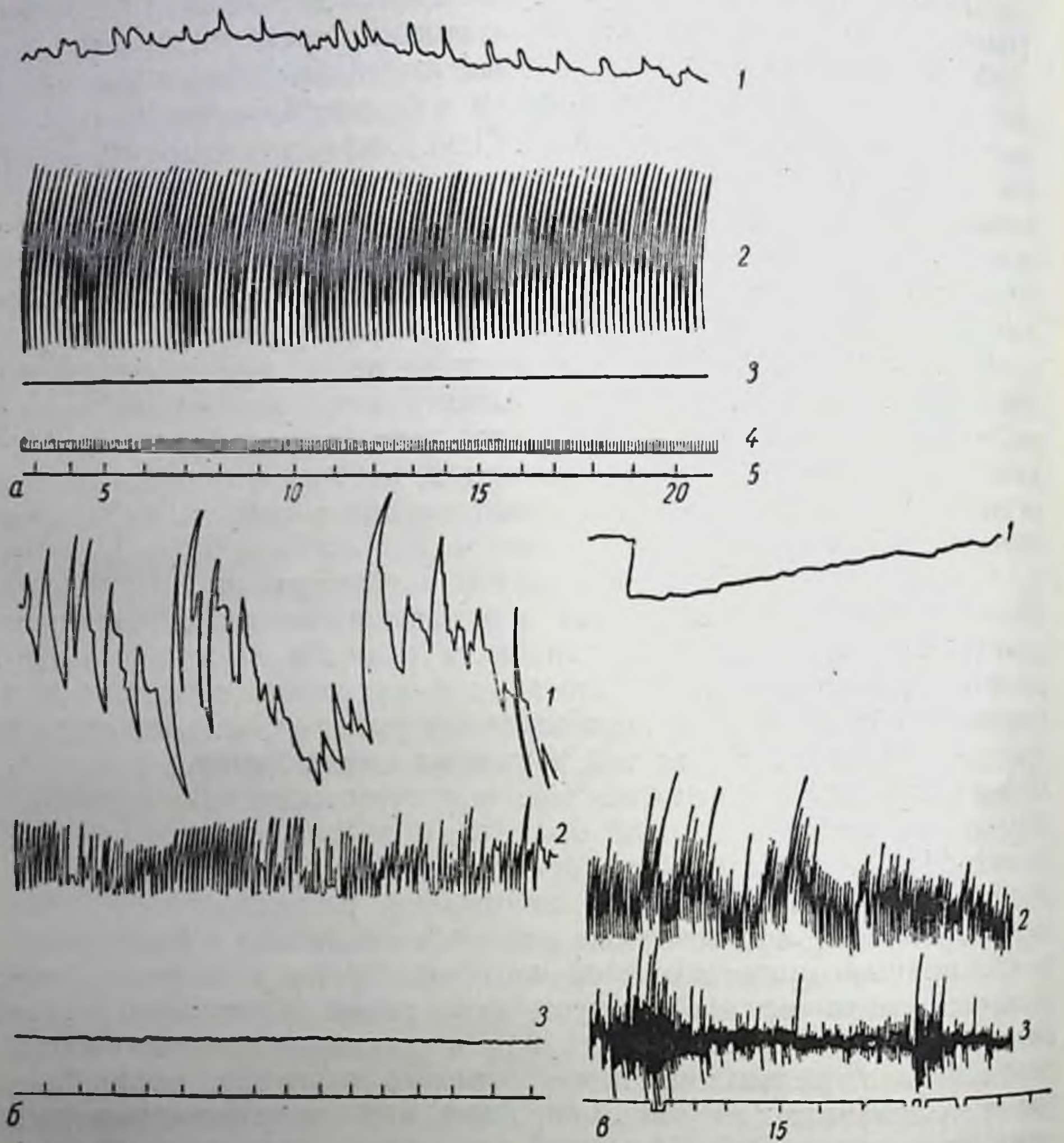


Рис. 9. Варианты вегетативно-соматических реакций на словесные воздействия в ассоциативном эксперименте.

1 — гальванограмма; 2 — дыхание; 3 — дрожание руки; 4 — запись пульса; 5 — отметка речевого раздражения и величины скрытого периода речевой реакции. Цифры обозначают порядковый номер речевого раздражения. Скрытый период речевой реакции выражен величиной пространства на отметке речевого раздражителя: замыкание — при произнесении слова-раздражителя, размыкание — при ответе исследуемого. а — нормальная реактивность; б — гальваническая гиперреактивность при нормальной дыхательной и двигательной реакциях; в — гальваническая ареактивность при дыхательной возбудимости и дрожании руки.

ожидания у больной на электроэнцефалограмме во всех отведениях регистрируются многочисленные асинхронные частые колебания. После успокоительной психотерапевтической беседы



быстрая активность исчезает, выявляется отчетливый альфа-ритм во всех областях мозговой коры. На гальванограмме, пневмограмме и электрокардиограмме изменение состояния больной мало отражается. У другой больной Л., страдающей истерией, после произнесения эмоционально значимого слова «болезнь», в электроэнцефалограмме происходит общее подавление альфа-ритма, усиление бета-ритма и частых потенциалов, появление медленных волн (преимущественно тета-, а также и дельта-волн) и мышечных токов. Одновременно отмечается аритмия дыхания, высокие кожно-гальванические рефлексy и спонтанные колебания кожного потенциала (рис. 11, а). На рис. 11, б, показаны физиологические реакции больной П., страдающей психастенией. Здесь в электроэнцефалограмме в ответ на эмоционально значимое слово «ребенок» наблюдается появление медленных тета- и дельта-волн, преимущественно в передних областях мозговой коры, появление мышечных потенциалов в лобных областях. Одновременно нарушается ритм дыхания с усилением кожно-гальванических рефлексов.

Патологические аффективные реакции возникают обычно не у здоровых людей, а, как правило, у патологических личностей.

К патологическим аффективным реакциям склонны психопаты, патологически возбудимые, эксплозивные (взрывчатые), импульсивные (эпилептоиды). Повышенная аффективная возбудимость может быть свойственна также лицам, страдающим невротическим состоянием, атеросклерозом, гипертиреозом и некоторыми психозами.

Противоположную картину представляет притупление эмоциональности. При этом обнаруживается более или менее выраженное безразличие по отношению ко всем (не в одинаковой мере) явлениям и фактам жизни.

Если общее эмоциональное притупление, *апатия*, характерна для лиц с недостаточностью щитовидной железы, то развитие психозов, например шизофрении, характеризуется нередко уже вначале притуплением более тонких интеллектуальных, этических, эстетических эмоциональных реакций. Чуткость к близким, идейные интересы, культурные навыки и потребности утрачиваются в связи с побледнением эмоциональной реактивности. Влияние врача в ряде случаев способно повышать уровень эмоциональной жизни таких больных, и это приобретает большое терапевтическое значение.

**Эмоциональные состояния.** Изменение эмоционального состояния обнаруживается также при душевных заболеваниях, например, при психозе, называемом циклофренией, иначе при маниакально-депрессивном психозе характерна обычная смена двух фаз.

В одной — маниакальной фазе — обнаруживается картина возбуждения, повышенного настроения, радостного, так



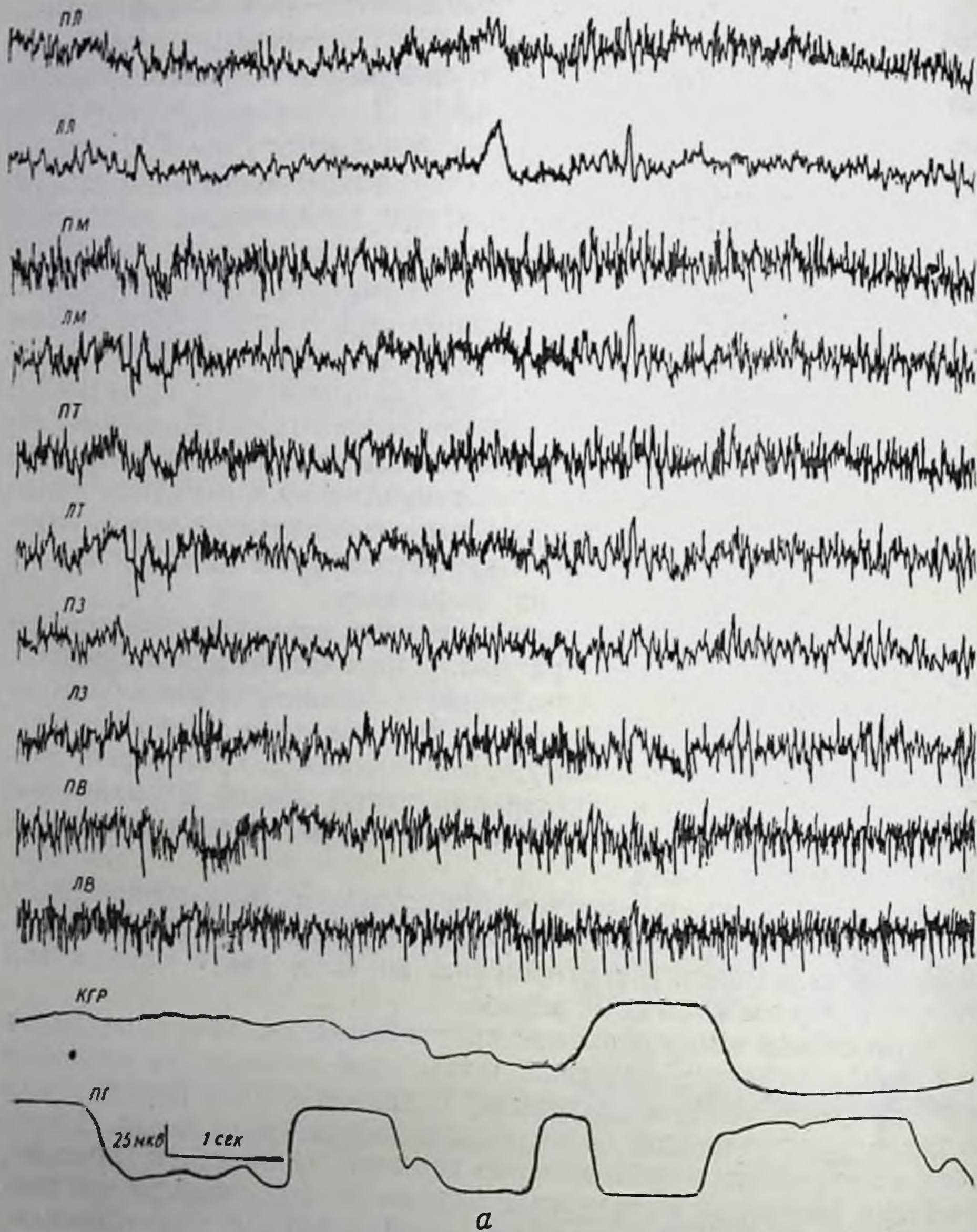
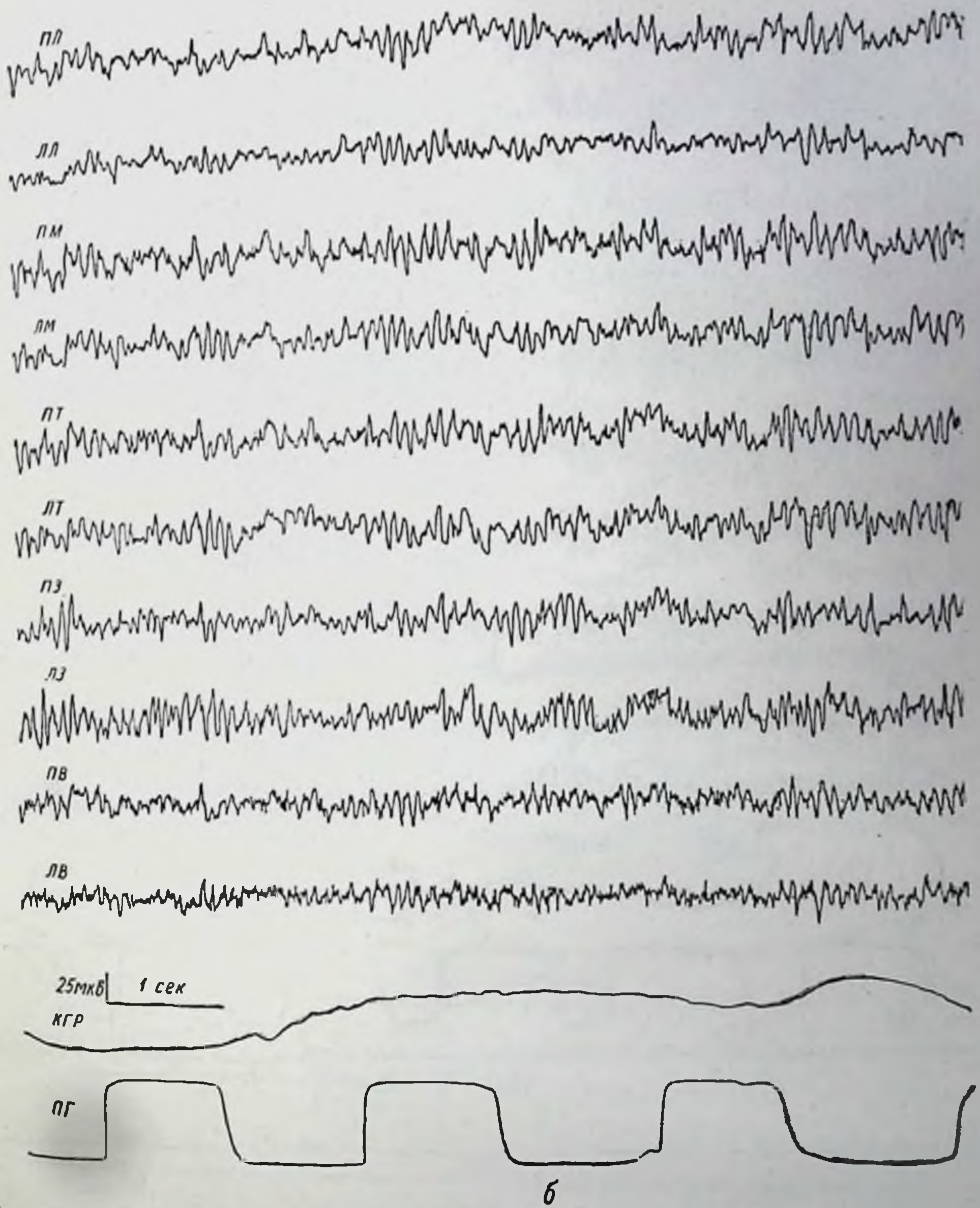


Рис. 10. Изменения физиологических реакций

Отведения (правое и левое) от областей: ПЛ, ЛЛ — лобной; ПМ, ЛМ — моторной передне-  
 а — до беседы при тревожном ожидании;  
 гальваническая реак-

называемого эйфорического, с ускорением психического темпа, с увеличением подвижности, говорливостью, поверхностностью и отвлекаемостью мышления. При крайних выражениях маниакального состояния обнаруживается резчайшее общепсихическое возбуждение, двигательное неистовство, бессвязность речи





у больной Р. (невроз навязчивых состояний).

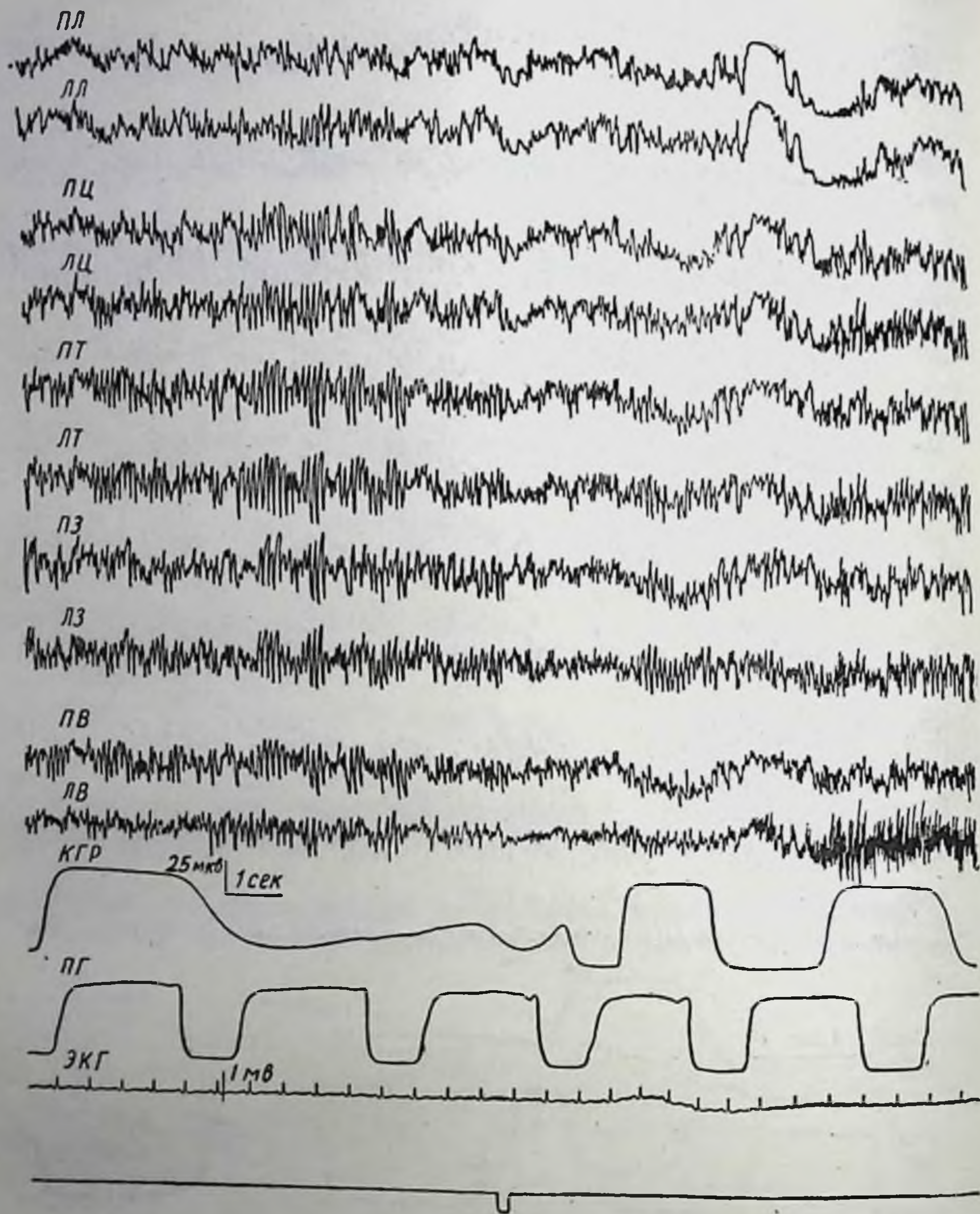
б — после успокоительной психотерапевтической беседы.

центральная; **ПТ, ЛТ** — теменной; **ПЗ, ЛЗ** — затылочной; **ПВ, ЛВ** — височной; **КГР** — кожа; **ПГ** — дыхание.

и мышления. Другая, противоположная фаза, представляет меланхолическое или депрессивное состояние.

Распространенным проявлением при заболевании психозами и неврозами являются реакции и состояния страха и тревоги, гнева и тоски. Страх может вызываться повышением тонуса

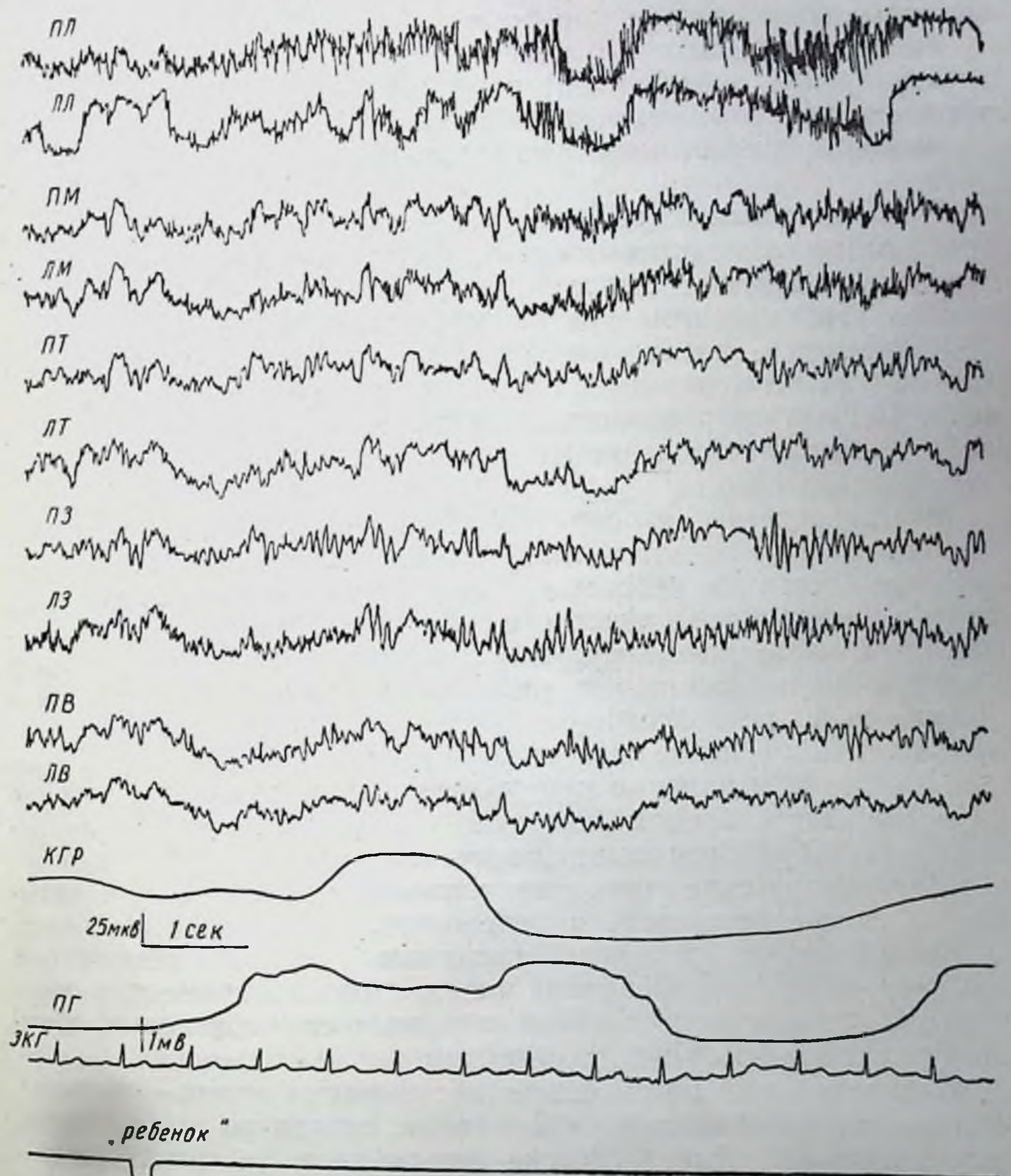




а

Рис. 11. Изменения физиологических реак-

а — больная Л. (реактивная истерия); б — больная П. (психастения).  
Остальные обозначения



б

ций в ответ на эмоционально значимое слово.

ЭКГ — электрокардиограмма; «Ребенок» — слово-раздражитель.  
те же, что и на рис. 10.

не только возбуждением, бегством от пугающего объекта, но и возникающей при более сильной степени страха иммобилизацией (акинез) — «рефлекс мнимой смерти» (Kretschmer).

Отличают беспредметный и беспричинный страх или тревогу от страха, вызываемого определенными, сознаваемыми

симпатической нервной системы и вызывать его. Это проявляется расширением зрачков, сухостью во рту, учащением пульса, спазмом периферических сосудов, скудным клейким холодным («симпатическим») потом. Представляя пассивно-оборонительную реакцию, страх в моторной сфере проявляется



субъектом причинами. Наконец, страх может существовать наряду с сознанием его необоснованности или даже нелепости, как навязчивое явление, как фобия.

Гнев представляет другой вид эмоциональной реакции, характеризующейся в отличие от страха возбуждением и симпатической и парасимпатической систем. В моторной сфере гнев проявляется повышением возбуждения, наступательной реакцией.

При интенсивных реакциях и состояниях страха, гнева и тоски резко изменяется психическая деятельность, могут обнаруживаться сужение сознания, нарушение логики мыслей и действий, бессмысленные разрушительные акты, расстройство ориентировки с последующей, чаще распространяющейся на период аффекта, амнезией. Говорят и об аффекте радости и горя. Первый сопровождается психомоторной активацией, второй — резким торможением психических и психомоторных процессов.

Все эти состояния сопровождаются не только изменениями эмоций, но и изменениями познавательных процессов. В маниакальном состоянии человек все воспринимает с положительной стороны, утрачивает чувствительность к отрицательным явлениям, на настоящее и будущее смотрит оптимистически, свои способности переоценивает, недостатки — недооценивает, не сомневается в реальности радужных перспектив, не замечает трудности и отрицательные перспективы.

Изменение мышления при маниакальном состоянии нередко сопровождается бредом, который характеризуется идеями величия, т. е. бредовой самопереоценкой.

Меланхолическое состояние проявляется, наоборот, в повышенной восприимчивости и переоценке отрицательных сторон, мрачной оценке прошлого, настоящего, в пессимистическом взгляде на будущее. Бредовые идеи, которые возникают в связи с меланхолическим состоянием, это идеи самообвинения, обнищания, самоуничужения, греховности.

Патологически повышенное настроение, иначе — *эйфория*, может сопровождаться не состоянием моторного возбуждения, а торможением. Патологически пониженное же может сопровождаться не угнетением, а двигательным возбуждением. При этом возникают так называемые смешанные состояния маниакального ступора и, наоборот, ажитированной депрессии.

Ряд авторов особо выделяют состояние *фрустрации*. Под этим названием имеют в виду кратковременное состояние замешательства, вызванное собственной несостоятельностью в выполнении задания, упреками окружающих.

Rosenzweig предложил (1955) для исследования возникновения и особенностей таких состояний особый тест — 24 рисунка с изображением сцен, в которых одно из изображенных лиц на-



ходится в таком положении замешательства. Испытуемому предлагается оценить ситуацию. Однако вопрос о клиническом использовании этой методики требует проверки. Пока факты фрустрации у больных могут учитываться на основе клинических данных.

Эмоциональные отношения характеризуют эмоциональную избирательность или связь эмоций определенного характера с определенными лицами, объектами или процессами.

Основными контрастными эмоциональными отношениями являются: любовь, привязанность, страсть, с одной стороны, и вражда, неприязнь, ненависть — с другой. Житейская и отчасти психологическая терминология обычно называет эти эмоциональные отношения чувствами, но термин этот слишком широк и не характеризует особенностей именно этой категории эмоциональных проявлений. Так говорят о чувстве гнева, радости, удовлетворения, ответственности, долга, стыда, между тем как все они представляют разные категории эмоциональных переживаний.

Эмоциональные отношения, конечно, не исчерпываются любовью и враждой. Уважение и преданность или презрение и пренебрежение, доверие или недоверие с эмоциональной стороны представляют эмоциональные отношения в этическом плане.

Эмоциональные отношения имеют динамику, они возникают, достигают иногда величайшей напряженности и постепенно угасают или критически разрешаются или разрушаются. Так, любовь, начиная с интереса и симпатии, может перейти в страстное увлечение, может далее улечься в русло спокойной и прочной привязанности, может закончиться охлаждением или даже перейти в неприязнь и враждебность.

Медицинское значение эмоциональных отношений многообразно: они могут быть источником тягостных патогенных переживаний. Так, разочарование в уважаемом лице, измена или утрата любимого сопровождается большим эмоциональным напряжением, превращением эмоционального отношения в противоположное, например, любви — в ненависть, уважения — в презрение.

Состояние патологического аффекта, связанное обычно с эмоциональным, порой патологическим отношением, например, при убийстве из ревности, представляет своеобразное сложное эмоциональное отношение, сплав любви (страсти), деспотизма, эгоцентризма и неуверенности.

Недоверчивое, завистливое, враждебное отношение к людям может перерасти в процессе патологического развития в бред преследования, представляющий эмоционально-интеллектуальное образование паранойяльного типа при относительной сохранности интеллекта и личности.



Maier развил понятие *кататимного мышления*, чрезмерно подчиненного субъективным эмоциональным отношениям больного, его желаниям, мечтам, которые владеют его воображением. Bleuler развил понятие *аутизма*, тесно связанное с понятием аутического мышления, представляющего по смыслу то же, что кататимное. Но в термине «аутизм» подчеркивается отрыв, изоляция человека от действительности (от греческого слова аутос — сам), что нередко наблюдается у душевнобольных, особенно при шизофрении. Аутизм в понимании Bleuler — уход в себя, замкнутость, отгороженность от внешнего мира. В этой обращенности к внутреннему миру болезненных фантазий проявляется одновременно безразличное, даже негативное, отношение к объективной действительности.

Эмоциональное отношение может стать источником болезненных состояний, но оно может быть и проявлением заболевания. Так, нарастающая подозрительность представляет проявление измененных болезнью отношений личности и черт ее характера.

Болезнь может привести к изменению отношений. Нарастающее равнодушие, безразличие к людям, которые до этого были близки и дороги, равнодушие к своим обязанностям в ряде случаев возникает в болезни.

Проблема эмоций важна не только для психологов, психиатров, невропатологов, но и для врача любой специальности. Эмоции равно привлекали к себе внимание физиологов и биологов (Ч. Дарвин, В. М. Бехтерев, Саллоп, И. П. Павлов, Sherrington, Л. А. Орбели, П. К. Анохин).

В разработке вопроса об эмоциях больного важнейшее место занимают клиническое наблюдение и амнестический метод. Могут быть полезны и некоторые методики экспериментально-психологического исследования. Среди соответствующих методик могут быть названы ассоциативный эксперимент, ТАТ, частично — метод Роршаха, метод Розенцвейга и метод Szondi. В изучении эмоций большое значение и распространение получили исследования: 1) мимических и пантомимических реакций, 2) вегетативно-соматических реакций, 3) моторных и интеллектуальных действий, 4) исследование биохимических изменений, 5) исследование деятельности мозга в связи с различными эмоциональными состояниями.

**Исследование мимических реакций.** Исследования мимических и пантомимических реакций в связи с эмоциями принадлежат, в первую очередь, Ч. Дарвину. Lavater была сделана попытка обосновать суждение о личности человека по мимическому выражению. В XIX в. Duchenne, вызывая сокращение мышц лица электрическим током, смог подойти к анализу мышечных групп, определяющих мимическое выражение эмоций.



В. М. Бехтерев, разрабатывая рефлекторную теорию эмоций, рассматривал их как мимико-соматические рефлексы в том смысле, что центральные изменения, которые происходят в мозгу, сопровождаются разнообразными и специфическими для каждой эмоции мимическими и соматическими изменениями, т. е. изменениями, проявляющимися в динамике деятельности внутренних органов, в биохимических процессах.

В последнее время Ruckmick, Lersch, С. Л. Рубинштейн, П. М. Якобсон и другие, используя фотографический и кинематографический метод, в значительной степени усовершенствовали изучение мимической стороны эмоций.

**Вегетативная нервная система и эмоции.** Психологи и неврофизиологи давно сделали вегетативные реакции при эмоциях объектом наблюдений и экспериментальных исследований (Wundt, Lehmann, Binet, Masserman).

Первоначальные исследования отметили такие изменения как расширение периферических сосудов и ускорение пульса в состоянии гнева, наоборот, сжатие сосудов, замедление и ослабление пульса при страхе. Вскоре эти исследования дополнились исследованиями дыхания, размера зрачков, уровня кровяного давления, секреторной и моторной динамики желудочно-кишечного тракта, потоотделения, кожно-электрических и электроэнцефалографических изменений. Эти методы позволили объективно изучать различия в характере и интенсивности эмоций как у нормальных людей, в связи с особенностями темперамента и характера, так и у больных, характеризующихся патологическими изменениями эмоциональности.

В дальнейшем последовали попытки изучения в связи с эмоциями биохимической динамики. Вегетативная нервная система осуществляет регуляцию биохимической динамики организма своими двумя различными, в значительной степени противоположными и вместе с тем связанными компонентами — *симпатическим*, или *адренергическим*, и *парасимпатическим*, или *холинергическим*. Гельгорн и Луфборроу, обобщая материал собственных исследований и исследований других авторов, приходят к заключению, что положительные и отрицательные эмоции отличаются по характерному для них химизму с различной степенью участия холинергических и адренергических механизмов.

Адренергический эффект осуществляется адреналиноподобными веществами, выделяющимися при возбуждении симпатического нерва. Основными из этих веществ являются адреналин (А) и норадреналин (НА). Первый содержится преимущественно в мякотном веществе надпочечников, второй — в мозгу и некоторых других органах. Содержание последнего значительно выше, чем первого.



Симпатический нерв вызывает расширение зрачков, ускорение сердцебиения, повышение кровяного давления, задерживает деятельность кишечника, увеличивает содержание сахара в крови, повышает мышечную работоспособность, усиливает обмен веществ.

Саппо принадлежат первоначальные исследования выделения при эмоциях адреналина, который он называл симпатиком. Он обнаружил значительные изменения деятельности внутренних органов и состава крови при эмоциях боли, голода, страха и ярости.

Со времени опытов Levi известно, что раздражение блуждающего нерва (вагуса) сопровождается выделением в кровь веществ, названных вагусными или холинергическими веществами. Через посредство этих веществ передается влияние раздражения вагуса на тот орган, который и иннервируется его ветвями или аналогично действующими нервными элементами. Многочисленные дальнейшие исследования, особенно последнего времени, позволили физиологически и психологически различать действие адреналина и норадреналина.

Адреналин вызывает повышение максимального кровяного давления и ускорение сердцебиения, а норадреналин повышает минимальное кровяное давление и вызывает замедление пульса.

Позднее было отмечено, что адреналин обеспечивает быструю защитную реакцию, мобилизацию самозащитных средств организма, особенно при страхе.

Funkenstein, проводивший многочисленные исследования адреналиноподобных веществ в крови здоровых и нервно-психических больных людей, пришел к выводу о том, что гнев, направленный на других, сопровождается увеличением содержания норадреналина в крови, а страх, беспокойство, гнев, направленный на себя, сопровождается повышением содержания адреналина. Эти исследования позволяют думать, что различным оттенкам эмоций как в норме, так и в патологии, соответствуют различные соотношения адренергических веществ.

Уже Саппо установил, что симпатин представлен двумя близкими группами химических соединений, названных им симпатиками «Е» и «У». В настоящее время известно, что эти симпатика представляют собой адреналин и норадреналин, которые имеют в некоторых отношениях общее, а в некоторых отношениях различное, но огромное значение в общем балансе деятельности организма и его нервной системы.

Парасимпатический или холинергический эффект характеризуется сужением зрачков, расширением сосудов, замедлением пульса и усилением сокращений сердца, усилением перистальтики и секреции желудочно-кишечного тракта, выделением обильного горячего пота, ослаблением обмена веществ. Пара-



симпатические влияния преобладают над симпатическими во время сна.

Медиатором парасимпатического действия является ацетилхолин. В свою очередь, ацетилхолин разрушается ферментом — холинэстеразой, активность которой может позволить судить о холинергическом балансе.

Содержание холинолитических или холинергических, или разрушающих холинэстеразу веществ в организме тесно связано с состоянием деятельности головного мозга и всей нервной системы.

Изучение содержания адреналина в органах и крови животных тропических стран показало, что у плотоядных, характеризующих агрессивной эмоцией и позицией, соотношение адреналина и норадреналина выше, чем у травоядных, характеризующих пассивно-оборонительной реакцией и страхом. Очевидно, это имеет известное значение и в отношении к человеку и его психическим состояниям.

Сотрудники В. Н. Мясищева А. И. Гошев и В. К. Мягер произвели исследование содержания в крови адреналина (А), норадреналина (НА) и холинэстеразы у 110 больных, страдающих неврозами. Они обнаружили у этих больных колебания в содержании адреналина и норадреналина при различных эмоциональных состояниях и некоторые не столь значительные при этом колебания в содержании холинэстеразы.

Полученные ими данные показывают, что в состоянии страха возрастает концентрация А в крови при незначительных изменениях НА. В состоянии гневного раздражения или тревоги резко возрастает содержание А и НА. Наоборот, астенические эмоции (грусть, тоска) сопровождались отчетливым снижением содержания А и НА.

Представляют интерес такие компоненты внешнего выражения эмоций, как плач или психогенная рвота, при которых обнаруживалось резкое понижение А и НА. Наоборот, сердцебиение, как проявление страха, сопровождалось значительным повышением А и НА, тогда как невротические боли в сердце этих изменений не вызывали.

Высокая концентрация А и НА наблюдалась при невротической бессоннице. Что касается холинэстеразы, то активность ее значительно не изменялась при этих состояниях, было лишь обнаружено, что активность истинной холинэстеразы повышалась с увеличением содержания адреналина в крови. Есть основание думать, что различные области головного мозга оказывают неодинаковое влияние на выделение различных биологических веществ крови. Так, например, раздражение боковой и верхней поверхности гипоталамуса вызывает в опытах повышение содержания адреналина, симпатический эффект, а



раздражение «серого бугра» гипоталамуса вызывает парасимпатический эффект.

В последние годы все большее внимание исследователей привлекает к себе роль в организме всей группы соединений типа *катехоламинов*, в которую входят адреналин, норадреналин, допамин. Изменения в содержании катехоламинов наблюдаются при развитии различных патологических состояний, особенно проявляющихся в эмоциональных нарушениях. Исследования в этом направлении показывают, в частности, как велико может быть для организма значение эмоций.

При различных эмоциональных состояниях от коры головного мозга идут импульсы к различным органам секреции. Их выделения, возможно, в порядке обратного действия отражаются на состоянии головного мозга. Во всяком случае, указанные изменения биохимизма организма представляют следствие центральных психических, т. е. преимущественно кортикально-обусловленных, влияний, вызывающих через посредство подкорковых центров изменения внутренней секреции.

Вместе с тем, функциональные изменения состояния органов и организма являются важным звеном в биологическом выражении той или иной эмоции (гнева, страха, тревоги, тоски и т. п.). В этой области еще требуются многочисленные исследования, связывающие особенности психики с биохимическим балансом организма. Выяснение роли той или иной мозговой системы, с деятельностью которой связан тот или иной сдвиг в биохимической формуле организма как в мозговом веществе, так и в кровяном русле является актуальной задачей современной неврофизиологии.

**Связь эмоций с состоянием головного мозга.** Чрезвычайно важные исследования относятся к изучению связи различных эмоциональных состояний с функциональным состоянием головного мозга и его различных отделов.

Еще в XIX в. В. М. Бехтерев обнаружил, что раздражение зрительного бугра вызывает значительные изменения в мимических реакциях экспериментального животного. Изучение мозга методом экстирпации и раздражений производилось Munk, В. М. Бехтеревым, Scherrington, Cannon и Britton, Fulton, Dussier de Vagenne и др. Недостатком метода экстирпации и раздражения являлось то, что при этом повреждается вещество головного мозга.

Эпоху составили исследования И. П. Павлова и его школы по изучению условных рефлексов у собак. Они позволили без оперативного вмешательства вызывать состояние возбуждения и торможения, тесно связанное с тем, что принималось за эмоциональное состояние, и вызывать даже нарушения и «срывы» нервной деятельности при этих состояниях.



И. П. Павловым было указано, что «срыв» характеризует изменение в сторону возбуждения или торможения высшей нервной деятельности, проявляющееся как в анимальной, двигательной, так и в вегетативной нервной системе, в частности, в нарушении желудочной или слюнной секреции.

В тесной связи с изменением состояния головного мозга при эмоциях находятся и изменения в двигательной сфере. Если до известной степени эмоциональное возбуждение вначале сопровождается повышением продуктивности деятельности, то с дальнейшим ростом возбуждения появляются нарушения двигательных актов в виде дрожания; движения приобретают беспорядочный характер. То же обнаруживается и в интеллектуальных операциях, которые первоначально могут улучшаться, а потом ухудшаются, так что некоторые авторы говорят об «эмоциональной декорткации», которую следует понимать как последовательное разлитое торможение коры головного мозга и подкорковой области, вызываемое возбуждением.

Экспериментальные неврозы у собак как болезненные изменения высшей нервной деятельности в связи с непосильно трудными для животного задачами, изученные И. П. Павловым, получили широкое признание. Они в дальнейшем были вызваны у некоторых других животных (крыса, кошка, овца, обезьяна). В этом направлении интересны с фактической стороны опыты Massegman, однако его обобщения не всегда приемлемы из-за стремления «синтезировать» теорию условных рефлексов с психоанализом.

С 20-х годов текущего столетия были осуществлены многочисленные исследования, посвященные изучению роли подкорковых областей головного мозга, вегетативной нервной системы и деятельности эндокринных желез. Они подтвердили сформулированное И. П. Павловым и Л. А. Орбели положение о том, что подкорковая область является центральной анатомической базой эмоций или сложных безусловных рефлексов. В дальнейшем изучение диэнцефальной области мозга и древней коры (палеокортекса) позволило экспериментально показать их роль в аффективной стороне поведения.

Сappon и Britton, за ними Bagd и другие назвали проявление аффектов гнева и страха у животных с удаленной корой «мнимой яростью» (*shame rage*). В сущности, это были настоящие эмоциональные реакции, лишенные, однако, той пластичности и приспособительного значения, которые характеризуют животных с нормальным мозгом. Во всяком случае исследования показали, что эти эмоции можно вызывать у животных при удалении всего мозга кпереди от каудального отдела гипоталамуса.

**Новейшие данные о мозговом механизме эмоций.** В 1937 г. Papez выдвинул теорию «эмоционального кольца», которая



представляла основой эмоции кольцевое протекание возбуждения через следующие компоненты *лимбической системы*: гиппокамп — свод — мамиллярное тело — переднее ядро таламуса — поясная извилина — «пояс» (*cingulum*) — гиппокамп.

Экспериментальные повреждения отдельных звеньев этой цепи, а также других элементов — области перегородки (*septum*), миндалевидного комплекса показали участие всех этих элементов в эмоциональных реакциях, регулирующее влияние одних, обеспечивающее реакции возбуждения других. Эти данные еще не вполне определены и по отношению к человеку роль их еще не изучена.

В 1939 г. психолог Klüver и нейрохирург Вису опубликовали серию экспериментальных работ. На основании оперативного вмешательства на обезьянах преимущественно в области лимбической системы, они показали значение этой системы для поведения, особенно эмоциональной его стороны.

В последнее время новые успехи достигнуты в опытах, представляющих сочетание электроэнцефалографического метода, метода условно-двигательных рефлексов и электроэнцефалографической реакции (Brady, Olds, Delgado, Lilly и др.).

На рис. 12, воспроизводимом из опубликованной в 1964 г. работы Delgado, показана мнимая ярость кошки, вызванная раздражением гипоталамуса с помощью микроэлектродов, и особенности ее поведения по сравнению с нормальной контрольной кошкой.

Поскольку у человека повторение реакций или стремление к ним связано с удовольствием, а стремление избежать раздражение связано с вызываемым им неудовольствием, авторы этих опытов (Olds и др.) заключают, что у животных имеются аналогичные эмотивные оттенки поведения, а следовательно, те участки мозга, которые раздражаются с помощью микроэлектродов, имеют отношение к эмоциональным реакциям и состояниям. Разумеется, при переносе этих данных на человека нужно быть очень осторожным в толковании. В частности, надо учесть, что авторы ряда этих исследований допускают, на наш взгляд, ошибку, говоря о «мотивации поведения» у животных.

Новые технические возможности экспериментальных исследований должны быть использованы для дальнейшей разработки физиологического понимания эмоций и как сложнейших человеческих реакций и как человеческих сознательных отношений.

Следует при этом учесть, что И. П. Павлов, рассматривая эмоции как подкорковую деятельность, вместе с тем говорил о чувствах удовольствия и неудовольствия, связывая их с облегчением или с затруднением корковой деятельности. Эти чувства соответствуют эмоциональным состояниям, которые в случаях патологии могут переходить в состояние чрезмерно облегченное,



эйфорическое, гипоманиакальное с ослабленным внутренним торможением, с поверхностными ассоциациями или, наоборот, в состоянии болезненно затрудненного протекания психических процессов.

Особо важной и актуальной задачей физиологического освещения проблемы психологии эмоций является дальнейшая раз-

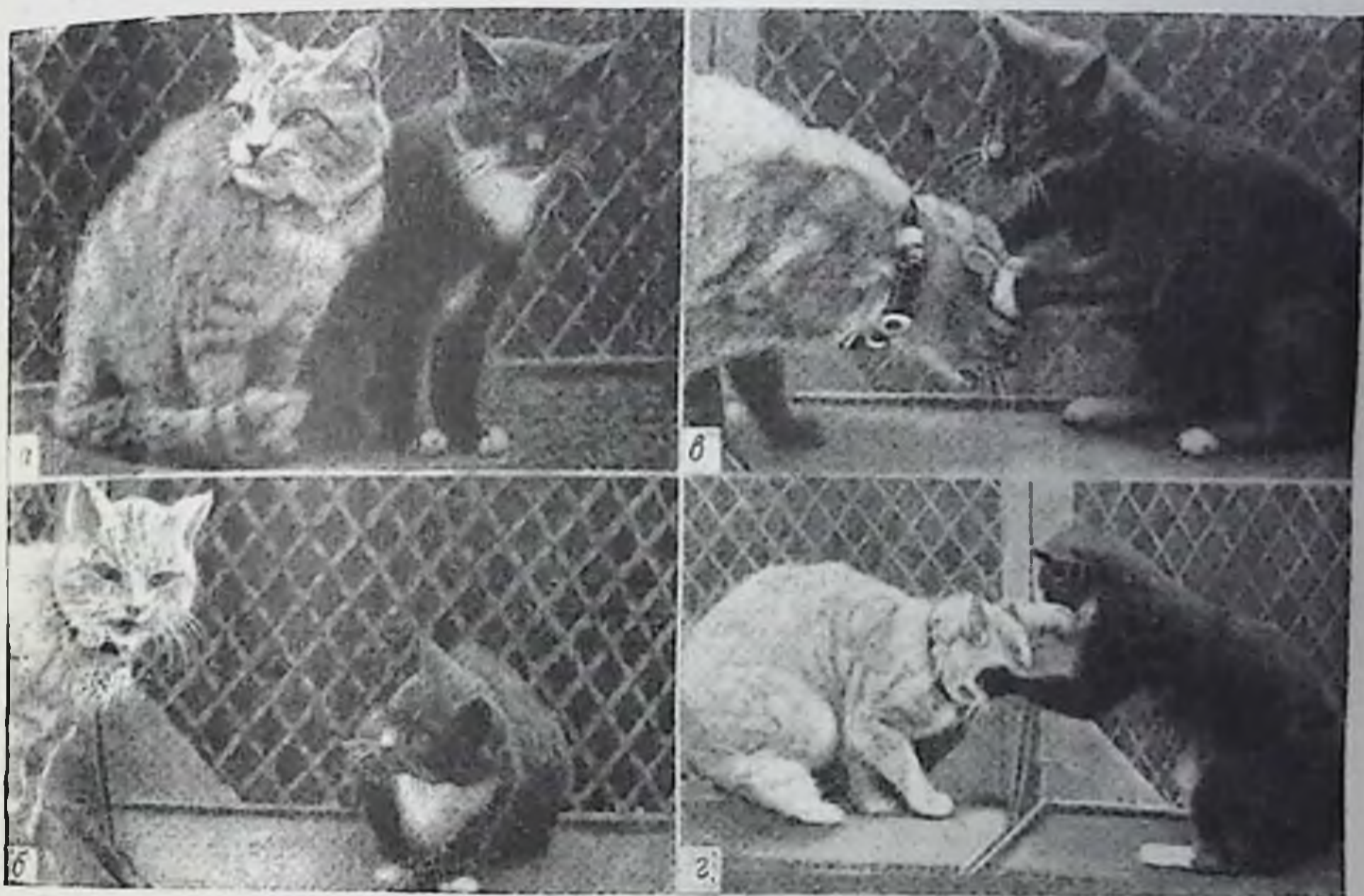


Рис. 12. Мнимая ярость, вызванная раздражением гипоталамуса кошки (по Delgado, 1964).

а — контроль: две дружелюбно настроенные кошки в клетке; б — агрессивное состояние одной из них (слева), вызванное стимуляцией переднего гипоталамуса, направлено на контрольную кошку, реагирующую, однако, защитными проявлениями; в — контрольная кошка атакует подопытную; г — подопытная, несмотря на отчетливо выраженную агрессивность, опускает голову, прижимает уши, пьтится и не отвечает тем же самым.

работка вопроса о физиологическом понимании эмоциональных отношений. Богатство психической деятельности человека с ее сознательностью позволяет считать их основанными на следах обобщенного индивидуального опыта динамическими образованиями, которые могут вызывать мощнейшие разряды бурных эмоций и обеспечивать мобилизацию богатых и разносторонних проявлений нервной деятельности, в связи с тем или иным объектом, например, другим человеком, или с идейными мотивами.

Jung выдвинул понятие о «*комплексе*» как системе эмоциональных переживаний, ушедших в бессознательное и образующих там самостоятельные энергетические центры, оказывающие активное воздействие на личность и ее поведение. Такое



понимание «комплекса» строится на неправильной трактовке бессознательного, не учитывает динамику перестройки следов переживаний под влиянием меняющихся условий жизни, новых переживаний человека, всей динамики нервно-психических процессов.

Заслуживают внимания вопросы о приспособлении личности и организма к эмоциям и их влияниям. Приведем одно высказывание из книги Гельгорна и Луфборроу.

Эти авторы пишут: «Нам хотелось бы подчеркнуть тонкую приспособляемость организма к разным эмоциональным ситуациям; так, вегетативные, соматические и поведенческие реакции при страхе совершенно различны в зависимости от того, реальна ли возможность избежать опасности или нет» (стр. 382).

**Эмоции в формировании характера и его дефектов.** Эмоциональные реакции проходят, но оставляют след в форме их условнорефлекторной временной связи с ситуацией, в которой они возникли. Неоднократное повторение реакций упрочивает этот след как склонность к выявлению определенного вида эмоций. Повторная эмоциональная реакция страха создает пугливость и робость как компонент характера. Повторный гнев ведет к образованию таких черт характера, как гневливость, раздражительность, которые при слабости нервной системы и беспрепятственном удовлетворении желаний создают нередко более сложную черту характера — капризность. Гневливость и капризность в известных условиях, например, ожидания опасности, раздражающей обстановки, неудовлетворенных претензий, вызывая острые аффекты или длительные аффективные напряжения, могут приводить к неврозу.

С особенностями характера тесно связан вопрос о причинах возникновения эмоций и их болезненных проявлений у человека. Если у животных эмоциональная реакция определяется биологическим значением воздействующего фактора и жизненным опытом через механизм корково-подкорковой и вегетативно-эндокринной системы, то у человека при том же механизме в структуре эмоций решающая роль принадлежит особенностям психики, личности, сформированным определенными социально-историческими условиями, воспитанием черт характера и отношений. Эти собственно человеческие черты коренным образом преобразуют эмоции, свойственные животным, и определяют возникновение новых одному человеку присущих эмоций, связанных с идеологией, моралью, эстетическими потребностями, общественной жизнью, трудом.

Особенности характера и связанных с ними эмоциональных отношений могут становиться источником патологических эмоций. Так, робость, как черта характера даже при мало опасных или некоторых вовсе неопасных обстоятельствах, может существенно влиять на возникновение патологического состояния



тревоги и страха. У требовательного или нетребовательного человека неудовлетворение их желаний также вызывает разную реакцию, у одного — гнев и настойчивость, у другого — уступчивость, подчинение. Гнев может повлечь болезненное состояние перевозбуждения; но и робкая уступчивость имеет пределы, за которыми возникает болезненная реакция нервной системы.

Человек морально чувствительный будет страдать от нарушения окружающими или им самим моральных требований. У активного это выразится гневным протестом, тем более сильным, чем сильнее нервная система, прочней моральная требовательность и чем трудней условия. У нервно-психически слабого это проявится в мучительных переживаниях, которые могут привести к неврозу или к состоянию реактивной депрессии. Эмоции и их особенности могут играть решающую роль в возникновении психогенных как психических, так и соматических нарушений.

Представления об эмоциях у человека как о выражении темперамента, о роли в характере эмоций вегетативной и эндокринной систем в их динамике остаются безжизненными, если не входят в систему взглядов о значении для эмоции общественного опыта человека, который не только организует новый, так называемый высший (моральный, эстетический) тип эмоций, но регулирует все стороны эмоциональной жизни человека. Обстоятельства жизни человека могут обострять и подавлять эмоции, заставляют его сдерживать проявление эмоций при величайшем их напряжении или допускают безудержное проявление их даже при их незначительной степени. Эти обстоятельства перестраивают форму и содержательную сторону эмоций.

В профилактике различных заболеваний и в психогигиене большое значение имеет воспитание эмоций, регулирование эмоциональной сферы личности, обеспечение гармонического соотношения эмоций с интеллектом, волей, укрепление самообладания.



## ДВИЖЕНИЯ, ДЕЙСТВИЯ, ПОТРЕБНОСТИ

**Движение и действие.** И. М. Сеченов и И. П. Павлов внесли исключительно важный вклад в изучение движений в их единстве с сенсорными процессами. Учение о двигательном анализаторе во всей сложности его структуры, в которой должна учитываться связь с другими анализаторами и второй сигнальной системой, данные о корково-подкорковых связях и ретикулярной формации оказали огромное влияние на дальнейшие исследования двигательных процессов.

Для психологии вообще, для медицинской психологии, в частности, в области движений наибольшее значение имеет изучение волевых движений.

Психологическое исследование произвольного или волевого движения у человека должно производиться с учетом того, что это движение, как правило, входит в единую систему целенаправленного, осознанного действия. Движение как элемент осмысленного волевого акта развивается у ребенка вместе с развитием способности к направленному действию. Большую роль при этом играет *обучение* и *подражание*. В медицинской психологии особенности движений и их нарушения также в основном должны изучаться в этом плане.

Когда ребенок начинает учиться писать, он приобретает новую для него форму движений. Когда человек приобретает профессию артиста цирка: обучается гимнастике, акробатике, жонглированию, у него возникают возможности движений, по своей точности и сложности недоступных людям, не ставящим перед собой таких задач. Когда человек обучается игре на рояле, его способность совершать каждой из рук разные, но точно соотносимые движения, достигает исключительной высоты. Задачи многообразных видов и форм деятельности определяют развитие движений. Патология в ряде случаев ограждается на движе-



ниях именно как на элементе действия. Восстановление и компенсация нарушенных произвольных движений также в большой мере связаны с их включением в соответствующие системы действия.

**Деятельность человека.** Под деятельностью человека понимается та основная сторона его жизни, в которой он активно осуществляет стоящие перед ним задачи. В деятельности формируется личность и выражает себя. Можно различно классифицировать виды деятельности человека. Часто говорят о практической и теоретической деятельности. Это деление достаточно условно, но это не снимает его положительного значения. Можно различать профессионально-трудовую, общественную, спортивную, художественную деятельность.

Основной, ведущей формой человеческой деятельности является труд. В активности ребенка большое место занимает игра. Наряду с ее большим общеразвивающим значением игра, с одной стороны, богата подражанием труду, а с другой — является подготовкой к нему. Понимая, таким образом, значение игры и ее роль в формировании личности ребенка, следует руководить ею в целях воспитания.

Деятельность человека, в основном, сознательна. Она выражается в действиях, которые осуществляют построенный в сознании план.

При социализме и коммунизме личность наиболее полно раскрывает себя в деятельности, соответствующей ее способностям, ее интересам. Всякое действие человека, будет ли это действие с внешними предметами или чисто умственный процесс, не может быть понято, если не учесть его психологическую природу. В деятельности человека участвуют познавательные, двигательные процессы, эмоции, волевые процессы, внимание, память, речь, мышление, сознание — вся личность во всей ее многогранности и сложности.

Изучая деятельность человека, в первую очередь — трудовую, врач получает возможность характеризовать личность со стороны ее активности, целеустремленности, волевых качеств, ее интересов и направленности. В деятельности отражаются такие черты личности, как собранность или разбросанность, педантичность или небрежность, степень настойчивости и различные степени так называемого упрямства, утомляемость и необусловленная утомлением истощаемость.

Врач должен своими советами помочь родителям и педагогам воспитывать у ребенка, уже начиная с игрового периода, положительные стороны волевой деятельности. Он должен уметь распознавать особенности деятельности больных и где можно положительно воздействовать на нее, устраняя, по возможности, ее отрицательные стороны. Выявление неадекватных особенностей, происшедших в характере деятельности человека изменений



может поставить вопрос о наличии у него нервно-психической или соматической болезни и помочь диагнозу, определению состояния и динамики патологического процесса.

Резкое, например, снижение активности в деятельности может быть связано с изменением настроения (как это бывает при депрессиях — состояниях угнетенного настроения и тоски). Особенно выраженное падение активности со снижением инициативы может быть обусловлено патологическими изменениями в лобных долях головного мозга. Резко выраженная повышенная утомляемость может иметь своей причиной заболевание неврозом. Но она может зависеть и от состояния внутренних органов, болезней крови и др. Назовем, в виде примера, астении при снижении артериального давления. Патологически преувеличенная тщательность в действиях с необоснованным вниманием к деталям характерна для многих больных эпилепсией. Эти примеры могут быть бесконечно умножены и, мы полагаем, показывают, как велико для врача значение изучения нарушений деятельности больного.

Важным представляется сопоставление объективно выраженного *утомления*, как состояния, вызванного нагрузкой, с чувством *усталости*, — состоянием психики, в норме правильно отображающем процессы утомления в организме. В патологии же нередко отмечается чувство усталости без соответствующей нагрузки и реже — отсутствие чувства усталости при наличии большой нагрузки и объективно выраженного утомления. Выявлению этих состояний может помочь изучение кривой графика работы (понижение или повышение эффективности), показывающее втягивание в работу, падение работоспособности по мере утомления, влияние отвлекающих моментов и пр. Необходимо также учитывать влияние на кривую отношения человека к работе, общее эмоциональное состояние, состояние его здоровья и др.

Важнейшее значение имеет определение изменений в деятельности, выявившихся у человека в связи с болезнью.

**Потребности, влечения, мотивы, побуждения и деятельность.** Всякий организм нуждается для продолжения своего существования и для своего развития в определенных условиях. Нужда в этих условиях образует потребности организма. Человек, как и всякое живое существо, не может существовать без пищи. У человека имеется ряд других потребностей, определенных биологически. Но все они под влиянием общественной среды, в которой живет человек, приобретают собственно человеческие черты, становятся человеческими потребностями. Человек современной культуры нуждается в пище, но это — потребность в определенных видах пищи, определенным образом приготовленной, которая съедается в определенных условиях. Социальной перестройке подвергаются все унаследованные от животных



предков потребности и влечения человека. Причем здесь имеет место не их подавление (как это понимают психоаналитики), а развитие, с соответствующими качественными изменениями. Игнорирование или недооценка этого развития потребностей приводит к грубейшим ошибкам.

Вместе с такой перестройкой биологически обусловленных потребностей в процессе исторического развития у людей возникают новые наиболее высокие потребности, специфически человеческие. Эти потребности, где это вызывается необходимостью, становятся над личными потребностями. Люди в борьбе за справедливость, в классовой борьбе, при защите родины способны игнорировать опасность смерти во имя идеалов, могут длительно при необходимости голодать, пойти на муки.

Деятельность человека определяется широким кругом его потребностей, на основе которых формируются *влечения и интересы*. Влечения, вызванные у животного необходимостью удовлетворения биологических потребностей, резчайшим образом отличаются от влечений человека, зависящих от социально-исторических условий его жизни. Такое понимание влечений коренным образом расходится с пониманием влечений психоаналитиками всех направлений. Для них влечение — биологически возникающий, неизменный, фатально определяющий все в психике человека механизм.

В советской психологии влечения и интересы понимаются, как непосредственно «чувственные отражения» потребности (А. Н. Леонтьев, 1952). Влечения человека отличаются сознательным в той или иной мере характером. Человек осознает цель деятельности и также то, почему он стремится к этой цели — мотивы деятельности. Осознанные влечения лежат в основе сознательных желаний, стремлений, волевых действий и интересов к определенным областям деятельности. Человеческая деятельность направляется осознанными мотивами. Они могут быть весьма различными, соответствовать требованиям общества или расходиться с ними. Мотивы в одних случаях коренятся в узком себялюбии, в других диктуются подлинно общественными, высокими идеалами. Эти последние и являются мотивами советского человека.

Некоторые зарубежные авторы (в том числе и Kretschmer) говорят о биологическом влечении, как причине преступления. Это, конечно, совершенно неверно. Преступная деятельность, противоречащая интересам общества, диктуется не биологическими особенностями человека и не отсюда проистекающими мотивами. Преступление — явление социальное. Если закон нарушается больным в результате вызванных болезнью нарушений в мотивационной сфере и нарушения сознания, — это уже не преступление.



Весьма часто действие определяется не одним мотивом, а целой системой мотивов; иногда для выполнения действия требуется пережить борьбу различных мотивов. Не всегда в сознании одинаково представлены все мотивы, все побуждения к тому или иному действию.

Среди немотивированных движений у здоровых людей можно отметить различного рода *привычные движения* и действия, среди которых и следует различать положительные, нужные человеку, сознательно им закрепляемые. Эти «привычки» полезны. Они часто автоматизированы, экономят силы, помогают как работать, так и отдыхать. Иными являются по своему происхождению и значению отрицательные «привычки». Их никто сознательно не воспитывал. Они обычно появляются в результате сознательного или бессознательного подражания и чаще совершаются «автоматически». Преодолевать их бывает трудно. Нередко для их преодоления нужна помощь врача. У больных могут наблюдаться и навязчивые движения, возникшие под влиянием различных патологических переживаний.

Иногда в поведении человека выделяются особые формы активности — *поступки*, большей частью выражающие отношение человека к другим людям и не всегда полностью мотивированные. Поступки больных могут выражать патологические эмоции, настроения, отношения.

Болезнь в ряде случаев изменяет и нарушает влечения, побуждения, мотивы деятельности и отдельных, входящих в нее действий. При этом может быть нарушен как объект влечения, так и форма удовлетворения его. У некоторых больных существенно изменяются потребности и влечения. При некоторых заболеваниях резко снижается аппетит (*анорексия*), при других возникает (нередко при заболеваниях, сопровождающихся нарушением в подкорковой области головного мозга) прожорливость — *булимия*. Нередки патологические изменения в сексуальной сфере. Иногда половое влечение ослабляется, тормозится, иногда наоборот, наступает повышенная сексуальность. Ошибочно психоаналитики и некоторые другие авторы все сексуальные извращения вообще рассматривают как чисто биологическую аномалию. Гомосексуализм, импотенция, фригидность у женщин и т. п. в огромной части случаев являются следствием определенных условий жизни, неблагоприятных влияний окружающей среды.

У больных с общими психическими изменениями и снижением в результате мозгового заболевания интеллекта (дементность) нередко резко снижается социальная сторона влечений. Влечения и интересы психически больных иногда сосредоточиваются на еде, иногда на сексуальном удовлетворении и т. п. Нарушение влечений (как биологически, так и социально обусловленное) может относиться к какому-либо одному виду вле-



чений, но иногда распространяется на все виды. При этом утрачивается соотношение между различными влечениями, потребностями и интересами. Примером такого нарушения является неудержимое влечение к азартной игре. О герое своего произведения «Игрок» Ф. М. Достоевский в одном из своих писем писал: «Все его жизненные соки, силы, буйство, смелость пошли на рулетку... Он поэт в своем роде, но... он сам стыдится этой поэзии — чувствует ее низость». Сфера побуждений к действию особенно часто страдает при поражении лобных долей, стриопаллидарной системы, ретикулярной формации. Болезнь нарушает интересы и мотивационную сферу. Так бывает, например, при шизофрении. У других больных нарушения в мотивационной сфере, в сфере интересов приводят к тому, что мысли о болезни, переживание болезни подавляют все другие мысли, чувства и интересы больного, доминируют над ними, меняют мотивы его поведения.

У здорового человека деятельность всегда в той или иной степени мотивирована. В болезни мы сталкиваемся с возможностью возникновения немотивированных действий, не происходящих из осознанных потребностей и побуждений и не имеющих перед собой осознанных задач и целей. Патологическая перестройка мотивационной сферы отмечается у ряда психически больных, у больных с поражением лобной области. У последних часто бывают снижены и интенсивность и динамика побуждений. У невротиков и психически больных особенно резко выявляется в ряде случаев борьба разных мотивов.

В реактивном состоянии (патологическое состояние, вызванное тяжелой психической травмой) нередко временно возникший мотив приобретает огромную силу при его относительно незначительной стойкости. У некоторых больных с наличием бреда бывает иногда нетрудно обнаружить огромную побудительную силу, наряду с огромной стойкостью, единообразием и узостью мотивов и потребностей. Физиологической основой таких патологических явлений следует считать патологическую инертность нервных процессов в головном мозгу при наличии других соответствующих особенностей состояния нервной системы.

У больного человека возможны немотивированные или маломотивированные действия и поступки, неадекватные мотивы действия. Можно выделить, например, *импульсивные* действия. Так называются действия, которые непосредственно возникают из аффективно окрашенных импульсов, внезапно, без соотношения в сознании их с обстоятельствами, с требованиями морали, с общими установками личности. Иногда в особых условиях импульсные действия, не учитывающие обстоятельств, непродуманные, может совершить и практически здоровый человек. А. П. Чехов с потрясающей правдивостью описал «злоумыш-



ленника», который, чтобы обеспечить себя грузилом для рыбной ловли, вывинчивал на железнодорожном пути из рельсов гайки, не задумываясь над тем, что его действия могут привести к крушению поезда с многими человеческими жертвами. Неспособность соотнести мотивы побуждающие и мотивы тормозящие, долженствующие задержать, не допустить действие, отсутствие или снижение самоконтроля, саморегуляции бывают присущи не только больным, страдающим психозом, в меньшей мере — психопатией или неврозом, но в какой-то мере и форме и здоровым людям — детям, иногда подросткам, людям с недостаточно развитым интеллектом, людям, находящимся в состоянии аффекта (особо сильной эмоции).

У некоторых больных под влиянием болезни иногда возникают так называемые автоматические, т. е. неосознанные или недостаточно осознанные действия. Как указывалось, они особенно характерны для страдающих эпилепсией. Такие автоматические действия могут протекать в течение 1—2 мин, а иногда значительно дольше. По окончании приступа больные обычно ничего не помнят о том, что с ними было. На электроэнцефалограмме, по данным Пенфилда, в начале такого приступа отмечалось подавление электрической активности, электроэнцефалограмма приобретала черты сглаженности, затем возникали, в основном, замедленные волны.

**Волевые действия и их детерминированность.** Для деятельности человека характерен волевой характер. Волевые действия, направленные на достижение поставленной цели, проходят вплоть до их окончания при регулирующей и контролирующей роли сознания. Человек воздействует на окружающий мир и на самого себя на основе специфически человеческого, т. е. сознательного отражения действительности и сознательного отношения к ее требованиям.

В патологии наблюдаются состояния выраженного ослабления воли многообразного генеза — *абулии* или *гипобулии*. Употребляется некоторыми авторами и термин *гипербулия*, но вряд ли можно думать, что нервно-психическая болезнь действительно может укреплять волю в настоящем ее понимании.

Цели и задачи волевых действий человека определяются непосредственным отражением в его сознании объектов внешнего мира, на которые направлено действие, а также в равной мере образами, представлениями и понятиями, возникшими в свое время в процессе отражения. Задачи, которые ставит перед собой человек в отношении своих действий, также основаны на его личном опыте в научном материалистическом его понимании, т. е. на общественно обусловленном опыте. Опыт же определяют и формы действия, отдельные, входящие в действие процессы и операции (двигательные, мыслительные).



Можно говорить об основных и подчиненных целях действия. Человек, например, ставит своей целью максимально отдать свои силы на дело строительства коммунистического общества, видит в этом смысл своей жизни. Но, намечая путь для достижения этой цели, он может поставить подчиненную ей цель — получить образование. Уже из нее могут возникнуть отдельные задачи и соответственно отдельные действия: сдать экзамены, пойти в библиотеку и пр. Конечно, разные люди имеют разные потребности и ставят перед собой при одинаковых как будто условиях различные цели, избирают объекты действия, различные формы воздействия на объект, различные формы оперирования объектом, по-разному строят свои действия. Но эти индивидуальные различия также закономерно определяются условиями жизни, тем, какие отношения к действительности сложились у человека, каковы его знания и умения, его способности, его интересы и влечения, особенности его характера, его идеология, т. е. детерминированы социальной средой и физиологическими особенностями человека в их единстве.

Идеалисты, в частности, сторонники волюнтаристического направления в философии и психологии, чужды пониманию сознания, как отражения действительности, считают, что сознание — первая и единственная причина волевого действия, отрицают вторичность сознания и воли, отрицают их зависимость от материального мира, приходят к мистификации воли, к ложному положению об ее независимости как от среды, от условий жизни, так и от нервной системы и организма в целом.

Механистические же концепции противопоставляют этим идеалистическим взглядам фактическое отрицание роли сознания и психики в строении действий и поступков человека. Такая позиция, в частности, характерна для американской психологической школы бихевиористов — сторонников науки о поведении, изучаемом ими без учета сознания, психики, понимаемом ими как сумма реакций, как ответные движения организма на раздражения.

Советская психология, вооруженная философией диалектического материализма, сумела выйти из того порочного круга, в котором находятся столь многие психологи капиталистических стран, объективистски изучающие деятельность человека, его поведение, игнорируя психику, или субъективистски отрывающие психику от ее материальной основы.

Психологический анализ деятельности и поведения в их единстве с сознанием (С. Л. Рубинштейн, А. Н. Леонтьев и др.) — метод советской психологии, отбрасывающей оба эти пути как ложные.

Чем больше сознаваемых трудностей встает перед человеком при установлении цели действия и при его выполнении, тем более выражен волевой характер действия, тем больше требований



предъявляется к личности. Способность к преодолению трудностей в действиях, проявляемая при этом настойчивость, способность доводить дело до конца также определяется условиями жизни и состоянием организма, в частности и особенно — центральной нервной системы.

Неправильное воспитание делает человека менее способным к волевой деятельности. Врач, которому приходится принимать участие в решении вопросов воспитания, должен учитывать его влияние на развитие способности к волевым действиям у ребенка. Особенно врач должен об этом помнить при лечении ребенка нервного, психопатичного, или страдающего другими заболеваниями.

Развитие воли, способности к волевой деятельности может сыграть большую положительную роль в компенсировании различных дефектов, различных патологических осложнений развития. Нельзя себе представить и лечение врачом ряда больных, особенно невротиков и психопатов, без того, чтобы он систематически не стремился к укреплению в них способности к подлинно волевым действиям и к устранению всех немотивированных, недостаточно или неправильно мотивируемых их действий. В рассказе А. Довженко «Воля к жизни» с большой художественной силой изображен тяжело раненый на войне советский солдат, который считался опытными врачами умирающим, но который, проявив огромную силу воли к жизни, сумев преодолеть невероятную слабость, боль, страдания, оказал решающую помощь врачам в его излечении. Это видение художника не может не обратить на себя внимание врача. Врач должен укрепить в больном волю к жизни, к здоровью и этим обеспечить наиболее благоприятные условия для лечения.

**Цель и задачи волевого действия.** Исходным пунктом волевого действия являются его цели и задачи, образующие побудительную силу для его выполнения. Как здоровые, так и больные люди весьма различаются по характеру потребностей, по силе побуждения к целевым действиям.

Цель и задача, как правило, не совпадают. Человек может поставить перед собой цель, которая требует последовательного выполнения большого ряда действий, решения многих задач в течение длительного времени. Не всякий способен ставить перед собой такие цели или, поставив, последовательно добиваться их достижения. Болезнь может ослаблять способность к постановке такого рода цели и движения к ней. Дети также не способны к таким образом построенной деятельности.

Неправильное воспитание может повести к тому, что человек живет без определенных целей. Такая форма существования иной раз приводит к неврозу, к психопатизации личности, к социальной деградации.



Некоторые больные сохраняют лишь способность совершать простые действия, ведущие к удовлетворению наиболее элементарных потребностей. Такой больной может, например, увидев пищу, тянуться к ней, преследуя только данную узкую и частную цель.

У других больных цели крайне неустойчивы, сменяют друг друга на самых начальных этапах действия. Поставленная цель может не соответствовать условиям и возможностям индивидуума. Некоторые больные ставят перед собой цели, неосуществимые или лишённые смысла.

Цель и задачи могут быть достижимыми и решимыми при наличии двух условий: правильной оценки объективных условий и правильной самооценки. И здоровые люди могут обнаруживать склонность к переоценке или к недооценке своих личных возможностей: знаний, способностей, умений, черт характера. У некоторых больных эти особенности личности и деятельности бывают особенно резко выражены. Так, например, страдающие психастенией весьма склонны сомневаться в себе и в своих силах. В связи с этим у них бывают резко выражены колебания в выборе цели действий. Еще более труден для них переход от выбора цели к соответствующим действиям.

Следует отметить, что именно при психастении чаще всего возникают навязчивые действия, действия без сознаваемой и обоснованной цели, более или менее стереотипно и вынужденно повторяющиеся. Можно думать, что между этими двумя сторонами психастенической личности — неуверенностью в себе и навязчивостью, навязчивыми действиями имеется связь: сниженная способность к волевым действиям связана с сниженной способностью тормозить действия неволевые, лишённые осознанной цели, застрявшие, выражающие патологическую инертность.

**Планирование действий.** Намеченная цель, поставленная задача, приводит к действию через составление более или менее отчетливого плана и выбора средств его выполнения. Это планирование, или программирование, — важный этап действия. Способность к планированию своих действий, уровень и индивидуальные особенности планирования весьма характерны для личности здоровой и больной.

Конечно, роль и особенности планирования различны и у одного и того же человека при различных целях и задачах. Для достижения одних целей путь для человека со здоровой психикой может быть в основном predetermined общественным и личным опытом. В других случаях таких проторенных путей нет, или данный человек их не знает, и реально план должен им строиться в большей мере наново, что, конечно, представляет значительно большие трудности. Иногда трудности возникают и потому, что человек не учитывает непригодности привычных или наиболее ему доступных путей для стоящей перед



ним цели и обрекает себя на ошибки. Болезнь нередко сказывается в снижении способности адекватного задаче планирования, в неспособности действовать по принятому плану. С цели, задачи и плана начинается волевое действие. Но цель, задача и план, определяя, в основном, действие, сами могут в той или иной мере меняться в процессе действия и под его влиянием.

**Некоторые особенности процесса действия в норме и патологии.** Волевое действие обогащает личность опытом в процессе его выполнения. Действие, его течение, его результаты могут показать, что поставленная цель недостижима, что необходимо ее уточнить, видоизменить, отсрочить попытки ее достижения, или что предварительный план следует изменить.

У некоторых больных регулирующее влияние действия на цели, задачи и планы бывает нарушено, как бывает нарушено и влияние «обратной афферентации» (П. К. Анохин) на самое течение действия, на эффекторные механизмы. Больные могут быть неспособны или мало способны вносить соответствующие коррекции в первоначальный план под влиянием поступающей афферентации и ее сличения с планом и регулирующих и корригирующих систем разных уровней (Н. А. Бернштейн).

Влияние цели на действие сказывается не только на предварительном, настроечном и пусковом этапах. Соответствующие цели регулируют системы мозга, направляют действие в той или иной мере на всем его протяжении. Вместе с тем, на разных этапах действия влияние цели и предварительного плана может быть различным, более или менее выраженным. Дети, многие здоровые люди, особенно многие больные, могут в процессе действия уйти от его цели и задачи, бывают не в состоянии в процессе действия исправлять допущенные ошибки. Чрезмерная зависимость процесса решения задачи от не относящихся непосредственно к нему условий, подавляющее влияние непосредственных раздражителей на выполнение задачи во всех видах деятельности характерно для многих больных, страдающих органическими заболеваниями головного мозга.

Ребенок 7 лет хочет из пластилина построить человечка. Но сделав это, он говорит, что для человечка нужен стульчик и лепит теперь из того же пластилина, т. е. из слепленного человечка стульчик, потеряв первоначальную цель и задачу, действуя вопреки названному им же мотиву: «человеку нужен стульчик». Здоровой девочке 9 лет, преодолев большие трудности, удается поймать красивую бабочку для коллекции. Но, поймав ее, она тут же отпускает ее, потеряв к ней интерес. Здесь обнаруживается детская нестойкость интересов. В этом случае, вероятно, можно говорить, что основной побуждающей потребностью, хотя и неосознанной, было не столько желание владеть бабочкой, сколько желание ее поймать, стремление к самому совершению действия.



У больных, наряду с нестойкостью задачи, иногда наблюдается застревание (патологическая инертность) на отдельных элементах действия, далее уже автоматически, без цели выполняемого. Приведем два примера такой автоматизации действия (М. С. Лебединский).

Больной, страдающей болезнью Пика, предложено взять со стола карандаш. Карандаш лежит недалеко от нее. Она начинает искать. Рука ее передвигается по столу. В соответствии с этими движениями передвигаются и глаза больной, пальцы руки при этом полусогнуты. Поза больной, ее движения явно демонстрируют наличие у нее соответствующей заданию установки — найти и взять нечто со стола. Но больная, длительно продолжая эту по форме поисковую деятельность, не берет ни карандаш, ни ничего другого. (В иных подобных ситуациях она берет другой, незаданный предмет). На вопрос, что ей надо взять, больная не отвечает, обнаруживая растерянность, но не прекращая «поисков». Движения больной теперь оторваны от цели и задачи, не соотносятся с ними. Здесь в своей основе нарушены структура действия и характер движения. Сознательное действие породило и в какой-то мере определило автоматизированное движение. Соотнесение движения с задачей прерывается вскоре после образования установки на действие и включения пускового механизма, контрольный аппарат, не функционирует или функционирует ослабленно.

Несколько иначе обнаруживается патологическая инертность у другого больного. Больному (опухоль правой лобной доли, подтвержденная позднее на операции) предложено 6 раз постучать. Он дважды выполняет такую инструкцию правильно. Теперь ему предложено произвести большее количество постукиваний — 15. Он стучит 15 раз, делает паузу [мы (М. С. Лебединский) его не прерываем и выжидаем] и стучит еще пять раз. Теперь мы его спрашиваем: «Сколько раз постучали?» Больной отвечает: «Кажется, 20 раз». «А сколько надо было?» — продолжаем мы спрашивать. Больной вместо ответа начинает вновь стучать; он стучит еще 15 раз, делает паузу и стучит до 50 раз. Движения эти по форме несколько меняются. Мы его опять спрашиваем, сколько раз он постучал. И на этот раз больной вместо ответа начинает вновь стучать.

Анализируя данные приведенного описания исследования, можно отметить в нем ряд существенных моментов. После выполнения задания постучать 6 раз больной не продолжал движения. После же выполнения задания постучать 15 раз или больше он продолжает постукивание за предел, который поставлен задачей. И это не приходится считать случайным. Можно сказать, что большее количество выполненных согласно заданию однообразных актов создает больше предпосылок для проявления патологической инертности. У других больных, с более выраженной патологией такого рода симптом «непрекращения» (описанный рядом авторов) может наступить после меньшего количества стуков по заданию.

В описании движений больного отмечалась дважды возникшая пауза после того, как он постучал согласно заданию 15 раз. Это, нужно думать, убедительно показывает, что больной, во всяком случае до того, как произвел соответствующее заданию количество стуков, не потерял полностью задание. Он явно считал свои стуки. Здесь нет полной потери задачи, а есть



постепенное снижение осознания задачи, постепенное снижение регулирующей роли сознания на двигательные операции.

Таким образом, автоматизированное движение не обязательно является полностью неосознанным. Нарушение регуляции у больных возможно и при сохранении известного уровня осознанности действия. Как показывают исследования некоторых авторов, включая и наши, при поражениях правого полушария такое снижение уровня сознания и нарушение регуляции — более частое явление.

В описанном наблюдении имеет место отрыв действия, вернее — движений от задачи и образование тенденции к продолжению действия, но уже как действия немотивированного и бессмысленного. Если в начале действия оно определялось задачей, то в дальнейшем — посторонними задаче патологическими побуждениями, своеобразной формой патологической инертности возбудительного процесса, противостоящего регулирующей роли сознания.

Описанное «застревание» отличается от значительно чаще наблюдающегося в патологии иного выражения инертности — *персеверации*. В приведенных наблюдениях потерявшие свой смысл элементы действия не решают никакой задачи. При персеверации же законченное действие целиком или в каких-либо своих элементах проникает в последующее действие, решающее новую задачу, для выполнения которой эти элементы предшествующего действия чужды и непригодны.

Pick в свое время описал больного, у которого, когда он писал, отобрали ручку. Вместо нее в его руку вложили нож. Больной продолжал ножом производить движения, по форме приближающиеся к движению руки в процессе письма.

Персеверация проявляется главным образом тогда, когда больной приступает к решению новой задачи. Для явлений персеверации обычно характерны следующие моменты: 1) они преимущественно обнаруживаются при относительно повышенной для больного трудности решения новой задачи; 2) они вместе с тем скорее выявляются в действии, более или менее в чем-то сходном с предшествующим; 3) чаще всего проникают в новое действие элементы последнего предшествующего действия, но иногда и несколько более раннего; 4) персеверативная тенденция иногда выражается в том, что в последующее действие неправомерно переносятся не те или иные элементы, а общий смысл одного из предшествующих действий. Здесь можно говорить иногда об инертности установки; 5) являясь общим выражением патологически сниженной подвижности нервных процессов, персеверативные тенденции при очаговых поражениях головного мозга преимущественно выступают в наиболее пострадавшей сфере психики: а) в речи, б) в двигательных актах, в) в восприятии и т. п.



Следует различать: 1) персеверации, бессмысленность которых больной не улавливает и 2) персеверации, которые непосредственно или хотя бы с запозданием больные осознают и пытаются их преодолеть. Между этими двумя группами имеются промежуточные формы частично осознаваемых персевераций.

По этим различиям персевераций можно также судить в некоторых отношениях об общем состоянии психики и нервных процессов у больного. Важно бывает выяснить, наблюдаются ли персеверации только в одной области психических процессов или они присущи всем психическим процессам у больного. Выявление этой стороны нарушений может помочь отделению узлокальных поражений от более широких поражений головного мозга.

От персевераций необходимо отличать нередко сходные с ними явления *стереотипии*, весьма характерные для ряда больных шизофренией. Стереотипии глубже, чем другие проявления патологической инертности в двигательном анализаторе, проникают в личность больного. Это явно связано с особым патогенезом двигательных нарушений, возникающих на основе общих нарушений динамики нервных процессов.

Персеверативные элементы действия в той или иной мере перестраиваются при повторении. Больной в той или иной мере сопротивляется персеверативным тенденциям и противопоставляет им побуждения к нормализации действия. О стереотипиях этого сказать нельзя. Они не противостоят личности, сливаются с ней и, как правило, не варьируют. Механизм персеверации проявляется то в одном, то в другом действии и выражается в соответствии с этим каждый раз иначе. Стереотипии больного шизофренией более однообразны и менее зависимы от внешних влияний.

Рассмотрение этих далеко не полно здесь описанных проявлений патологической инертности в клинике нервных и психических заболеваний, в частности, показывает подлинное многообразие физиологической и неврофизиологической природы инертности и патологической инертности нервных процессов. Изучение этого многообразия имеет большое теоретическое и практическое значение.

Надо еще отметить, что явления повышенной инертности корковых нервных процессов выявляются в некоторых вариациях и у больных с соматическими заболеваниями в связи с общей астенизацией центральной нервной системы, а также иногда и у здоровых людей — в состоянии переутомления и у пожилых.

Остановимся еще на некоторых формах нарушения действий и входящих в них произвольных движений. У некоторых больных нарушается автоматизация движений. В других случаях нарушается координация элементов автоматизированных актов.



Примером может служить нарушение жевательного процесса в мастикациограмме (Р. С. Рубинова). Иногда у больных угасание, наступающее торможение действия, находит выражение на какой-то фазе в бессмысленных, abortивных движениях. Мы наблюдали больную кататонической формой шизофрении, которая несколько минут играла на рояле. Постепенно исполнение претерпело ряд изменений в выразительности, в силе звука, в модулировании. Наконец, последовал ряд движений рук, сходных с движениями игры на рояле, но не достигающих клавиш, и далее — полное прекращение действия.

Другая больная также с кататонической формой шизофрении, выходя из кабинета, пытается закрыть за собой дверь. Один раз она легко прикасается к двери, не подвинув ее, а потом делает несколько сходных движений в воздухе, уже не дотрагиваясь до двери. Затем остается неподвижной.

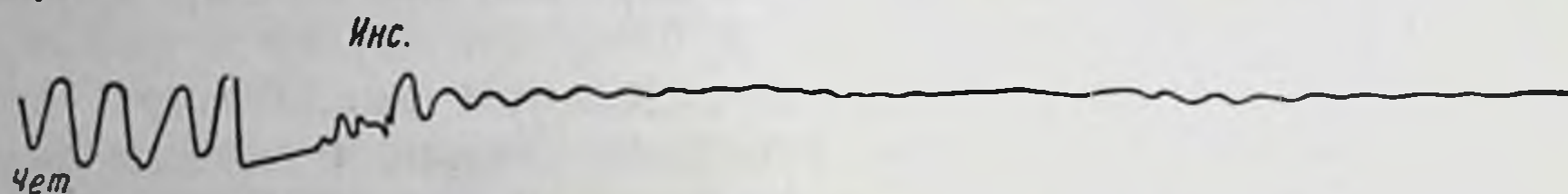


Рис. 13. Кинограмма движений больной шизофренией (кататоническая форма).

Такие рудименты действия нередки у больных кататонической формой шизофрении. И здесь действие, угасая, сводится к потерявшим смысл операциям.

Приведем отрывок кинограммы движений одной больной с той же формой шизофрении, на которой выступают сходные «рудименты» движений (рис. 13).

Больной шизофренией (кататоническая форма) предложено нажимать на пластинку записывающего аппарата. Первые четыре нажима — правильной формы, несколько замедленные и несколько сниженные по глубине (высота кривых). После следует прекращение движений и три едва заметных на кинограмме нажима. Повторяется инструкция «нажимать» (отмечено на кинограмме). Следует один нажим, несколько меньший, чем в начале интенсивности, затем постепенное и резкое снижение — едва заметные движения. Кинограмма весьма типична для больных кататонической формой шизофрении.

Такого рода обесмысливание, конечно, возникает по-разному в разной деятельности. Более быстро оно наступает при наиболее трудных для больного задачах.

Действия некоторых больных нарушаются вследствие чрезмерной их зависимости от предмета, на который они направлены. У них связь с непосредственно воспринимаемым предметом оказывает на действие более сильное влияние, чем его цель, задача и план.

На действиях больных нередко отражается сниженная их способность развивать должную активность. В клинике наблю-



даются состояния гипер- и гипоактивности. Например, при депрессиях больные мало подвижны, движения их замедлены. Другие больные бывают чрезмерно подвижны, ажитированы (маньякальное состояние и др.). Нередко больных характеризует тенденция уходить от того, что их затрудняет (выражение астении). Снижение активности может выразиться в том, что действие быстро, но все же постепенно угасает.

**Заключительный этап действия.** Единое действие иногда решает единую задачу в несколько приемов, разделенных теми или иными промежутками времени. Иногда действие бывает разделено сколько-нибудь значительными по длительности перерывами. Для отдельного подлинно волевого действия существенно то, что оно или решает задачу в один прием, или выполняет намеченную по плану часть ее решения.

Во всяком волевом действии окончанию его (также перерыву в единой серии действия) предшествует сознательный акт — решение закончить его или прервать. Это решение может быть принято по разным мотивам: 1) в связи с решением поставленной задачи; 2) в соответствии с ранее принятым планом закончить работу в определенное время или в соответствии с условиями работы (окончание смены, закрытие библиотеки и пр.); 3) в результате чувства усталости, под влиянием тех или иных эмоций и других побуждений, нормальных или патологических.

Правильное решение вопроса о том, что действие закончилось в связи с выполнением задания, возможно, если человек в процессе действия на всех этапах сохраняет сознание задания, если он способен правильно оценить результаты действия, правильно соотнести их с задачей, целью, планом.

Один ученик может, например, закончив письменную работу по арифметике, попытаться оценить полученный результат, соотнести его с задачей и сознательно прийти к выводу, что он решил и правильно решил задачу. Другой ученик, добравшись до какого-либо результата, может не задуматься над бессмысленностью вывода, к которому пришел, и также, но уже необоснованно, счесть действие законченным.

Дело педагога, а часто и врача, установить своевременно, по какому из двух этих типов работает ученик, выяснить причины склонности ко второму типу действия, учитывая, что такой тип работы может быть результатом неправильного воспитания и обучения, а может и выражать патологические особенности ученика.

Так, нередко неспособность в работе правильно подходить к оценке ее результатов бывает характерна для олигофренов. Многие больные вообще не ставят и неспособны ставить перед собой вопрос об оценке результатов работы или к концу работы уже не могут вообще сказать, вспомнить, что им надо было



сделать, либо неспособны обнаружить расхождение между тем, что сделано и что надо было сделать.

**Обстановка действия.** Конечно успешность действия в немалой мере зависит от условий, в которых оно протекает. У некоторых людей эта зависимость становится чрезмерной или в результате неправильного воспитания, образования, дурных навыков или вследствие болезни. При некоторых неврозах у больных наступает срыв в работе под влиянием совсем незначительных для здорового человека помех со стороны окружающей обстановки. Некоторые больные со сниженной подвижностью нервных процессов (чаще всего с органическими поражениями головного мозга) трудно переносят даже незначительную смену условий деятельности, трудно приспосабливаются даже к объективно благоприятным изменениям в условиях работы. Это явление часто наблюдается и у лиц пожилого и, особенно, старческого возраста.

Для врача важно учесть те особенности обстановки, которые создаются в процессе деятельности самим больным. Некоторые больные обнаруживают чрезмерную педантичность в работе. Для значительной части страдающих эпилепсией и некоторых психопатов особенно важно, значительно больше, чем это требуется для успешной работы, чтобы все орудия труда, все подсобные материалы находились точно на своем месте, имели те же особенности, что и ранее и т. п. Иногда внешне сходно с таким патологическим педантизмом выступают особенности действий у больных, страдающих навязчивостями, у которых под влиянием последних устанавливаются те или иные обязательные для них моменты в работе.

Наоборот, некоторые другие больные оказываются не в состоянии поддерживать в работе самый элементарный и привычный для них ранее порядок, что создает для них дополнительное затруднение в работе, в быту. Такие больные в ряде случаев представляются и внешне «запущенными», «странными». Навязчивость иногда играет роль и в такого рода нарушениях.

**Апраксии.** Наиболее яркое выражение получает нарушение действий у больных с синдромом *апраксии*. В связи с этим остановимся кратко здесь на этом синдроме, на некоторых общих чертах различных форм апраксии. Впервые описал такого рода нарушения в 1881 г. Jackson. Позднее их назвал асимболиями Finkelnburg. В 1900 г. появилась работа Liertapp, положившая подлинное начало современному учению об апраксии. В клинике утвердилось деление апраксий, предложенное этим автором: 1) частнокинетическая, при которой нарушено движение отдельных органов; 2) идеомоторная, при которой нарушена связь между идеей действия и самим действием и, наконец, 3) идеаторная, при которой нарушена формула, идея действия.



Это деление хотя и имеет известный смысл, но в целом не оправдало себя ни теоретически, ни практически. Основная ошибка Лертапп заключалась в ложном, функционалистском представлении о полной отделенности идеи движения от самой двигательной системы. Опыт показал, что вследствие такого понимания в клинике могут возникнуть и возникают локально-диагностические ошибки. Современные авторы стремятся подойти к изучению апраксий без резкого противопоставления элементарных и сложных апрактических расстройств.

Апраксия есть нарушение двигательных действий. При ней в той или иной мере нарушаются не отдельные движения (как, например, при параличах, парезах, атаксиях), а действия. Действия нарушаются нередко и при некоторых психических заболеваниях, например, при шизофрении. Но при психозах нарушения действий пронстекают из общих нарушений психики, сознания, мышления, из общей перестройки личности, что легко может быть установлено соответствующим психологическим исследованием. Не так обстоит дело при апраксиях. В соответствии с этим и характер поражения головного мозга при апраксии существенно отличается от поражений его при психических заболеваниях. При апраксиях поражение головного мозга локализуется в различных участках мозга, относящихся к двигательному анализатору.

Поскольку апраксия в конечном счете представляет нарушение всей сложной системы двигательных действий, основного вида практической деятельности человека, его праксиса, естественно, что нарушения здесь не исчерпываются моторикой, нарушением функций двигательного анализатора в собственном смысле.

Приведем несколько кратких описаний, чтобы показать сложность нарушений двигательных актов при апраксиях. При этом не будем касаться различий между разными формами апраксии, при разных локализациях поражения головного мозга.

Больному, у которого имеется выраженная апраксия, предложено показать указательный палец левой руки. Он показывает большой палец правой руки. Мы тут же спрашиваем, правильно ли он показал; он отвечает отрицательно, но при повторной просьбе показать правильно показывает указательный палец, но правой руки. Просим его показать, что надо было сделать — он правильно повторяет нашу инструкцию и тут же начинает перебирать пальцы правой руки. Теперь мы его просим показать левую руку — он выполняет эту инструкцию правильно.

Когда больной должен показать левую руку, он знает, где левая рука. Но в системе более сложного действия (показать указательный палец левой руки) это знание временно в какой-то мере утрачивается больным. Если нормально протекающее действие повышает качество гнозиса, то патологически измененное двигательное действие ведет к ее снижению.

Показав вместо левого указательного пальца правый, больной сам не отмечает ошибку, не пытается ее исправить. Несоответствие конечного звена его действия поставленной перед ним задаче им не осознается в должной мере.



Но, когда его спрашивают, верно ли он выполнил инструкцию, он улавливает свою ошибку, однако способность распознать ошибку здесь своевременно не используется, не мобилизуется в процессе действия, в момент его окончания (нарушение санкционирующей афферентности, по П. К. Анохину). Процесс контроля выполняемого действия включается лишь после подкрепления вопросом исследуемого.

Этому же больному предлагается надеть очки (он уже много лет пользуется очками). Он всегда хорошо понимает речь, в интеллекте его вообще грубых нарушений не отмечается, по собственной инициативе он всегда без затруднения надевает и снимает очки, но столкнувшись с необходимостью выполнить двигательное задание больной обнаруживает как бы непонимание задачи. Он спрашивает: «вообще надеть?» После утвердительного ответа он вкладывает очки в футляр. Мы его просим показать рукой (очки у него принимаем), что надо сделать. Он правильно показывает, как надевают очки. Это наблюдение противоречит распространенному положению, что всегда иллюстративные действия хуже удаются, чем действия с предметами. Вновь предлагаем надеть очки — больной опять закрывает футляр. Мы говорим: «Наденьте». Больной отвечает: «Я сначала спрячу в футляр», так и поступает (нарушенное действие перестраивает задачу). Здесь обнаруживается патологическое влияние ситуации на действие. Когда футляр не лежит рядом с очками, больной не ищет их и не совершает такого рода ошибочных действий.

Больной очень вежлив, тактичен. Он всегда охотно выполняет указания врача. Но он не в состоянии выполнить только что описанное задание и его перестраивает, подчиняясь привычной структуре: очки — футляр. Он ничем не показывает и явно не сознает, что не выполняет инструкцию, пока мы не обращаем на это его внимание. Но в дальнейшем он свой вынужденный уход от задания пытается как-то мотивировать, представить его как преднамеренный. Трудность, неосуществляемость двигательного акта ведет к перестройке и понимания задания и собственных намерений, к неадекватной мотивации своего действия. Такая ложная мотивация может быть, конечно, обусловлена и рядом других патологических расстройств.

**Конструктивная апраксия.** Опыт клиники двигательных нарушений, в частности, и особенно апраксии, указывает на сложность строения произвольных двигательных актов, взаимосвязанность сложных двигательных актов с интеллектом, с сознанием, с волевой сферой. Особенно отчетливо сложная связь двигательных актов с познавательными процессами выступает в клинике нарушений, которые некоторые авторы объединяют в понятия *апрактагнозии* (единый синдром апраксии и агнозии).

Заслуживают внимания нарушения, выделяемые в группу *конструктивных апраксий*. У страдающих конструктивной апраксией особенно выражено нарушение рисования (по памяти или копирование). Пытаясь что-либо нарисовать или сложить из строительного материала, из спичек и пр., эти больные не улавливают пространственного соотношения частей оригинала и допускают извращение при копировании. Пытаясь сопоставить свою копию с оригиналом, эти больные или вовсе не улавливают различия, или улавливают его лишь в самых общих чертах. При этого рода расстройствах, возникающих, в основном, в случаях поражения теменно-затылочной области, особенно отчетливо обнаруживает себя тесная связь двигательного действия с



восприятием, что относится и к другому рода апраксии при локализации поражения в этой области.

На рис. 14 показано, как складывает из спичек по образцу (а), также сложенному из спичек, фигуру (б) больная с конструктивной апраксией.

На рис. 15 другая больная, перенесшая кровоизлияние в правую теменную область, по заданию рисует голову человека. Стрелками показано, что отметила больная при просьбе указать отдельные части головы.

Нарушения движений, вызванные поражением стриопаллидарной системы также тесно связаны с состоянием психики. Ги-

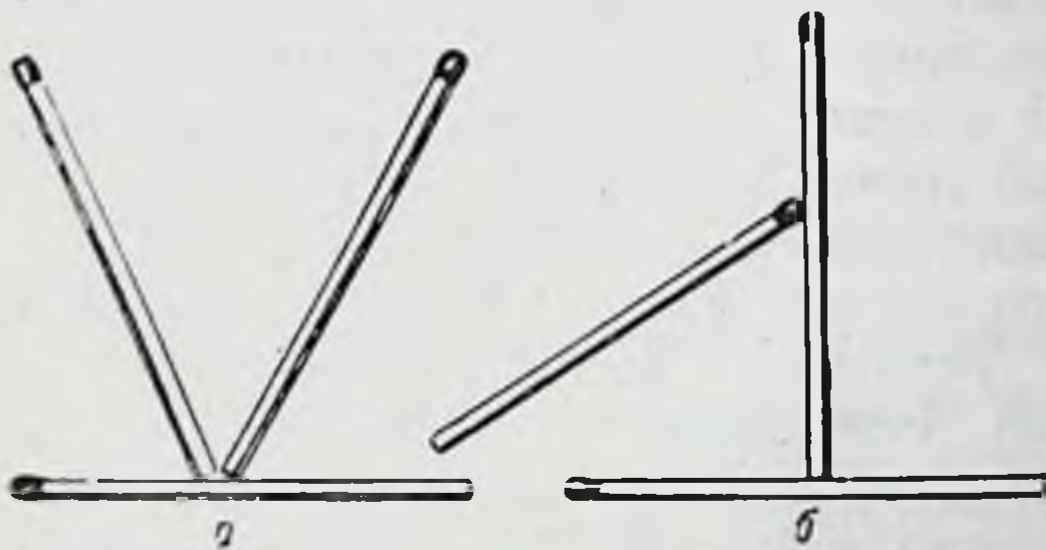


Рис. 14. Копирование фигуры из спичек больной с конструктивной апраксией.

а — оригинал; б — копия.

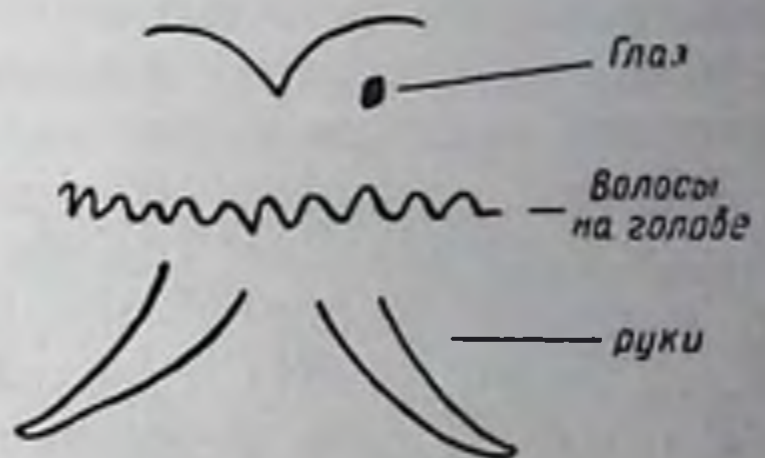


Рис. 15. Рисунок головы и рук человека, исполненный больной, страдающей апраксией.

перкинезы такого происхождения могут усиливаться при умственном напряжении, при сильных эмоциях (а иногда и ослабляться), могут быть по-разному выражены при выполнении различных двигательных задач. При подкорковых нарушениях также наблюдается гипокинезии и акинезии.

Это следует иметь в виду, чтобы не допустить ошибки в диагнозе. Иногда влияние психики на гиперкинезии подкоркового происхождения дает повод врачу ошибочно говорить о психогенном нарушении моторики.

**Исследование действий и движений.** Большое значение при этих исследованиях имеет наблюдение действий и движений больного в разных условиях, при различных формах действия, при различной длительности действия, при различной его трудности. Следует изучать не только движения рук, но и ног, лицевой мускулатуры и пр. Особенно большое внимание должно быть уделено наблюдению действий в быту и в труде, действий, выполнение которых предложено больному врачом в порядке естественного эксперимента.

Следует дифференцировать раздражительные и неподражаемые действия, действия с предметами (например, постучать молотком) и иллюстративные действия (показать без молотка).



как им стучать). Применение этих методов в клинике, особенно в клинике апраксий, хорошо описано.

Можно рекомендовать некоторые инструментальные методики. В первую очередь обратим внимание на кинмографическую запись движений. Весьма полезно применение электромиографического метода. Серьезное значение может иметь исследование двигательной реакции на различные звуковые и световые раздражители (с записью кривой движения и измерением времени). При этом следует иметь в виду, что, как правило, реактивное время (время между возникновением сигнала и реакцией), реакции выбора (различные реакции на различные сигналы) возрастают с увеличением количества возможных раздражителей и реакций, из которых должно выбирать. На временную характеристику реакции влияет и отношение человека к действию, его общее состояние в данный момент. Вместе с тем, все же эта сторона реакции имеет индивидуальный, свойственный данному человеку характер. В некоторых профессиях могут работать люди с достаточно быстрой реакцией. Вопросы, относящиеся к времени реакции, широко освещены в последнее время Е. И. Бойко (1964). С возрастанием сложности выбора меняется (в какой-то мере деформируется) и кривая (запись) двигательной реакции, что особенно заметно бывает у больных.

Некоторые другие методики исследования выше уже были кратко описаны.

В заключение главы следует отметить большое значение исследования действий и движений для изучения личности, сознания, поведения больных с соответствующими нарушениями, а также для дифференцирования их, для раскрытия их патогенеза. Исследование нарушений в области действий и волевых движений очень многое может дать для углубления знаний физиологии и психологии этой области у здоровых людей.



## ПРОБЛЕМЫ ПСИХОГЕНИИ И СОМАТОГЕНИИ

**Взаимоотношение психического и соматического.** Взаимоотношения «души» и тела, иначе психических процессов и материи — организма, является основной проблемой философии, общей и медицинской психологии, для конкретно научного освещения которой важное значение имеют идеи нервизма, учение о высшей нервной деятельности, лучшие достижения мировой нейрофизиологии. В медицинской психологии занимает большое место вопрос о том, как отзываются психические состояния на организме, и как, наоборот, соматические процессы сказываются на психических. Решение его имеет существенное значение для изучения этиологии и патогенеза ряда болезненных состояний. В одних случаях психические влияния вызывают болезненные психические и соматические изменения, в других — соматические изменения влекут за собой болезненные изменения в психике.

Представление о кислом или вкусном повышает слюноотделение. Сильные эмоции могут сопровождаться сердцебиением. Это — нормальные проявления представлений и эмоций. Их форма, их интенсивность в большой мере зависят от особенностей личности и организма.

На рис. 16 представлены пневмограмма и плетизмограмма больного С., боящегося за сердце, из работы нашей сотрудницы В. К. Мягер (Психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева). Слово «сердце» вызывает такое же сильное изменение плетизмограммы, как и реальное охлаждение руки.

Психические влияния могут вызвать головную боль, которая объективируется электроэнцефалограммой. На рис. 17 приводятся кривые из исследования нашего (В. Н. Мясичев) сотрудника Б. Д. Карвасарского, показывающие нормальные потенциалы затылочной мышцы в спокойном состоянии и при отсутствии



у больной (Д.) головной боли, и значительное увеличение амплитуды мышечных потенциалов под влиянием волнения и возникшей в связи с этим головной боли.

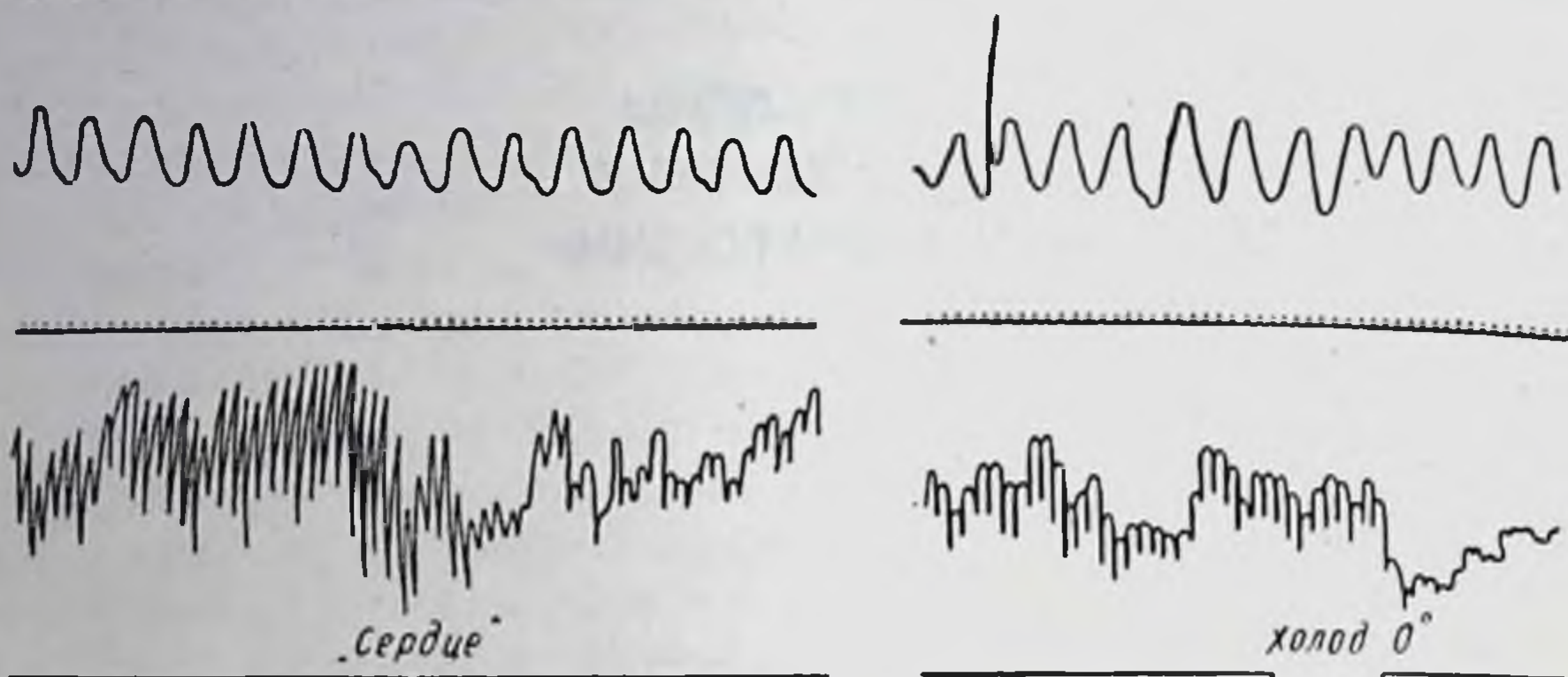


Рис. 16. Пневмограмма (сверху) и плетизмограмма (снизу) больного С., боящегося за сердце.

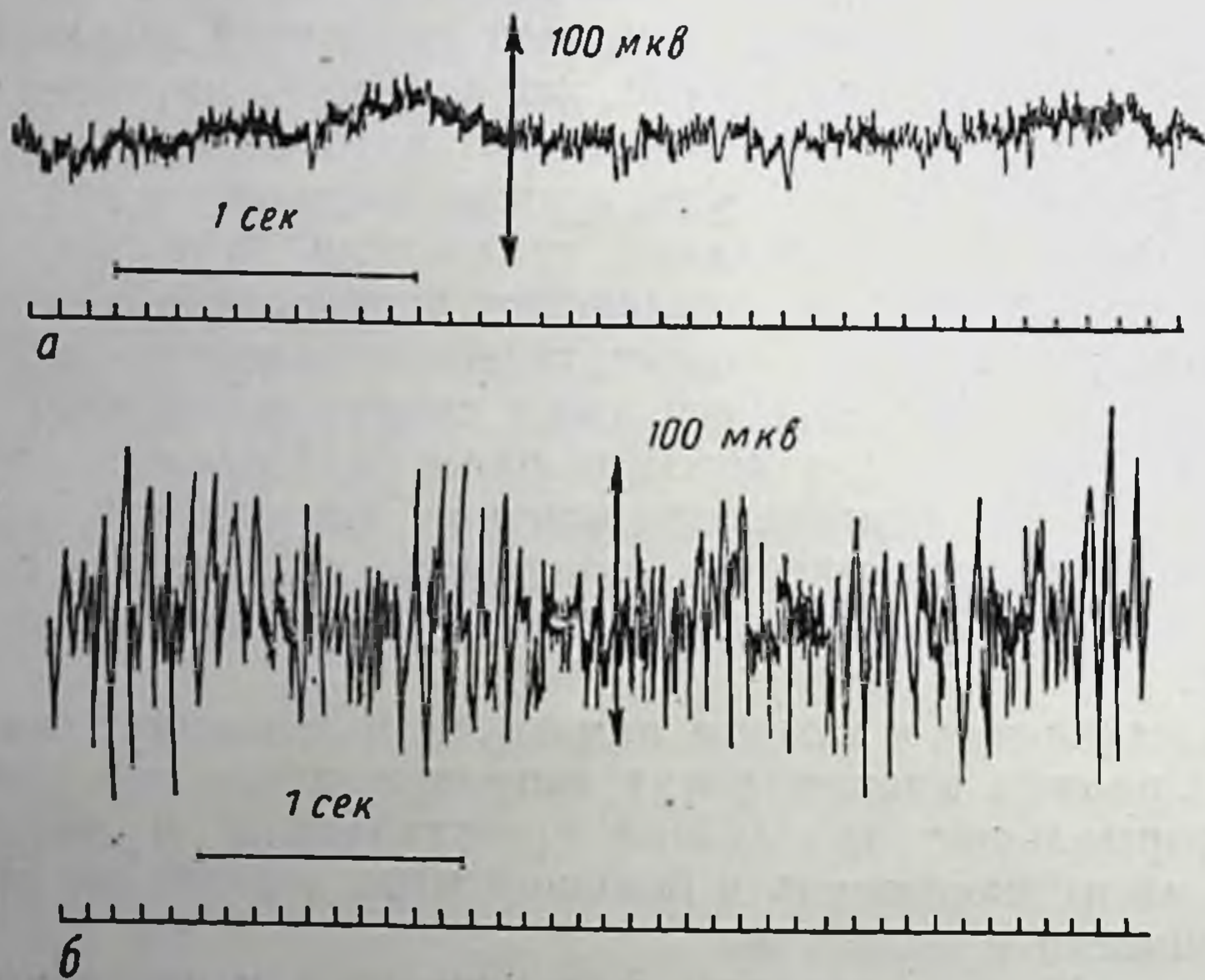


Рис. 17. Электромиограммы с затылочной мышцы больной Д.

а — нормальные мышечные потенциалы (головной боли нет); б — значительное увеличение амплитуды мышечных потенциалов при головной боли, вызванной волнением.

Патологический соматический эффект представления или эмоции может быть чрезмерно сильным, или чрезмерно длительным, или может отличаться от нормального не только количественно, но и качественно. Нарушения, возникающие в орга-



низме и в психике под влиянием психических факторов принято называть, по предложению Sommer, *психогенными*.

Во всех разделах клиники все больше выявляется вариативность соотношения между морфологической и функциональной характеристикой болезненных изменений. Немалую роль в структуре этого соотношения играет психогения.

По-видимому, любая сторона жизни организма и личности может нарушаться под влиянием психических моментов, впечатлений, представлений, эмоций. Психогенно возникают разной формы неврозы и патологические реакции личности. Психогенный момент нередко осложняет течение психического заболевания непсихогенной природы.

Уже издавна привлекала к себе внимание врачей роль психики в происхождении соматических заболеваний. Не ставя перед собой задачу специального освещения этого вопроса, напомним лишь, что еще в начале нашего века видный русский клиницист П. С. Усов писал о важнейшем значении в этиологии ряда желудочно-кишечных расстройств нарушений психики. Этого рода вопросы занимали и занимают внимание большого ряда современных отечественных клиницистов. Назовем здесь лишь некоторых немногих: Г. Ф. Ланг, В. Ф. Зеленин, А. Л. Мясников, Л. А. Оганесян. О взаимозависимости мозга и сердца писал Н. К. Боголепов.

Задачу дальнейшего развития области медицины, занимающейся взаимоотношением нервно-психического и соматического, ставил В. А. Гиляровский. И все же надо сказать, что то, что в этой области делается у нас, еще совершенно недостаточно.

**Психосоматическая медицина.** В капиталистических странах широко развиты исследования в области психогенных нарушений соматической сферы. Но неоднократно отмечалось уже рядом авторов у нас и за рубежом, насколько ошибочны теоретические взгляды представителей зарубежной так называемой «психосоматической медицины». Американские авторы большой монографии «Психосоматическая медицина» Weiss и Inglisch писали, что психосоматическое направление обязательно должно основываться на учении Фрейда. Виднейший представитель и ведущий деятель (недавно умерший) психосоматического направления в США Alexander был психоаналитиком и в соответствии с этим развивал свои исследования и практическую работу в этой области. Если «психосоматическое» направление в США по сути целиком строится на теоретических позициях фрейдизма, то в ФРГ «психосоматики» находятся и под влиянием идей «антропологической» концепции Weizsäcker, также опираясь и на психоанализ.

Большинство представителей психосоматического направления сводит этиологию ряда болезней внутренних органов к влиянию сексуальных конфликтов. При этом широко используется



выдвинутое Фрейдом понятие «конверсии», означающее якобы имеющий широкое значение в патологии факт перехода энергии сексуальных влечений в болезненные нарушения различных органов тела.

Kretschmer употребляет понятие конверсии в несколько более широком смысле, говоря о превращении аффектов в телесные процессы. Рядом с конверсией последователи Фрейда говорят о *сублимации*, под которой они понимают переключение энергии сексуального влечения в активность высших видов деятельности (литературное творчество, политическую деятельность и пр.). На самом деле при этом имеет место не превращение половой энергии, а активация других систем деятельности, перестройка интересов, создание новой «доминанты». Именно в этом смысле следует рассматривать воспитательные и психотерапевтические успехи опытных педагогов и врачей в перестройке поведения воспитанников и больных.

Представители психосоматического направления игнорируют этнологическое своеобразие ряда болезней, вводят ряд ненаучных понятий в медицину, ложно понимают патогенез, отвергая или извращая учение И. П. Павлова и неправильно используя достижения новейшей нейрофизиологии.

Перечислим наиболее известные из психогенных изменений и нарушений в соматической сфере. В деятельности желудочно-кишечного тракта психогенным путем могут возникнуть тошнота, рвота, поносы, запоры, анорексия (утрата аппетита); в деятельности дыхательного аппарата иногда наблюдаются психогенные одышка, удушье, кашель; в деятельности сердечно-сосудистой системы известны психогенные повышения кровяного давления, тахикардия, брадикардия, боли в сердце, нарушение ритма сердечной деятельности, ослабление сердечной деятельности вплоть до коллапса с потерей сознания, психогенные обмороки.

В. А. Гиляровский, как и ряд других авторов, отмечал, что изменения деятельности сердца, прежде всего его ритма, — наиболее постоянный физиологический компонент аффективной реакции. В связи с этим понятно особое место нарушений сердечной деятельности при неврозах.

В мочеполовой сфере психогенные нарушения могут проявляться задержкой мочи, иногда ее недержанием. Половая слабость у мужчин и половая холодность у женщин наиболее часто имеют психогенную природу. Разнообразные формы различных нарушений кожных покровов, поседение и выпадение волос, разнообразные сыпи, язвенные процессы, возникающие психогенно, достаточно широко известны. К этому можно добавить некоторые случаи психогенных нарушений внутрисекреторной деятельности, к которым относится прежде всего сахарная болезнь, гипертиреоз, нарушения менструального цикла у женщин, нару-



шения отделения молока у кормящих матерей. Под влиянием психических причин в ряде случаев нарушается и обмен веществ. Так, при тяжелых переживаниях может усиливаться обмен веществ, с похуданием вплоть до тяжелого истощения (кахексии).

Ряд авторов сообщал о вызванной сильной эмоцией патологической реакции со стороны печени и желчного пузыря. Bergman описал больного с таким образом возникшей желтухой. Конечно, многие из этих нарушений являются не чисто психогенными; в их возникновении психический фактор соединяется с соматическим. Вместе с тем, мы не можем согласиться с Bergman, автором широко известной книги «Функциональная патология», видным немецким клиницистом, который, правильно выдвигая роль функционального момента, утверждал, что психогения может повести к расстройству функции органа, лишь уже до того патологически измененного. Клинический опыт позволяет признать возможность психогенного нарушения деятельности здорового органа.

**Теория Селье.** Значительное место в теории рассматриваемого вопроса занимает проведенное с середины 30-х годов текущего столетия исследование патофизиолога и эндокринолога Selye, который собрал многочисленные факты о нарушениях различных сторон деятельности организма под влиянием внешних воздействий и сформулировал их как учение о стрессе. По Selye, всякое раздражение (*стрессор*) вызывает напряжение — стресс. Эта реакция может быть местной, локальной, но может быть и системной. Она тем более выражена, чем более жизненно значимо воздействующее на организм раздражение. В последнее время Selye определяет стресс как «состояние, проявляющееся специфическим синдромом, который включает в себя все неспецифически выявленные изменения в биологической системе» (1960). Этот синдром, названный им адаптационным, развивается в трех стадиях, или фазах. Первая стадия тревоги, вторая стадия — сопротивления, или резистентности, и третья стадия — истощения. Первая стадия характеризуется усиленным выделением передней долей гипофиза адрено-кортикотропного гормона, корковой частью надпочечников — двух гормонов (глюкокортикоида — противовоспалительного и минералокортикоида — провоспалительного), атрофией тимико-лимфатического аппарата, набуханием слизистой и изъязвлением внутренней поверхности желудка и кишечника.

Теория Selye приобрела широкое признание, хотя и встретила ряд справедливых критических замечаний. Selye принципиально признает большое значение нервной системы и психики в возникновении общего адаптационного синдрома, но разработал лишь эндокринно-соматическую сторону проблемы. Selye не различает воздействие вообще (как стрессор) от воздействия,



которое вызывает патогенное нервно-психическое напряжение. Таким образом, его учение страдает односторонностью. Г. И. Царегородцев, критикуя философские позиции Selye, указывает, что по Selye так называемые стереотипные реакции организма на действие различных раздражителей полиэтиологической природы зависят только от «предсуществующих биологических механизмов» (стр. 394).

Вместе с тем работы Selye, помимо содержащегося в них огромного фактического материала, проливают свет на общий эндокринно-биохимический патофизиологический механизм, обусловленный внешними, в том числе и психическими воздействиями.

Работы Selye имеют существенное значение при изучении вопроса о психическом стрессе, психическом напряжении.

Действие сильных раздражителей по Н. Е. Введенскому и И. П. Павлову. Концепция центрального нервного механизма расстройств, вызываемых сильными раздражителями или их столкновением дана в учении Н. Е. Введенского о *парабиозе* и И. П. Павлова о патофизиологии высшей нервной деятельности. Сущность парабиоза по Введенскому состоит в том, что чрезмерные по частоте, силе или длительности раздражения изменяют функциональное состояние центральной и периферической нервной системы, причем реакция организма становится сперва извращенной (парадоксальной), а в дальнейшем, в фазе торможения, вообще внешне не обнаруживается. И. П. Павлов и его сотрудники показали, что чрезмерно сильные раздражители, чрезмерно трудные задачи, в частности столкновение положительных и отрицательных раздражителей, приводят к нарушению условнорефлекторной деятельности с утратой дифференцировки условных рефлексов, иррадиацией нервных процессов. В острой форме патологическая реакция проявляется срывом в сторону возбуждения или торможения. При этом одновременно у животных обнаруживается похудание, одряхление, потеря аппетита, веса, вялость, трофические нарушения кожных покровов, поседение и выпадение волос, изъязвления кожи и поверхности внутренних органов.

Вызываемые в эксперименте нарушения И. П. Павлов называет экспериментальными неврозами и считает, что они являются аналогами психогенных заболеваний у человека.

Подтверждая и развивая взгляды Н. Е. Введенского, И. П. Павлов установил ряд ступеней или фаз наступающего при этом в мозговой коре торможения: уравнительную, парадоксальную, ультрапарадоксальную и фазу полного торможения. Величины рефлексов, в норме различные в зависимости от силы раздражителя, в уравнительной фазе становятся одинаковыми по величине. В парадоксальной фазе сильные раздражители вызывают слабую реакцию, слабые — сильную, а в ультрапарадок-



сальной — раздражители, в норме вызывающие положительные рефлекс, начинают вызывать отрицательные, а раздражители, ранее вызывавшие отрицательные рефлекс, начинают вызывать положительные. Наконец, в фазе более глубокого торможения все рефлекс исчезают.

В работах Н. Е. Введенского и И. П. Павлова дается широкое патофизиологическое освещение механизма заболеваний — соматических и психических, вызываемых нервно-психическим перенапряжением.

**Психогенные заболевания.** Типичным внутренним заболеванием, в котором особую роль играет психотравмирующий или

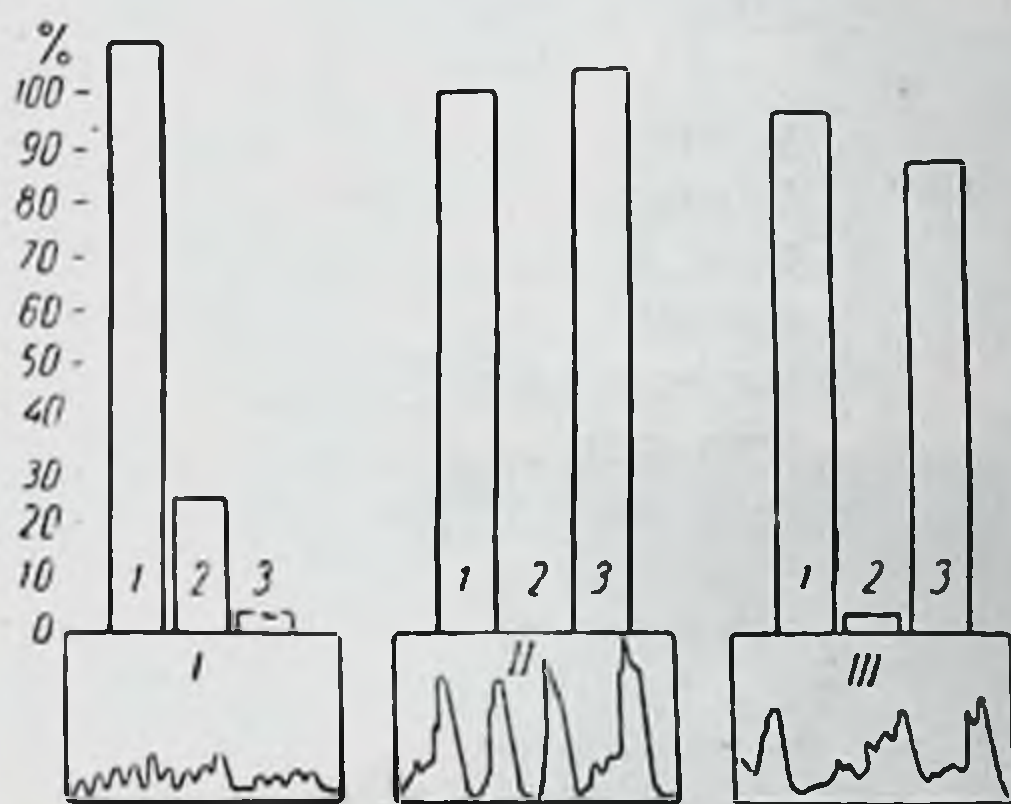


Рис. 18. Кривые моторной и секреторной реакции желудка в покое и при волнении (по Wolff).

I — обычный содержащий жир завтрак: 1 — время после приема пищи 5½ ч, 2 — объем пищи, остающейся в желудке, 3 — свободная кислота; II — обычный содержащий жир завтрак в условиях тревоги и напряжения: 1 — время после приема пищи — 5 ч, 2 — совершенно пустой желудок без следов пищи, 3 — свободная кислота; III — обычный завтрак без жира: 1 — время после приема пищи — 4½ ч, 2 — желудок почти пустой (малые остатки пищи), 3 — свободная кислота.

перенапрягающий момент, является язвенная болезнь. Wolff наблюдал больного, у которого была фистула желудка, изъязвленная стенка которого была сращена с передней, так же изъязвленной брюшной стенкой. Можно было наблюдать и регистрировать деятельность желудка, что позволило установить ряд фактов, доказывающих влияние эмоциональных моментов на состояние желудка. Записывая секрецию, моторику желудка, набухлость и кровонаполнение слизистой оболочки, исследователи могли графически показать динамику пищеварения у этого больного в различных состояниях: в спокойном, эмоциональном состоянии и в процессе переваривания пищи того или иного состава.

На рис. 18 приводятся кривые из работы Wolff, характеризующие реакцию желудка на прием обычной пищи, содержащей жир, в спокойном состоянии, в условиях волнующей беседы, и на прием пищи, не содержащей жира.

На кривых отчетливо видны резкие изменения функционального состояния желудка под влиянием волнующей беседы, вызывающей тревогу и напряжение.

Хорошо известно, что эмоции вызывают изменения в состоянии сердечно-сосудистой системы.



Приведем также из работы Wolff графическое изображение изменений сердечно-сосудистой динамики под влиянием беседы, вызывающей у пациента тревогу. Рис. 19 показывает как изменения деятельности сердца и тонуса сосудов, так и возрастание вязкости и свертываемости крови.

Само собой разумеется, что если беседа по поводу травмирующих больного обстоятельств вызывает заметное изменение

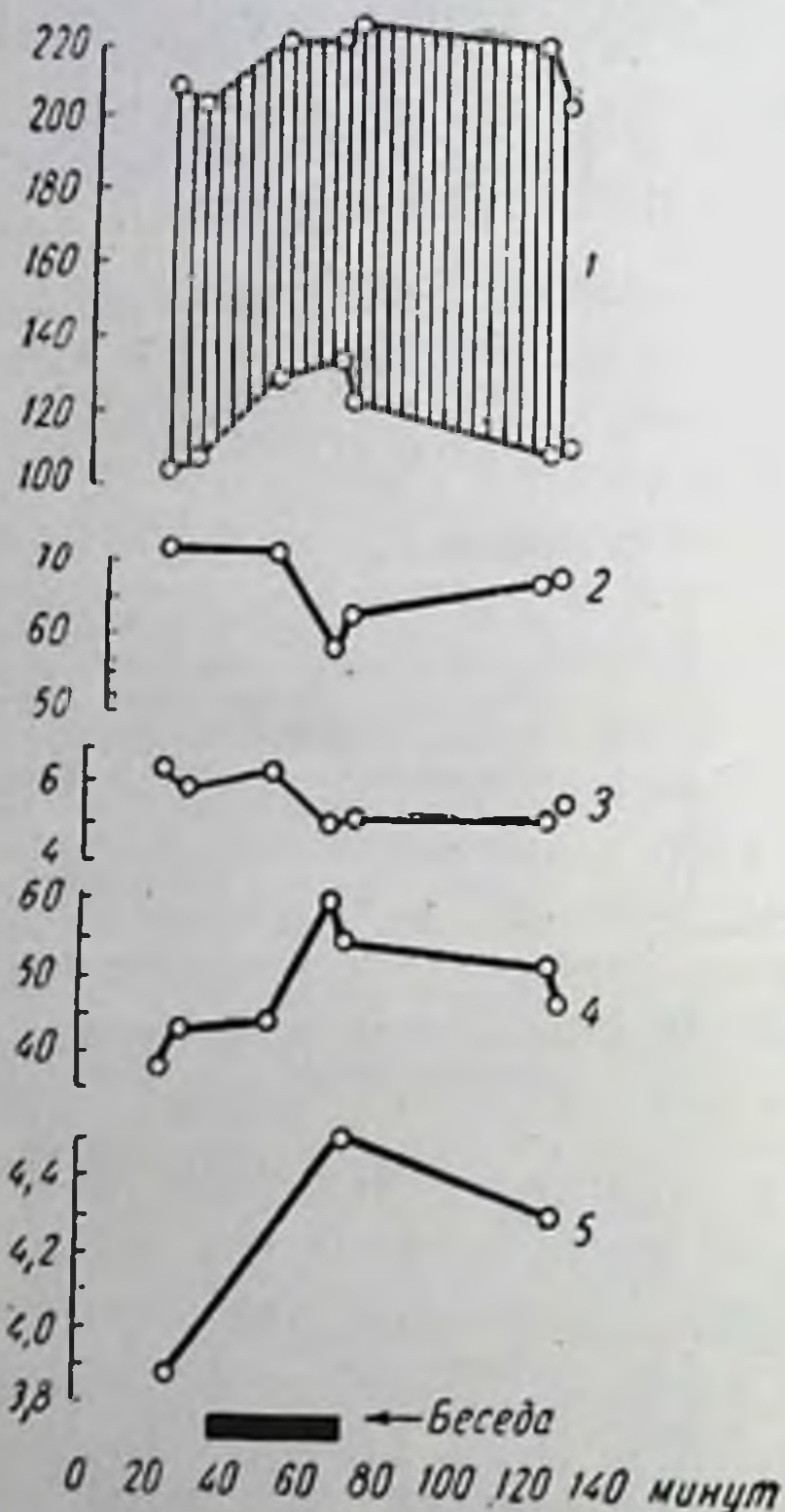


Рис. 19. Изменение показателей сердечно-сосудистой деятельности под влиянием аффективно значимой беседы (по Wolff).

1 — давление крови (мм рт. ст.); 2 — систолический объем (см<sup>3</sup>); 3 — работа сердца (л/мин); 4 — периферическое сопротивление ( $\frac{\text{давление крови}}{\text{сердечный индекс}}$ ); 5 — вязкость.

Усиление эмоций до патологической степени под влиянием повторения волнующих или раздражающих обстоятельств играет особенно важную роль.

Н. Е. Введенский установил, что раздражение элементарным многократно повторяющимся раздражителем вызывает у животного состояние перевозбуждения или «истерия». И. П. Павлов

сосудистой динамики, то реальные травмирующие обстоятельства и порой драматические переживания вызывают несравненно более резкие и более стойкие изменения.

Поступающая в головной мозг и осознаваемая через интерорецепторы информация о нарушении деятельности того или иного органа влечет за собой реакцию на эти нарушения. При повторении ситуации, в которой произошло нарушение, или при воспоминании о ней могут развиваться временные условные связи. Эти связи являются дополнительным источником нарушения деятельности органов, которое может тревожить больного. При этом нередко развивается патологическая эмоциональная реакция на нарушение, сложность которой определяется особенностями психологической переработки всех обстоятельств, ситуации, повлекшей расстройство, связанной с жизненными отношениями больного.

Причинами болезненной психосоматической реакции является напряжение, связанное с эмоциями и со всеми присущими эмоциям проявлениями, о кото-



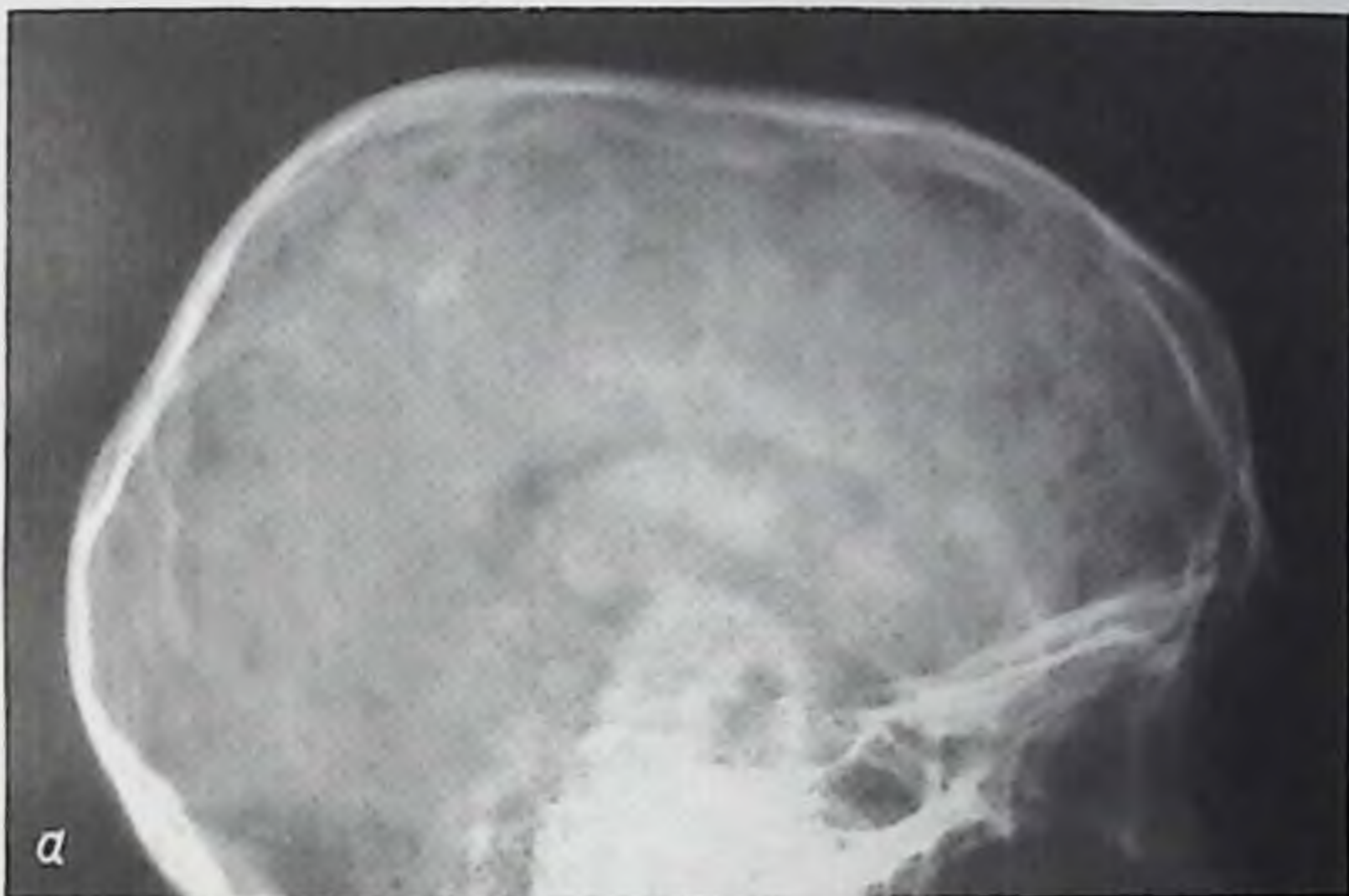


Рис. 20. Пневмоэнцефалограммы здорового (а) и больного с водянкой головного мозга (б).



показал, как трудная дифференцировка условного раздражителя начинает вызывать болезненную реакцию у экспериментального животного. Он объяснил болезненный характер этой реакции образованием «больного пункта» в коре головного мозга. Очень похожее и основанное, вероятно, на аналогичном механизме нарушение мы встречаем, когда обнаруживаем невыносимость человека к тем или иным отрицательно на него воздействующим обстоятельствам или ситуациям.

Человек предвидит события и ожидает в известных условиях их наступления. Невротики, психопаты и некоторые психически больные в ряде случаев тревожно ожидают тех или иных жизненных осложнений без достаточных оснований или вовсе без оснований.

Краерелін и другие авторы описали *невроз ожидания*, сущность которого заключается в том, что боязливое ожидание того или иного болезненного проявления вызывает его возникновение. Например, боязнь покраснения вызывает само покраснение; боязнь половой слабости вызывает импотенцию; боязнь потливости рук вызывает их потение. В. А. Манассеин и Dubois, независимо друг от друга, писали о воображении как причине болезни. В понимании влияния воображения, когда оно приобретает патологический характер, надо учесть: 1) возбудимость центрального коркового аппарата, 2) эмоциональность (неопалео-кортикальную и диэнцефально-вегетативную возбудимость), влекущую за собой яркие картины воображения, 3) упорченную эмоцией условную временную связь представления и реакции, 4) повышенную возбудимость или реактивность вегетативно-висцерального аппарата.

Психогенными могут являться не только соматические, но и психические нарушения. Психическая травма нередко влечет за собой психо-вегетативные и психо-моторные нарушения. Эмоция испуга иной раз сопровождается дрожанием тела и мышечной слабостью (подкашиванием ног и даже падением). Могут возникнуть психогенные параличи. По-видимому, дело идет об интенсивной эмоции, которая превышает выносимость нервной системы и влечет за собой так называемое запредельное торможение. Так можно понять острое возникновение психогенного паралича.

Но острое эмоциональное состояние проходит, а психогенный паралич может длиться иногда даже годами, и вместе с тем, под влиянием эмоций же, в частности эмоционального воздействия психотерапии, может исчезнуть. Такого рода параличи имеют функциональный, преходящий характер.

Конечно, в происхождении психогенного нарушения функции может играть роль и представление, например, мысли — «я не могу ходить» или «я не могу говорить», «невыносимо», «не хочу», «не могу слышать». Но источником патогенной силы представле-



ния и возникновение болезненного симптома является эмоция. По-видимому, кортико-фугальный механизм такого исключения сходен с механизмом идеомоторного акта, только имеет тормозное действие. При идеомоторном акте представление о движении сопровождается мышечным движением, произвольным и неосознаваемым. Представление о неспособности движения, наоборот, оказывается силой, тормозящей движение. Для понимания этого рода механизмов следует учитывать опыт применения внушения в гипнотическом и бодрственном состояниях. Соответствующее внушение может вызвать временную утрату двигательной способности и чувствительности. Возможно, также действует и представление о неспособности двигаться, слышать, видеть.

Некоторые клиницисты, в частности Babinsky, весьма упрощенно объясняли действие внушения и самовнушения.

Между тем, нельзя не учитывать, что внушенные или собственные мысли и представления человека реализуются лишь по принципу идеомоторных актов в соответствии с его готовностью к этому, в зависимости от значимости их для него. Не у всякого человека мысль «я не хочу ходить» возникает, не у всякого, возникши, она переходит в соответствующее патологическое состояние. При истерическом параличе или при истерической афонии в сознании больного может быть представлена и мысль, противоположная мысли «я не могу ходить». Он может хотеть освободиться от болезни и в то же время испытывать страх перед выздоровлением. Все эти мысли, переживания в своем взаимоотношении, в зависимости от особенностей личности и нервной системы, сложно определяют возникновение и течение болезни при данных обстоятельствах. Выявление подлинного психогенеза заболевания требует изучения его во всей сложности. Без такого изучения не может быть раскрыта и патофизиологическая природа психогенеза.

Психогенные, истерические выпадения (слепота, глухота и пр.) позволяют говорить о торможении в том или ином анализаторе. Испуг, потрясение при виде страшного или невыносимого может повлечь за собой возникновение истерической слепоты на фоне общего нервного срыва. Тормозное звено этой сложной реакции может рассматриваться как торможение в корковой части анализатора, вызванное сверхсильным раздражителем. Но, конечно, сила раздражителя здесь должна быть понята в ее значении для личности заболевшего и не оцениваться только односторонне, по одним физическим качествам раздражителя. И совсем тихо произнесенные слова, если они оскорбительные или содержат угрозу, могут вызвать такого рода психогенное нарушение.

Здесь нужно коснуться двух связанных с психогенными нарушениями понятий — *идеогении* и *аффектогении*. Под идеоген-



ными нарушениями принято понимать те, которые вызываются представлением, мыслью, а аффектогенными те, которые вызываются аффектом. Однако это деление чрезмерно разделяет и противопоставляет два неразрывно связанных момента психогении: представления и мысли, с одной стороны, и аффекта — с другой. Представление, мысль, идея определяют содержание психогенного симптома, аффект придает силу представлению и фиксирует его. Вместе с тем, конечно, важно в анализе психогении уточнить соотношение этих сторон психики.

Врачу необходимо знать травмирующие психику обстоятельства и представления больного о них, как и аффективные компоненты переживаний, чтобы доказательно и позитивно утверждать психогенный характер данного болезненного симптома или состояния. В противоположность этому, нередко еще диагностика психогенного нарушения на практике ошибочно опирается на одни негативные основания по формуле: раз нет симптомов органического поражения, значит, заболевание функциональное, а раз функциональное, значит, психогенное.

Такая диагностика нередко становится источником опасных ошибок. Приведем один пример. Больной обращался во многие лечебные учреждения с жалобами на головные боли. Не находя у него «органических» симптомов, врачи ставили диагноз «неврастения». В клинике неврозов, куда затем поступил больной, не найдя достаточных положительных симптомов психогении, стали более тщательно искать соматические и неврологические признаки болезни и на произведенной пневмоэнцефалограмме была обнаружена внутренняя водянка с расширением желудочков мозга. Эта патология не была выявлена своевременно врачом, не нашедшим органических симптомов и удовлетворившимся поэтому диагнозом «неврастения».

На рис. 20 приведены пневмоэнцефалограммы больного и нормальная пневмоэнцефалограмма из работы Б. Д. Карвасарского.

Различные боли, чаще всего головные и в области сердца, могут возникать не только вследствие соматогенных или «органических» нервных причин, но и психогенно. В таком случае они называются *психалгиями*. Диагностика психалгий и понимание их механизма представляет значительные трудности и требует тщательного выявления как позитивных признаков психогении, так и исключения соматических и неврологических источников возникновения болей. Большое значение здесь имеют нарушения в вегетативной нервной системе. Особенно часто при головной боли сочетаются симптомы психогенного и непсихогенного характера.

**Психотические психогенные заболевания.** Психогенные депрессии относятся к психотическим болезненным состояниям. Их диагностика сравнительно легка, так как они представляют



патологическую эмоциональную реакцию на обычно легко устанавливаемое угнетающее обстоятельство. Психогенные депрессии характеризуются, как и другие психогенные расстройства, не только тем, что они вызываются психическими причинами, но и особенностями болезненных проявлений. В центре психических симптомов в таких случаях находится реакция на факт, вызвавший депрессию.

Динамика психогенного депрессивного состояния отличается от динамики других, непсихогенных депрессий. Вместе с тем, можно думать о причастности и психического фактора в возникновении приступа депрессии при циклотимии. Психогенные депрессии не характеризуются улучшением состояния к вечеру и ухудшением к утру. Для психогенной депрессии характерно ее смягчение под влиянием отвлечения от патогенного факта. Чем больше внешние моменты напоминают о психической травме, тем больше ухудшается состояние больного. Психогенная депрессия излечивается психотерапией, при эндогенной депрессии роль психотерапии ограничена.

Острые потрясения, тяжелые переживания могут повлечь за собой так называемый психогенный *ступор*, т. е. состояние, характеризующееся застыванием в неподвижной позе, молчанием (мутизм), отсутствием реакции на окружающее. В этих случаях имеет место разлитая заторможенность. Однако заслуживает внимания отмеченный нами (В. Н. Мясищев) факт: кататонический *ступор*, т. е. *ступор* иной природы, возникающий при психозе, сопровождается психо-вегетативной ареактивностью, тогда как при психогенном или истерическом *ступоре* эта реактивность может отчетливо выявляться.

На рис. 21 представлены кривые, показывающие утрату психогальванической реакции при кататоническом *ступоре* и ее сохранность при неврозе.

Психогенными могут быть и бредовые расстройства. К ним относится так называемый психогенный *параноид*, т. е. бредовые идеи, вызванные болезненно острыми переживаниями. Крае-*relin* рассматривал параною как психическое заболевание с бредовыми идеями при сохранной личности и интеллекте и без выраженных галлюцинаций, развивающееся психогенно и вытекающее из особенностей характера. С. А. Суханов, описывая патологические характеры, характеризовал *логопатов*, т. е. лиц, склонных к образованию бредовых идей, как субъектов с односторонним мышлением, склонных к патологическому резонансу. П. Б. Ганнушкин рассматривал параноиков как группу *психопатов* и указывал на следующую особенность их характера и мышления: они склонны к сверхценным идеям. Самой важной из этих идей является идея об особом значении собственной личности и связанные с этим эгоизм и самомнение.



Конечно, не только по форме, но и по содержанию бредовые заболевания различны. Этот вопрос больше относится к клинической психиатрии. Мы здесь коснемся лишь связи паранойяльного синдрома с характером больного. Kretschmer, описавший особую форму паранойяльного заболевания под названием «сензитивный бред отношения», противопоставляет его другой паранойяльной форме — агрессивной паранойе (Kampftrauma). Различие их не только в том, что сензитивные астеничны, а аг-

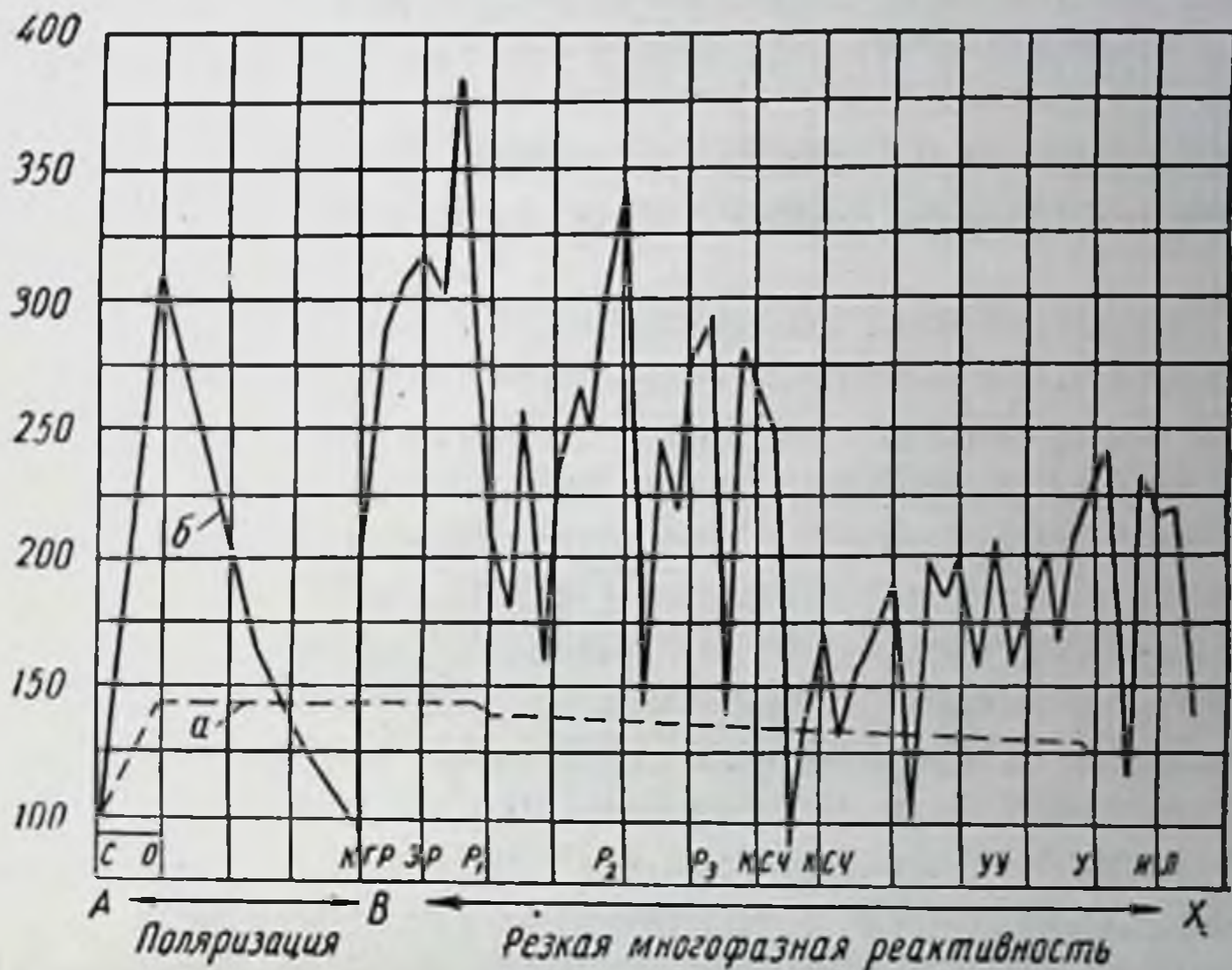


Рис. 21. Гальваническая ареактивность при кататоническом ступоре (а) и гиперреактивность при неврозе (б).

рессивные — стеничны, но и в том, что у сензитивных на астеническом фоне имеется «стеническое жало» в форме сверхчувствительно личного агрессивного компонента; у агрессивных же, наоборот, на стеничном фоне обнаруживается «астеническое жало» обидчивой чувствительности.

Вопрос о паранойе, больше чем другие, связан с вопросом о преморбидных особенностях личности и о так называемой «почве» или предрасположении. Так, из предрасположения личности к ревности может возникнуть бред ревности; из обидчивой агрессии — бред преследования и т. п. Но почва в форме особенностей характера часто рассматривается как врожденная, причем ошибочно не учитывается то, что сам характер формируется обстоятельствами жизни. В этом формировании существенную роль играет патологическое спиралеподобное развитие, о котором уже говорилось.

**Неврозы.** Наиболее распространенными клиническими формами психогенных реакций являются неврозы — неврастения,



истерия и невроз навязчивости. Не касаясь клинической стороны, рассмотрим несколько относящихся сюда психологически важных вопросов. Истерия может возникнуть и у здорового человека при особо трудных и длительно существующих неблагоприятных обстоятельствах.

Приведем описание одной больной. Не отличающаяся нервною девушкой, выйдя замуж, попадает в тяжелую обстановку подавления и раздражения. Муж деспотичен и агрессивен, семья мужа относится к ней отрицательно. Беременность и роды не позволяют порвать с мужем и его семьей и уйти из патогенной ситуации.

Конфликтное напряжение нарастает и завершается истерическими реакциями в форме судорожных приступов с потерей сознания.

Трудная обстановка вызвала истерический невроз у ранее здоровой личности. Однако свойства личности и здесь играют роль. Она недостаточно активна, недостаточно самостоятельна, боязлива и нерешительна, у нее не хватает сил, чтобы уйти из неприемлемой ситуации, а нарастающее напряжение в конце концов завершается истерическим взрывом.

Чаще истерия возникает на почве предрасположения, называемого истерическим характером. О нем уже говорилось в главе о характере. Истерический характер формируется главным образом неправильным изнеживающим воспитанием, порождающим черты неприспособленности и негибкости человека, или же в условиях длительного перераздражения. Сущность характера, формируемого изнеживающим воспитанием, заключается в претенциозности, капризности, неспособности считаться с требованиями среды, неспособности мириться с отказом в удовлетворении прихоти. Напомним указание И. П. Павлова о том, что истерической личности свойственны черты художественного типа.

Невроз навязчивости характеризуется образованием болезненных симптомов, неотвязно преследующих больного, несмотря на то, что он критически осознает их неправильность и необоснованность. Например, у больного возникает навязчивый страх, несмотря на то, что нет для него оснований; больного преследуют навязчивые мысли, т. е. упорно возникающие мысли, неправильность, неприемлемость которых он сознает. Эти навязчивые состояния чрезвычайно многочисленны и описываются в каждом учебнике психиатрии. Среди них особый интерес представляют навязчивые действия, иногда имеющие характер символических, так называемых «ритуальных» (пример приводится в главе XVIII).

Объяснение ритуального, символического характера некоторых навязчивых состояний представляет значительные трудности. И. П. Павлов указывает, что и бредовая идея и навязчи-



вость имеют в своей основе инертность нервного процесса с ультрапарадоксальным характером реакции. Это — физиологическое толкование. Но, очевидно, задача не столько в том, чтобы противопоставить его психологическому пониманию, а больше в том, чтобы объединить физиологическое и психологическое понимание.

Отсылая интересующихся к специальным работам, обратим лишь внимание на то, что символическое, порой бессмысленное на вид состояние или ритуальное действие становится понятным, если проследить их генез, первоначальные источники их возникновения. Эти источники заключаются, однако, не в психоаналитических домыслах, а в реальных фактах истории жизни больного.

Таким образом, психотравмирующие больного обстоятельства могут в самых разнообразных формах выступать в картине болезни, отражая нарушения корково-соматической и корково-психической деятельности и патологические корково-подкорковые соотношения, вызванные тяжелыми и неразрешимыми для больного ситуациями.

**Соматогении.** Как уже говорилось, психические нарушения могут вызываться соматическими причинами. Эти психические расстройства называются соматогенными. Инфекции, интоксикации, заболевания внутренних органов, в частности инкреторных, часто являются источником психических нарушений. Например, может быть состояние тревоги и страха при сердечных заболеваниях, особенно остро возникающее при приступах стенокардии. За последнее время внимание ряда исследователей привлекали нарушения психики после операций на сердце и после инфаркта миокарда (В. М. Банщиков, В. В. Королев, И. Г. Равкин, Л. Л. Рохлин и др.). Состояние тревоги и страха наблюдается при тиреотоксикозе. Инфекционные заболевания, особенно в постинфекционном периоде, сопровождаются состоянием гиперэстетической эмоциональной слабости. Постинфекционная астения характеризуется истощаемостью физической и психической, повышенной эмоциональной лабильностью. При астении иногда наблюдается особый характер мышления («астеническое мышление», по Е. С. Авербуху).

Туберкулезные заболевания вообще, а в частности туберкулез надпочечников, сопровождаются состоянием слабости и истощаемости. Туберкулезное поражение легких может проявляться как чрезмерной раздражительностью, так и состоянием эйфории. Болезненный соматический процесс, очевидно, обуславливает интоксикацию, которая, поражая весь организм, в том числе и нервную систему, сказывается изменением физического тонуса и психической реактивности.

Эндокринная динамика является условием зарядки нервной деятельности, и нарушение деятельности желез внутренней се-



креции нередко приводит к изменениям психики. Особенно показательна в этом отношении известная роль щитовидной железы. Умственная вялость, апатия, задержка умственного развития характеризуют состояние гипотериоза.

Повышенная впечатлительность, возбудимость, ускорение психического темпа характеризуют повышение деятельности щитовидной железы.

В отдельных случаях факторы психогенные могут комбинироваться с соматогенными, взаимно усиливая друг друга. Сочетание психогенных и соматогенных симптомов ставит перед соматологом и психиатром весьма сложную задачу отнесения симптомов к той или иной причине.

В таких случаях врач, чтобы правильно разобраться в природе картины болезни, должен обладать достаточной осведомленностью в области психологии.



## ВРАЧ И БОЛЬНОЙ

**Взаимоотношения врача с больным.** Недопустимой ошибкой врача является игнорирование вопроса о характере его взаимоотношений с больным. Врач и больной вместе решают одну и ту же задачу, в которой необходимо их сотрудничество, взаимопонимание, доверие. Больной в подавляющем большинстве случаев (если он не малое дитя, не душевнобольной, не находится в бессознательном состоянии) обращается по своей инициативе к врачу за помощью и в этот момент уже вступает во взаимоотношения с ним. Он более или менее активно выполняет требования врача, принимая лекарства, придерживаясь предписанного режима. Больной, таким образом, осуществляет лечение вместе с врачом, в союзе с ним. Нередко больному приходится, подчиняясь требованиям врача, испытывать боль и другие неприятные ощущения. Иногда больному представляется, что лечиться может быть следует не так, как это рекомендует его врач, но все же ему подчиняется. Он это делает потому, что доверяет врачу, верит в действенность его помощи. Врачу необходимо во время лечения поддерживать и укреплять это доверие больного, которое к тому же передается от последнего другим больным, чем укрепляется авторитет врача, возможность дальнейшей его успешной работы, широкое признание его, а также уважение и доверие к медицине вообще. Таким образом, установление правильных взаимоотношений врача с больным является одним из важнейших условий успешного лечения.

Характер взаимоотношений врача и больного решающим образом зависит от их идеологии, от этических норм общества, к которому они принадлежат. Велико здесь значение системы организации в стране лечебной помощи. Бесплатная медицинская помощь в СССР и в других социалистических странах определяет общие черты взаимоотношений врача и больного. Эти



взаимоотношения в СССР коренным образом отличаются от тех, какие имеют место в капиталистических странах. Schilder писал в своей «Медицинской психологии», что во взаимоотношениях врача и больного «несомненно играет большую роль психология денег». Конечно, автор мог иметь в виду лишь частных практикующих врачей и всю систему лечения, построенную на принципе частной практики. В капиталистических странах врач нередко становится типичным дельцом, в связи с чем интересы больного могут оказаться в той или иной мере подчиненными денежным интересам врача. В атмосфере частной практики и пациент, располагающий достаточными средствами, чтобы оплатить врача, проникается психологией покупателя или нанимателя. Эти взаимоотношения купли-продажи не могут не отозваться и на форме и на результатах лечения. Психоаналитики, например, часто лечат больного годами. Такие больные для них представляют как бы ренту. В капиталистических странах постоянным источником доходов частнопрактикующих врачей и других специалистов являются многие богатые люди. Не всякий врач при этом позволяет себе не угодничать перед богатым пациентом в ущерб научно обоснованному лечению, не потакать при случае капризам пациента.

В нашей и в зарубежной печати было сообщено немало фактов, говорящих о том, что врач в капиталистических странах своими счетами нередко разоряет семью заболевшего или назначением непомерно высокого гонорара лишает больных возможности получить квалифицированную медицинскую помощь. Медицинский бизнес врача в ряде случаев приводит к тому, что жульническая фирма закупает врача, чтобы он помогал распространению не только полезных, но иногда и вредных снадобий, выпускаемых этой фирмой. Все эти особенности медицинской помощи не могут не придавать взаимоотношениям врача и больного ряда отрицательных черт.

Нередко в капиталистических странах врачи выступают против всяких видов бесплатной медицинской помощи, даже подводят под это «теоретическую» базу. Так Jorges (1956) писал, что законы о социальном страховании способны мешать излечению больного.

В капиталистических странах существуют отдельные виды бесплатной лечебной помощи трудящимся. Но там врач оплачивается в ряде случаев капиталистом или же организациями, стремящимися использовать врача в своих классовых целях.

По материалам, приведенным в исследованиях Б. Я. Смужеви́ча и др., дирекции компаний в США требуют от находящихся у них на службе врачей, чтобы они заботились о «моральном состоянии» рабочих и служащих, чтобы они оказывали влияние на



взгляды рабочих. Врач при этом выполняет эти требования, или же он не задерживается на службе компании.

При фашизме некоторые немецкие врачи доходили до того, что становились палачами тысяч людей. Вместе с тем условия работы рядовых врачей в некоторых капиталистических странах вынуждают их прибегать к забастовкам, временно прерывать оказание лечебной помощи населению.

В капиталистическом мире многие врачи являются носителями и усердными распространителями религиозных верований, всяких антинаучных идеалистических концепций. Широкое распространение идей Фрейда, Юнга, реакционной психосоматики и экзистенциализма, непонимание общественно-исторической сущности человека, случаи защиты расизма и войны некоторыми врачами — яркие показатели реакционной идеологии, господствующей в капиталистическом мире.

Условия действительности обеспечивают советскому врачу возможность быть подлинно гуманным, человеческим врачом. Таким и должен быть всякий врач. Коммунистическая партия и Советское правительство всячески поддерживают врачей, отмечают труд лучших из них, укрепляют доверие советского народа к врачу, к медицинским работникам. Все это и определяет характер взаимоотношений врача и больного.

Вместе с тем их взаимоотношения в каждом отдельном случае зависят также от индивидуальных особенностей больного, его психики и от особенностей личности и поведения врача.

Основная ответственность за характер этих взаимоотношений, столь важных для успешности лечения, лежит на враче. Он обязан, строя свои взаимоотношения с больными, учитывать особенности их личности, их переживаний. Коснемся некоторых типичных переживаний больных, которые требуют к себе внимания врача, и должны быть учтены им, поскольку больной является страдающей личностью. О возможных исключениях, например, о весьма редких случаях симуляции и агравации, здесь не приходится говорить.

**Некоторые особенности переживаний больных.** Нередко тревожные мысли о страдании якобы смертельно опасной болезнью возникают и держатся у больного, несмотря на отклонение врачом такого диагноза. Мысли о раке и соответствующая тревога могут возникнуть у некоторых больных на основании отмеченных ими у себя патологических явлений, сходных с признаками этого заболевания. У больного имеются, например, явления гастрита. Он потерял аппетит, у него наблюдаются нарушения функции желудка и кишечника, он несколько потерял в весе. Если это личность, склонная к страхам, с так называемым тревожно-мнительным характером, то на этой основе может сложиться не только предположение, но и уверенность в заболевании злокачественной опухолью со страхом смерти.



Подобные же ошибочные суждения о своей болезни с переоценкой опасности и страхами появляются при неприятных ощущениях и со стороны других жизненно важных внутренних органов. Нередко чрезмерные страхи возникают в связи с аритмией пульса, сердцебиением. На этой почве развиваются у ряда больных ипохондрические состояния. В случаях этого рода образуется часто своего рода «порочный круг» — «спираль». Направленность внимания больного на больной орган или на орган, болезнь которого безосновательно подозревается больным, может вести к нарушению функций этого органа, к понижению порога восприятия, идущих от него в головной мозг раздражений. Импульсация из органов по афферентным, специфическим и неспецифическим (ретикулярная формация) путям, поступая в головной мозг, усиливает патологические переживания, нарушая дальше динамику нервных процессов.

Во всех этих случаях тревожные мысли о болезни, особенно часто переживание болезни сердца, подлинной или мнимой, оказывают влияние на все поведение больного, усиливая страдания, вызванные неврозом в форме кардиофобии, канцерофобии и т. п. При кардиофобии больные часто боятся оставаться одни дома, выходить без провожатого на улицу (иногда — не любого, а определенного избираемого ими лица).

Вся жизнь больного, а иногда и его близких, под влиянием такого рода страхов дезорганизуется. Страхи эти способны ухудшать состояние сердца, сосудов и других внутренних органов. Нередко кардиофобии (и другие болезни этого рода) приносят больному значительно больше вреда, чем способно принести в ряде случаев само нарушение сердечной деятельности и других органов. Некоторые врачи не уделяют достаточного внимания страданиям этого рода, и это является в соответствующих случаях серьезным недостатком. Важнейшее средство лечения этих неврозов — психотерапия.

В ряде случаев тревога больного связана с мыслями о возможности потери трудоспособности, инвалидизации. Многими опасения этого рода переживаются не менее тяжело, чем опасения за жизнь. В капиталистических странах потеря трудоспособности означает для многих потерю возможности прожить самому и содержать семью, угрозу остаться не только без хлеба, но и без крова. В Советском Союзе и в других социалистических странах потеря трудоспособности означает главным образом необходимость отказаться полностью или частично от любимого дела, и эта потеря может переживаться крайне тяжело, если человек не найдет удовлетворения в другом труде, который ему доступен. Нередко больные тяжело переживают длительность лечения с отрывом от привычного труда, тяготятся каждым днем, проведенным в лечебном учреждении. Это должен учитывать врач.



Врачу приходится сталкиваться с больными, которые легко мирятся с неопасной болезнью. Но имеются люди, не выносящие никакой болезни, заставляющей их хотя бы временно отрываться от труда, от привычных условий жизни. У таких людей и неопасная болезнь может вызвать весьма отрицательные эмоции. Иногда они ведут к отказу от лечения, от выполнения рекомендаций врача. Нередко, однако, такая враждебность по отношению к состоянию болезни повышает активность больных в разумной борьбе с ней. Это ценное свойство личности больного врач должен всячески укреплять и использовать для лечения.

Некоторые больные особенно неохотно признают, главным образом при других людях, а иногда и перед собой, что они перенесли или переносят опасную болезнь, например, инфаркт миокарда. Порой это нежелание дать основание говорить и думать о себе, как о тяжелобольном, создает затруднения для правильного лечения, для соблюдения больным предписанного режима. Воспитание у больного правильного отношения к своей болезни — одна из важных задач врача и его помощников.

Нередко больные стесняются некоторых заболеваний, которые они и многие в их среде считают «неприличными», и о которых им неприятно говорить. Конечно, это относится особенно к венерическим заболеваниям. Встречаются больные с запущенным сифилисом, которые не лечились только потому, что стеснялись посещать кожно-венерологический диспансер. Стесняются иногда говорить о своей болезни и ходить к врачу страдающие импотенцией, болезнью простаты, половыми извращениями, гинекологическими заболеваниями. Иногда затруднение усугубляется необходимостью обращаться к врачу другого пола. Некоторые больные стесняются обнажать тело при враче особенно другого пола, а иногда и перед врачом того же пола. Нельзя такую стыдливость игнорировать, ее должно, где это необходимо, осторожно, не спеша, преодолеть, не травмируя психику больного. Относительно широко распространено нежелание обращаться к психиатру из-за боязни, что кто-либо из знакомых об этом как-нибудь узнает. Иногда больные не обращаются к врачу из-за образовавшихся неправильных представлений о неизлечимости их болезни.

Подобного рода переживания в ряде случаев отрицательно влияют на больного, который ни с кем или почти ни с кем не решается поделиться своей бедой, что, конечно, может помешать нормальному лечению. Особенно часто больные, страдающие расстройствами в сексуальной сфере (но далеко не только они), стесняются признать их не только перед близкими людьми, но и перед врачом, оказываются не в состоянии правильно разобраться в своей болезни, нередко приходят к ее переоценке, к уходу в болезнь и к дальнейшему углублению нарушений.



В ряде стран и до сих пор распространено различного вида знахарство, которое причиняет огромный вред здоровью лиц, предпочитающих к нему обращаться.

Тяжело влияют на психику боли. Особенно сильно их влияние на психику, если они воспринимаются больным, как сигналы начинающейся, продолжающейся или усиливающейся опасности для жизни. Но не только боли, обусловленные самим патологическим процессом, но и боли, вызываемые процедурами, переносятся некоторыми больными часто крайне тяжело. Тягостны для больного не только сами боли, но не меньше и их ожидание, которое часто держит его в постоянной тревоге, в мучительном состоянии. Больной, страдающий от болей, нередко тяжело переживает также и любые сильные, а иногда и слабые воздействия — громкие звуки, яркий свет, иногда — прикосновения. Яркий пример этого представляет *каузальгия*. Слабость нервной системы, возникающая как от самого процесса болезни, так и от болей, сопровождается часто высокой раздражительностью, взрывчатостью (раздражительная слабость). Больные при этом становятся крайне эгоцентричными, болезненно капризными. Боли могут нарушать сон, и тогда возникает дополнительный фактор, ослабляющий нервную систему. Эти состояния психики больного требуют разумного щадящего его психику отношения врача.

Больной бывает вынужден изменять обычные формы своего существования и это сказывается на нем нередко отрицательно. В ряде случаев он переходит из привычной обстановки своего дома в непривычную обстановку больницы. Болезнь в этих случаях разлучает его временно с близкими людьми и вынуждает его к общению и весьма тесному с новыми людьми, не всегда соответствующими его требованиям, не всегда приятными.

Лежащий в палате рядом больной может оказаться слишком разговорчивым или, наоборот, слишком молчаливым. Больные, лежащие в одной палате, могут очень расходиться по своим интересам, по привычкам. Сосед по палате может ночами храпеть и мешать уснуть другим. Один больной в палате привык ночью спать при открытой форточке, а другой боится при этом простудиться. Врач должен по возможности устранять такие трудности, а если это невозможно, отнестись с пониманием, с сочувствием к связанным с этим переживаниям больного.

Режим больницы может очень отличаться от привычного режима. Неудобства может причинить больному непривычная диета. Могут его волновать разговоры других больных о различных болезнях. Могут беспокоить и волновать больные, у которых неблагоприятно течет болезнь, своим поведением, своими высказываниями.

На переживания больным своей болезни весьма значительно влияют представления его о ней, о медицине вообще, некоторые



моменты его биографии, его отношение к врачам вообще, к своему врачу, конечно, особенно.

Все эти особенности психики больного должны существенно определять формы отношения врача и его помощников к больному, их тактику.

Нередко больные приходят к врачу с какой-то концепцией о своей болезни, часто неправильной. Эта концепция, не будучи выправлена врачом, может явиться фактором, весьма вредно влияющим на течение болезни. Многие больные, например, еще до сих пор склонны считать гипертоническую болезнь значительно более опасной, чем при нынешних средствах лечения ее должно считать. Успехи медицины в лечении злокачественных опухолей далеко не всегда известны больным, и они весьма часто склонны считать заболевание раком, саркомой любой локализации безусловно смертельным. Врач обязан бороться с этими ложными концепциями болезни у его пациентов.

Медицинские познания больного при соответствующих особенностях его личности могут представить затруднения для лечащего врача. Имея это в виду, врач должен особенно учесть черты личности пациента в тех случаях, когда последний является врачом.

Советские люди, как правило, относятся с полным доверием к нашей системе здравоохранения, к лечащим врачам; и все же еще существует у некоторых больных уже до лечения недоверие к больнице или к поликлинике, к определенному врачу. Это может иногда служить источником беспокойства и тревоги больного. Каждый врач должен укреплять авторитет свой и других врачей и медицинских работников, доверие больных к медицине и системе здравоохранения. В условиях частной практики нередко возникают между врачами отношения конкуренции, способные вести к дискредитации медицины вообще и к недоверию к ней со стороны многих больных.

На больного могут отрицательно влиять воспоминания о болезнях близких ему людей, о своих ранее перенесенных болезнях. Следует в соответствующих случаях попытаться выявить эту сторону переживаний больного и оказать на него соответствующее влияние.

Нередко больного тяготят переживания, не связанные непосредственно с болезнью. Наблюдая большую его озабоченность, подавленное настроение, особенно, если оно влияет на течение болезни, врач должен, по возможности, выяснить причину такого состояния и постараться помочь больному, чем можно. Если больной не полностью доверяет врачу, то понятно, что становится труднее облегчить его состояние в процессе лечения.

Следует еще отметить, что при ряде соматических заболеваний не столь редко возникают неврозоподобные нарушения под влиянием раздражений, идущих от внутренних органов, гумо-



ральных сдвигов, нарушения кровообращения. Их надо обязательно отличать от собственно невротических, психогенных нарушений, связанных с тяжелыми переживаниями. Не всегда достаточно учитываются изменения в нервно-психической сфере больного под влиянием болей, бессонницы, наркоза.

Источником осведомленности врача об основных чертах личности и существенных переживаниях больного могут служить как прямо обращенное к нему высказывание больного, так и то, что он говорит медицинским сестрам или своим близким (по их пересказу), а также его мимика, поведение, отчасти его манеры, отношение к лечению, к посетителям и т. п. Серьезную помощь здесь может оказать анамнестический метод (характер изменений личности больного, невротические проявления в прошлом и пр.), а также экспериментально-психологическое исследование.

Для врача имеет также большое значение общая осведомленность об уровне интеллектуального развития и состоянии интеллекта в момент исследования больного, уровень общего развития его. Беседы врача с больным не могут, конечно, не учитывать этих сторон его личности. Невысокий уровень интеллекта может иногда быть существенным признаком изменения психики под влиянием патологического процесса в организме больного. Например, при снижении функции щитовидной железы можно бывает уже на относительно ранних стадиях болезни обнаружить некоторое снижение интеллекта. То же может наблюдаться при некоторых сосудистых заболеваниях.

**О тактике врача в лечебном процессе.** Врач может тем более положительно воздействовать на психику больного, чем более он вызывает к себе его уважение своими качествами врача и человека.

У психоаналитиков распространено положение о том, что больной «переносит» на врача свое развившееся в раннем детстве сексуальное влечение к одному из родителей. В связи с этим Schilder писал в своей «Медицинской психологии», что врач выступает для больных как образ отца или матери. Психоаналитики совершенно неправильно полагают, что образы отца и матери только и приобретают существенное значение для личности, произвольно, вопреки жизненным фактам, игнорируют возможность активного отношения к другим людям, большой роли в жизни ребенка и взрослого новых встреч, новых более сильных и качественно иных влияний, новых идеалов.

Учение Фрейда о «переносе» представляет неправильную теорию любовно эротического отношения больного к врачу. В самом же деле больной может быть благодарным, привязанным к врачу, любить его как целителя и спасителя, но это не имеет никакой связи с эротическим отношением. Правда, не только Фрейд, но и некоторые авторы, чуждые его сексуальной теории, указывают на возможность эротического в некоторых случаях



отношения к врачу (В. М. Бехтерев). Однако это является формой отношений, выходящей за пределы медицинской связи врача и больного и могущей вредить лечебному процессу. Важно, чтобы врач в процессе лечения не дал повода для такого отношения, не поощрял его и, если ликвидировать его невозможно, передал бы больного другому врачу.

Отношение больного к врачу должно быть отношением к нему именно как к врачу. Это отношение нового качества, определенное особой ролью врача в процессе лечения.

Говоря о влиянии врача на психику больного, мы имеем в виду как его специальную задачу — воздействовать на психику больного, так и те мероприятия, которые, имея перед собой другие задачи, могут положительно или отрицательно влиять на психику больного. Влияние на психическое состояние больного включает лечебные и профилактические элементы. Говоря здесь о враче, следует иметь в виду и весь медицинский коллектив, принимающий то или иное участие в лечении.

**Ознакомление врача с больным.** Уже на первом приеме больного в процессе ознакомления с ним врача отчетливо выступает по существу двусторонний характер этого знакомства. Больной при этом знакомится с врачом. Уже первые впечатления должны укрепить доверие больного к врачу, к лечебному учреждению и положительное отношение к ним, что весьма способствует смягчению тягостных переживаний больного, вызванных болезнью.

Знакомство с врачом, установившее положительное отношение к нему больного, способно облегчить у последнего страх перед операцией или неприятным исследованием.

Восприятие объекта у человека — целостный акт, включающий в себя и эмоциональный момент и отношение к воспринимаемому. Воспринимая врача, видя его, слыша о том, что он будет его оперировать, больной полностью не отделяет при этом отношение к предстоящему вмешательству от положительного отношения к знакомому врачу. Наоборот, от многих больных приходится слышать, что на них весьма тяжело влияло в предоперационный период выяснение того, что операцию будет проводить до того неизвестный врач.

**Обстановка лечебного учреждения.** Если великий деятель искусства К. С. Станиславский с замечательной проницательностью требовал такой обстановки в театре, которая обеспечила бы положительное отношение зрителя к театру уже с гардероба, то насколько же правильно такого рода требование к лечебному учреждению. Обстановка лечебного учреждения, даже благоустроенные подходы к нему (сад, крыльцо, входная дверь и пр.), безукоризненная чистота, приятное убранство, тщательно продуманный и организованный порядок приема и регистрации больных, спокойная, деловитая и вместе с тем пронизанная



теплым, заботливым отношением к больному работа всего коллектива, с самого прихода больного должны помочь ему довериться лечебному учреждению, на которое он возлагает свои надежды. Все обращение с больным в лечебном учреждении должно быть одновременно вежливым и теплым, не фамильярным. Уважение к больному, сочувствие по поводу его болезни является одной из важных сторон взаимоотношения с ним персонала лечебного учреждения. Даже такие как будто мелочи, как обращение к больному по имени и отчеству, как пожатие руки перед беседой, есть важный момент. Уважение к больному должно служить, в частности, поддержанию его самоуважения, повышению его психического тонуса, его известной подтянутости и вместе с тем освобождению от напряженности, затрудняющей контакт с врачом и способной повести к функциональным нарушениям в организме (сосуды, сердце и пр.).

Должны быть приложены все усилия, чтобы не допустить при приеме больного и в дальнейшем каких-либо конфликтов персонала с больными и их родственниками и во-время и тактично устранять их, если они возникли. Сестра, санитарка, гардеробщица, хозяйственные работники должны полностью сознавать, что они участвуют в лечебном процессе, что в их задачи обязательно входит забота о спокойствии больных, забота о том, чтобы у больных создавалось прочное положительное отношение к лечебному учреждению и доверие к нему, упрочивалось имеющееся в нашем народе доброе мнение о советском здравоохранении. Такая обстановка в поликлинике, в диспансере, в больнице, в клинике, еще до встречи больного с врачом, создает наилучшие и необходимые условия для их ознакомления друг с другом, помогает образованию у больного положительных установок в отношении лечения в целом.

И врач, и все его сотрудники должны в общении с больными постоянно руководствоваться сознанием, что больной весьма часто является человеком с очень повышенной чувствительностью, что его тревога о здоровье, плохое общее самочувствие, боли могут быть причиной его некоторой придиристичности и раздражительности, некоторого изменения восприятия, а иногда и мышления. У больного в ряде случаев может болезненно быть нарушена способность саморегуляции, объективное отношение к окружающим.

Необходимо еще учесть, что трудности, обнаружившиеся иной раз во взаимоотношениях персонала лечебного учреждения с одним из больных, неизбежно оказывают влияние и на других больных, способны взволновать.

В ожидании приема у врача, в ожидании его обхода или процедуры, тем более хирургической операции, больной весьма часто находится в состоянии напряженности, тревоги, страха. Это может отрицательно отозваться как на его психике, так и на ор-



ганизме. Не столь редко длительное ожидание в приемной врача повышает артериальное давление у страдающего гипертонической болезнью. При таком ожидании возникают иногда нарушение ритма сердечной деятельности и ряд других функциональных изменений в организме. Некоторые невротики особенно тяжело переносят ситуацию ожидания, и длительное ожидание может особенно серьезно повлиять на общее их состояние.

Особенно противопоказанным следует считать чрезмерно долгое и не вызванное необходимостью ожидание больным хирургической операции, болезненного или решающего для ответственного диагноза исследования, откладывание без крайней необходимости их с одного срока на другой.

**Поведение врача.** Ожидание больного становится особенно напряженным и тревожным, когда ему приходится подолгу ждать, что врач ему скажет о его болезни, выслушав и освидетельствовав его. Конечно, врач может нуждаться во многих дополнительных исследованиях до установления окончательного диагноза. Но это не дает ему права после приема и осмотра больного на обходе не сказать ему, каковы его предположения, чего он еще ожидает. Не следует допускать положения, при котором больной мучительно пытается догадаться, что думает о его болезни врач, что уже им выявлено, зачем проводятся те или иные исследования и т. п.

Больной — не бесстрастный объект воздействия врача, а его союзник и страдающая личность. Он имеет право на то, чтобы знать, что врач о нем и о его болезни думает, каковы планы врача. Соответствующие разъяснения призваны снять, по возможности, тревожное ожидание, беспокоящие догадки, поиски разъяснений о своем лечении у других больных, медицинского персонала, посторонних людей. Врач не может, не имеет права отрываться от больного общими фразами, уклоняться от ответа на его вопросы, заданные или не заданные. Но само собой разумеется, это никак не отменяет необходимости быть осторожным в выражениях при сообщении больному диагноза и прогноза его болезни. Активность больного в борьбе с болезнью нередко является важным условием эффективности терапии. Врач должен всегда стимулировать эту активность. Он должен помогать больному бороться с тяжелыми мыслями о болезни, чего нельзя достичь, отказываясь объяснить больному, что ему нужно делать, чего ждать. Каждая встреча врача с больным должна в чем-то успокоить больного, что-то ему разъяснить, дать ему возможность выяснить беспокоящие и неясные вопросы и получить на них ответ, в возможной мере удовлетворяющий его. При этом форма освещения больному его состояния, перспектив лечения должна соответствовать особенностям его личности и переживаниям, общему его состоянию, типу его реакции



на болезнь, уровню его интеллектуального развития, его осведомленности в вопросах медицины.

Весьма важно не дать больному основания уличить врача в обмане, хотя бы и порожденном самыми добрыми чувствами. Между тем, наблюдаются случаи, когда, например, терапевт заверяет больного, что в его легких нет абсолютно никаких изменений. Но затем направляет его на рентгенологическое исследование, причем рентгенолог, не предупрежденный терапевтом, не скрывает от больного наличие значительных изменений в легких, которые клиницист не мог, скорее всего, не заметить.

Случается, что врач скрывает от больного какой-либо диагноз, например, инфаркт миокарда, а приходящие для проведения тех или иных процедур медицинские сестры или врачи лабораторий, рентгенологи и другие осведомляют больного об этом диагнозе прямо или косвенно. Подобные затруднения возникают иногда при выдаче выписки из истории болезни. Здесь, конечно, очень нужен индивидуальный подход.

Отсутствие единой системы в отношении к больному, во врачебной тактике не может не отозваться весьма отрицательно на его самочувствии, на его отношении к врачу, к лечению.

Нередко серьезное беспокойство возникает у больных в связи с направлением от врача одной специальности к врачу другой специальности. Конечно, это бывает неизбежным. Но в таких случаях требуется большая осторожность и тактичность.

Экспериментально и клинически показано, что условнорефлекторное усиление действия лекарства — реальный и очень важный фактор. Даже безразличные вещества могут оказаться полезными больному под влиянием внушающих слов врача.

Эту опережающую и подкрепляющую роль условных связей, словесных и несловесных, врач и его помощники должны широко использовать при лечении больных. Опасения за свою жизнь, за свое здоровье могут вызвать у больного повышенную настороженность в отношении того, что делает и говорит врач и нередко — подозрительность, склонность к чрезмерному анализу слов и действий врача. В связи с этим больному может повредить отсутствие принципиальности у врача, отсутствие определенной линии в его взаимоотношениях с больным. Врачу приходится встречаться, помимо этого, и с недостатками характеров больных и с дефектами их отношений. Сюда относится капризная претенциозность некоторых больных, недисциплинированность и распушенность других, чрезмерная раздражительность и грубость и т. д. Самообладание, терпение и настойчивость лечащего врача при таких проявлениях, желание помочь даже несимпатичному больному, позволяет преодолеть эти трудности. Болезненному поведению и особенностям характера больного должно противостоять спокойное и хладнокровное



отношение врача. Надо подчеркнуть — хладнокровное, но не холодное, а, наоборот, теплое отношение, по возможности облегчающее переживание болезни, но отнюдь и не преувеличивающее ее.

Отзывчивость врача в отношении к больному может сталкиваться с рядом трудностей. Здесь не следует проявлять уступчивости к необоснованным требованиям больного или проявлениям им отрицательных черт характера. Иногда в принципиальных вопросах приходится прибегать к повышенной требовательности, убеждать и переубеждать больного, заставлять его изменять нежелательные реакции, отрицательно сказывающиеся на выздоровлении. Однако в исключительных случаях невротизма и психопатий врач не может справиться с больным и вынужден иногда выписывать его из стационара. Это зависит как от степени и стадии болезненного изменения личности больного, так и от искусства и разумной гибкости врача. Больной может сопротивляться врачу, не поддаваться его требованиям. Однако это сопротивление не имеет того метафизического значения, которое ему придал Фрейд в его сексуализированной теории психоанализа. Будучи всегда внимательным к просьбам больного, к его жалобам, врач не должен быть неразумно уступчивым, что вредно отзовется на психике больного, если врач назначает ему то лечение, о котором он просит, но которое по убеждению врача ему не показано. Кратковременная признательность больного может смениться недоверием к врачу, содействовать появлению вредной для больного тенденции предъявлять к врачу необоснованные требования и болезненно реагировать на их отклонение.

Больные, особенно привыкшие к своему врачу, могут болезненно воспринимать смены его настроения. Крайне важно, чтобы личные переживания врача не находили, насколько это возможно, выражения при выполнении врачебных обязанностей, при его встречах с больными.

У всякого человека в течение жизни создаются определенные стереотипы, необходимость нарушения которых требует от нервной системы значительных дополнительных усилий, нередко сказывающихся весьма отрицательно на общем состоянии больных.

Болезнь весьма часто требует нарушения стереотипа питания, смены сна и бодрствования. Стереотип нарушается изменением домашней обстановки на больничную, поездкой на курорт, вынужденным отрывом от привычной работы. Трудность ломки стереотипов бывает выражена у разных больных по-разному. Некоторые крайне чувствительны к такой ломке и к отдельным ее деталям. Врачу необходимо это учитывать. Например, иногда поездка на курорт может быть более вредной (вследствие стереотипа), чем полезной. Иной раз чрезмерно



решительное изменение диеты настолько трудно переносится больным, что стоит серьезно подумать о действительной необходимости такого ее изменения. Это же положение в какой-то мере относится к перегрузке лечебными процедурами. Чрезмерно строгая диета, строжайший режим оказывают на некоторых больных отрицательное влияние, отягчают сознание болезни, ухудшают состояние в целом. Врач должен особенно тщательно соотносить положительные и отрицательные стороны своих назначений, учитывая при этом особенности личности больного.

**Ятрогения.** Это — заболевание или осложнение заболевания, вызванное тяжелыми переживаниями больного вследствие слов или действий врача, оказавших на больного, на его психику, а через нее и на организм отрицательное влияние. Ятрогения может возникнуть не только на почве того, что сказал или сделал врач, но и на почве того, чего он не сказал, не сделал, хотя должен был сделать. В происхождении ятрогении надо усматривать две неразрывных стороны: 1) поведение врача и 2) особенности личности больного (мнительность, тревожность, повышенная эмоциональность и др.).

Следует различать в лечении, проводимом врачом, стратегические и тактические элементы. Стратегическая сторона — основные звенья плана лечения. Тактическая — детали осуществления этого плана.

Правильное обращение с больным — важнейший элемент тактики для каждого больного. При психотерапии его значение поднимается до уровня стратегического. Нарушение этого требования в большинстве случаев и является нередко одним из условий возникновения ятрогении. К сожалению, иногда еще и опытные врачи неспособны сохранять должный такт в обращении с больным.

Stühle пишет: «Я лично весьма благодарен крупному неврологу Egb, но я до сих пор со страхом вспоминаю, что он всякий раз говорил суровым тоном и раздражался прямой бранью, когда он был не в состоянии обойтись с невротиком. Умный Kgehl, который в своих лекциях студентам всегда говорил о значении психического фактора, своими вопросами мог довести невротика до отчаяния» (1956).

Конечно, врач вынужден нередко говорить больному то, что может нанести последнему психическую травму. Например, приходится говорить больному, что состояние его здоровья требует перехода на инвалидность. Он может и бывает обязан смягчить это решение указанием, что оно временно, что больному можно будет в дальнейшем подыскать себе посильное дело и т. п. Но и тогда, когда полностью соблюдается осторожность, все равно больному бывает тяжело примириться с этими словами врача. И здесь ничего не поделаешь. Эти слова врача,



которые имеют задачей спасти или облегчить жизнь и здоровье больного, никто не станет считать ошибочными, а огорчения больного, тяжелые его переживания, может быть даже невротическую реакцию, обусловленную повышенной чувствительностью больного при особой его заинтересованности в продолжении своей работы, никто не станет считать ятрогенной. Это — реакция на неумолимую правду, а не на неосторожность врача.

Соблюдая должный такт, врачу следует сказать больному необходимую правду, хотя и горькую, если без этого нельзя обойтись. В то же время, к сожалению, бывают случаи, когда врач недостаточно продуманно говорит больному без особой нужды и подготовки то, что способно нанести ему психическую травму и вызвать патологическую психогенную реакцию. И это уже может повести именно к ятрогении, моральную ответственность за которую снять с врача нельзя.

Мы были свидетелями того, как опытный терапевт у постели больной, несколько дней назад перенесшей инфаркт, взволнованной болезнью, но и не помышлявшей о возможности повторения инфаркта, сказал без всякой нужды, как бы для общего успокоения больной: «Второй инфаркт вовсе не обязателен», чем значительно ухудшил ее состояние.

Иной раз неосторожно проводятся демонстрации больных, коллективные разборы. Бестактный пересмотр диагноза и метода лечения, проводившегося ранее другим врачом, нередко отрицательно влияет на больного, ослабляет его веру, укрепляет его сомнения в успехе лечения. Отрицательное влияние на больного могут, конечно, оказать не только слова, но и действия, и мимика, и жесты врача, различные его поступки, все его поведение в отношении больного.

Было уже сказано, что у тяжело страдающих и тревожных больных нередко образуется своеобразная подозрительность и настороженность. Такие больные иногда прислушиваются или присматриваются внимательно к окружающим, особенно к медицинскому персоналу, пытаются найти какие-нибудь выражения оценки ими своего состояния. Патологическая их аффективность может способствовать кататимной переработке воспринимаемого. Их психику легко травмировать. С их точки зрения, если врач остановился во время обхода на большое время у их постели — это плохой признак. Но если врач мало стоял у их постели, это тоже они принимают за плохой признак. Много назначений или мало — этому также придается особое значение, и травмирует таких больных. Здесь необходима особая осторожность и тактичность врача.

В целях уточнения диагноза врач, естественно, стремится собрать все, что может быть ему полезно из анамнестических данных, как и из данных лабораторных исследований. Эта



тенденция определяет такого рода направленность в вопросах врача и в назначаемых им исследованиях, которую больной может, например, понять так, что у него предполагается раковое заболевание и т. п. Это следует иметь в виду, чтобы соблюдать всю необходимую осторожность при беседах с больными и их обследованиях. Если все же у больного возникли ненужные подозрения в связи с особенностями его личности (тревожность, мнительность, склонность к ипохондрическим реакциям), врачу необходимо избрать путь его успокоения.

В постановке больному вопросов необходимо крайне остерегаться, чтобы не вызвать ими ятрогении. То же относится к проведению исследований и лечебных назначений. Большое количество назначений может мнительного больного навести на мысли об особо тяжелом течении его заболевания.

В некоторых случаях недостаточно продуманные врачебные назначения могут принести больному подлинную психотравму, явиться источником ятрогении (при готовности к невротической реакции). Иной раз врачи скорой или неотложной помощи, вызванные к жалующемуся на неприятные ощущения в области сердца невротик, не имея возможности его тут же глубоко исследовать, производят ему инъекцию сердечных средств, назначают строгий постельный режим и этим углубляют и фиксируют его тревогу за состояние своего сердца, продвигают его по пути к кардиофобии. Конечно, положение врача при такой экстренной помощи затруднительно, так как он не должен в то же время пропустить грозное заболевание сердца. Особая осторожность требуется, естественно, при повторных вызовах.

Приходилось наблюдать больных, у которых к такого же рода закреплению тревоги привели направления в Кисловодск для лечения в кардиологическом санатории. Иногда, особенно на некоторых невротиков, может оказать отрицательное влияние помещение их в больницу, неправильный перевод на инвалидность без необходимости в этом.

Мы консультировали больную истерией, которую в течение ряда лет ежегодно помещали в одну и ту же больницу. Там ее всегда лечил один и тот же внимательный, тепло к ней относящийся врач, создавались прекрасные условия. Муж во время пребывания ее в этой больнице также выражал исключительную заботу, носил ей цветы, особенно нравящуюся ей еду и пр. Поводом для помещения ее в больницу каждый год служили происходившие по нескольку раз в день типичные истерические припадки, во время которых она издавала автоматизированные вопли, по ночам будившие окружающих. В больнице эти припадки немедленно прекращались и выписывалась больная каждый раз в очень хорошем состоянии. Месяцев через 8—9 вновь наступали припадки того же типа. Подробный анализ состояния психики больной не оставлял сомнения в том, что периоди-



ческое помещение в больницу сыграло большую роль в укреплении условных рефлексов, лежащих в основе этих припадков. Разумеется, больную было бы целесообразно лечить по поводу истерии, не помещая в больницу, именно в условиях привычного быта, в котором и в связи с которым у ней возникают истерические реакции.

Весьма ошибочна все еще наблюдающаяся у ряда врачей тенденция упрощать свою задачу, идя по линии наименьшего сопротивления, например, при назначениях без должного учета их последствий. Это можно иллюстрировать неправильным по отношению к снотворным и обезболивающим средствам, длительно принимаемым в тех случаях, где можно было бы без вреда для больного обойтись без них и где их назначение не вызывается безусловной необходимостью. У некоторых больных так образуется наркоманическое привыкание к снотворным или обезболивающим средствам.

Серьезное внимание врача должно быть направлено на предупреждение образования у больного установки на болезнь, на подготовку его к окончанию лечения, на ликвидацию необоснованных опасений, вопреки фактическому выздоровлению или улучшению состояния. Нередко больные после выписки из больницы, где они лежали по поводу инфаркта миокарда, еще долго испытывают страхи, боятся ходить сами, без провожатых, по улице, испытывают, можно думать, психогенные боли или неприятные ощущения в области сердца. Нередко этого рода последствия болезни нельзя не рассматривать как ятрогении.

Далеко не всегда врач может считать себя свободным от известного вмешательства в личные дела больного с позиций своей специальной компетенции. Например, если больной, оправившись от болезни, иногда намерен вернуться на работу, по своим особенностям для него вредную, хотя трудоспособность вообще он сохранил, если дома, в семье у него может не быть условий, совершенно необходимых для поддержания его здоровья, врач в подобных случаях должен помочь больному советом, а иногда и более активно — похлопотать о нем, поговорить с женой (или мужем), поговорить иногда с руководителями его на работе и т. п. Такое вмешательство в жизнь больного должно быть достаточно тактичным и осторожным и диктоваться задачами лечения больного, профилактикой рецидивов.

**Этика врача.** Этические стороны деятельности советского врача определяются этикой советского общества и особенностями организации нашего здравоохранения, его традициями. В различных разделах настоящей книги освещены многие вопросы, относящиеся к проблеме этики врача. Остановимся здесь кратко еще на некоторых из них.



Еще Гиппократ указывал на те требования, внешние и внутренние, которым должен соответствовать врач. К внешним относятся: опрятность, аккуратность, тон речи (спокойный, вежливый), мимика и манеры (сдержанные). Но главное — внутренние качества, выражающиеся в поступках, поведении и речи врача.

Основная проблема — достойное поведение врача не только в отношении к тому или иному больному, но и в отношении его родственников, служащих лечебного учреждения и т. д. В равной мере недопустимы как развязно бестактное поведение, так и послушливо заискивающее поведение врача перед больным. Необоснованно добродушная снисходительность представляет также дефект врача, подрывает его авторитет и может использоваться в ущерб интересам лечения. Морально-психические свойства врача как человека значимы независимо от его специальности и вида заболевания у больного. Они приобретают тем большую роль, чем больше в работе врача выступают педагогические функции.

Алкоголизм — состояние, при котором человек утрачивает способность всякого и особенно морально-волевого контроля своего поведения, несовместим с профессией врача. К сожалению, существуют еще врачи, злоупотребляющие алкоголем, что особенно противоречит специальности психотерапевта, так как психотерапия неразрывно связана с моральным воспитанием и перевоспитанием больного, а алкоголик в этом отношении представляет пример цинического противоречия между словами и делами. Врач-алкоголик обычно вызывает у больного или абсолютно отрицательное, или брезгливо-снисходительное отношение. Правдивость, справедливость, принципиальность являются положительными чертами, которые должны быть присущи моральному облику врача, осуществляющего психотерапевтическое влияние.

Важным моральным, гуманным в прямом смысле слова, свойством врача является благожелательность, сочувствие и сострадание. Производственно и морально недопустимо формальное бездушное или равнодушное отношение. В нашей прессе, наряду с описанием образов преданных, даже героических медицинских работников, подвергаются справедливой критике случаи бездушного чиновничьего отношения отдельных медиков к больному и его судьбе.

Советским врачам в отличие от врачей капиталистических стран не приходится обычно думать о том, какое лечение доступно больному. Врач может и должен добиваться использования для лечения больного любых средств, любых медикаментов, любого вида курортной помощи, помня только, что единство общественных и личных интересов в нашей стране требует



разумного, целесообразного пользования этими лечебными средствами.

В медицине всегда стоял вопрос о врачебной тайне. Только в тех весьма редких случаях, когда желание больного сохранить в тайне то, что он сообщил врачу, серьезно противоречит интересам общества или жизненно опасно для самого больного, врач не имеет права обещать сохранить тайну. Во всех других случаях тайна больного должна врачом безоговорочно соблюдаться. Во всем, о чем врачу приходится говорить с больным, он прежде всего остается врачом, не выходя за пределы врачебной компетенции и при этом соблюдая всю необходимую осторожность и тактичность.

Врач должен в своих отношениях с больным постоянно, во всех своих поступках, быть на высоте своего высокого врачебного долга, обеспечивая этим уважение и доверие к себе и к советской медицине.

Врач в отношениях с больным не имеет права руководствоваться своими особыми симпатиями или антипатиями. Он должен всеми доступными ему средствами лечить любого больного. Он не имеет права среди больных выделять «любимцев», неравномерно делить свое внимание к больным, если такая неравномерность не вызывается особенностями заболевания или тяжелого состояния того или иного больного.

Врач обязан всегда быть готовым оказать помощь больному, когда это требуется обстоятельствами. Не только при выполнении своих врачебных обязанностей, но и в быту, врач должен стремиться всем своим поведением вызывать уважение и доверие окружающих, без чего ему будет трудно или даже невозможно быть авторитетным для своих больных.

Формализм всюду вреден. У врача он особенно недопустим. Профессия врача наиболее неотделима от принципов гуманности.



## ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХИКИ БОЛЬНОГО И ВОПРОСЫ АНАМНЕЗА

Значение исследования психики для врачей любой специальности. Врачу любой специальности бывает необходимо ознакомиться в той или иной степени с психическим состоянием больного. Само собой разумеется, что глубокое исследование психики больного наиболее необходимо психиатру и невропатологу. Но вместе с тем весьма нередко врачи другой специальности впервые сталкиваются с больными, страдающими психическим заболеванием или заболеванием головного мозга с нарушением психики, а еще чаще с больными неврозами и психопатиями, а также с соматическими больными, обнаруживающими те или иные особенности психики. Не предпринимая глубокого исследования больного, в этих случаях все же любой врач должен уметь установить хотя бы самое наличие патологии психики, установить некоторые особенности психики и личности больного, особенности психических процессов и психических состояний (мышления, восприятия, депрессии, маниакального возбуждения, ипохондрической настроенности и пр.).

Недостаточное внимание к состоянию психики больного, неумение исследовать ее нередко приводит к весьма неприятным последствиям, вредит больному.

Анамнез весьма важен для изучения психики больного и вместе с тем, конечно, собирание анамнестических данных и их анализ врачом требует понимания психологии больного.

**Психологические вопросы анамнеза.** Нет больного, при исследовании которого *анамнез* не играл бы значительной роли. В ряде случаев роль анамнеза становится особенно значительной, иногда почти решающей, как, например, при заболеваниях, где основные расстройства выступают в сфере переживаний личности (например, состояния фобии).



При всей значимости фактов, раскрываемых в анамнезе, все еще мало уделяется внимания вопросам теории и методики собирания этих фактов. Нередко и в преподавании в медицинских институтах этим вопросам уделяют недостаточно внимания.

В настоящей книге они подлежат освещению в одном только психологическом плане. Здесь должны быть рассмотрены вопросы: 1) анамнез (как форма исследования психики больного) и 2) психологические особенности построения анамнеза.

Термин «анамнез» проник в современные языки из древнегреческого и в буквальном переводе обозначает «припоминание». В медицине значение слова «анамнез» шире. Здесь имеют в виду не только припоминание или воспоминание того, что было раньше, но и описание того, что есть в настоящее время.

Обычно в понятие «анамнез» включают все то, что может сказать больной о своей болезни, о причинах ее возникновения, течении (так называемый *субъективный анамнез*) и то, что могут сообщить окружающие его в настоящем или окружавшие его в прошлом люди (так называемый *объективный анамнез*).

Такое деление, различение двух групп анамнестических материалов по принципу объективный — субъективный представляется недостаточно обоснованным. И то, что говорит о себе и своей болезни сам больной, и то, что говорят об этом другие, отражает факты такими, как их воспринимает и сознает дающий сведения. И те и другие факты анамнеза получают объективную значимость для врача постольку, поскольку они правильно врачом оценены. Объективность, достоверность анамнестические данные приобретают в зависимости от того, правильно ли они собираются, понимаются врачом и анализируются им. Если говорить о субъективности анамнестических данных в том смысле, что факты могут быть в той или иной мере искажены сообщаемым о них лицом, то это относится не только к больному. Такое искажение произвольное, неумышленное, неосознаваемое иногда вызывается эмоциональным отношением к сообщаемым фактам. В отдельных, конечно редких, случаях извращение фактов может быть умышленным. Часто эмоциональную окрашенность получают факты в сообщении самого больного, глубоко переживающего свою болезнь. Но ведь и мать, тяжело переживающая болезнь ребенка, может под влиянием соответствующих эмоций весьма неточно рассказать о его болезни. Такого рода влияния могут затруднить врачу анализ анамнестических данных, но при соответствующей их оценке сообщенное всегда сохраняет известную объективную значимость.

Материалы анамнеза помогают врачу судить о характере болезни, об ее возникновении, проявлениях и течении. Большею частью только данные анамнеза могут осветить подлинное



начало заболевания, первые его симптомы. Эти данные могут помочь врачу судить о нервно-психическом состоянии больного в преморбидный период, нередко при разных заболеваниях, характеризующихся неврозоподобными чертами. Анамнез помогает также врачу выяснить, лечился ли больной раньше, как лечился, каков был успех лечения. Этого рода факты могут иметь для врача также большое значение. Неудача лечения в прошлом в некоторых случаях может затруднить дальнейшее лечение, если у больного образовалось к нему недоверие. Для того чтобы правильно учесть степень его обоснованности, о нем надо знать. Анамнез должен также помочь врачу выяснить, что и как ощущает в связи с болезнью больной, каково его отношение к своей болезни, как он понимает или пытается понять ее (концепция болезни). Собирая анамнестические данные, врач может установить, каковы переживания больного по поводу болезни и обстоятельств, связанных с ней, а также и не связанных с ней.

Некоторые больные склонны говорить о болезненных ощущениях, преуменьшая их. Другие склонны, наоборот, переоценивать симптомы болезни и их опасность. Особенно характерны и резко выражены переоценка симптомов, страх болезни, неспособность отказаться от неправильной концепции болезни у больных с *ипохондрическим синдромом*.

Материалы анамнеза дают возможность врачу оценить особенности личности больного, преморбидное (и отчасти настоящее) состояние его центральной нервной системы и психических процессов. Большое значение здесь имеет выяснение склонности больного к чрезмерной тревоге, к повышенной мнительности, способности и готовности его настойчиво лечиться.

При опросе больного, выясняя характер течения болезни, врач может выявить у соответствующей группы больных наличие состояний компенсации, декомпенсации и рекомпенсации. Он может получить некоторые сведения о речи больного, о его памяти, мышлении, о свойствах его личности.

Само собой разумеется, что ценность данных анамнеза в большой мере зависит от того, как их собирает врач, как он ведет себя при этом, как им обеспечивается возможная полнота и достоверность полученного материала, как он его анализирует и синтезирует.

Собирание анамнеза должно строиться, как процесс исследования, входящего на равных правах с другими методами в единую систему изучения больного. Поэтому, мы думаем, правильно и целесообразно говорить об *анамнестическом методе* исследования.

Подлинные задачи анамнестического исследования и значение материалов анамнеза освещены в ряде трудов отечественных и зарубежных клиницистов. Замечательные образцы



использования анамнеза в клинике можно найти в трудах С. П. Боткина. Резюмируя, в лекции, например, высказывания больной микседемой, С. П. Боткин говорил: «Главная ее жалоба в настоящую минуту заключается в том, что у нее болит поясница, болят ноги и вообще все тело, что она очень слаба и что настроение ее постоянно печальное, угнетенное. Уже из недолгого разговора с больной, происходившего сейчас перед нами, вы можете убедиться в значительном ослаблении ее памяти и сообразительности, что, впрочем, и она сама замечает. Хотя ответы ее правильны, логичны, но вы замечаете, как они медленны: видимо ей стоит значительного труда сообразить предложенный вопрос и правильно на него ответить. При этом она нередко ошибается в хронологических данных, события позднейшие относит к более раннему периоду и наоборот... собиране анамнеза стоило больной труда».

Также в своих «Клинических лекциях» С. П. Боткин, говоря о болезни и смерти И. С. Тургенева, отмечал, что при вскрытии у И. С. Тургенева было обнаружено наряду с болезнью сердца и сосудов нераспознанное при жизни новообразование в области позвоночника. С. П. Боткин при этом обратил внимание на то, что допущенная здесь врачебная ошибка стала возможной потому, что при жизни писателя врачи не уделяли должного внимания описанию им своих болевых ощущений.

Таким образом, С. П. Боткин показал слушателям, как важно внимательное отношение врача к анамнезу, в частности к жалобам больного, к показаниям больного о своих болезненных ощущениях. Он указал при этом также на ту широту сведений, которые может получить врач при собирании анамнеза.

Врач должен учитывать эти широкие возможности, но вместе с тем ему следует в каждом отдельном случае ограничивать задачи анамнестического исследования в соответствии с особенностями болезни и больного, с конкретными задачами диагностики и лечения.

Необходимо еще отметить, что хорошо собранные анамнестические материалы могут играть большую роль не только в клинической практике, но и в разработке больших теоретических вопросов. Grund, ученик известного немецкого невролога Erb, характеризует своего учителя, одного из крупнейших неврологов своего времени, как замечательного мастера в деле собирания и использования анамнеза, в частности справедливо отмечая, что он пришел к решению вопроса о сифилитической этиологии спинной сухотки главным образом на основе анамнестических данных. Таких примеров можно было бы назвать большое количество.

Сопоставляя этот и вышеприведенный отзывы об этом видном ученом-враче, можно сказать, что мало уметь хорошо собирать анамнестические данные и делать из них ценные выводы.



Надо уметь это делать так, чтобы, по возможности, при собираннии анамнеза не наносить больному психическую травму.

Многие виднейшие клиницисты тщательно разрабатывали вопросы анамнеза и в частности методики его собиранния. Выдающееся место среди них принадлежит Г. А. Захарьину. В своем предисловии к трудам Г. А. Захарьина («Клинические лекции и избранные статьи») его известный ученик В. Ф. Снегирев писал: «Самую драгоценную часть в этих лекциях составляют, несомненно, расспросы больных. Это есть оригинальное достояние так называемой Захарьинской школы».

Здесь заслуживают рассмотрения некоторые стороны методики анамнестического исследования, наиболее близкие к проблемам медицинской психологии.

Среди методических требований, соблюдение которых укрепляет достоверность анамнестических сведений, следует прежде всего отметить требование тщательного сопоставления высказываний больного о своей болезни и о себе с материалами, полученными при клинических и лабораторных исследованиях. При всей важности такого сопоставления нельзя не учитывать, что наличие расхождений не дает врачу права не придавать значения при этом анамнестическим данным.

Высказывания больного всегда отражают в какой-то мере реальность. Больной может воспринимать *информацию* (применяя принятый в кибернетике термин) от пораженных болезнью органов и в тех случаях, когда ни лабораторные, ни другие методы исследования не дают врачу возможности получить соответствующую информацию со стороны организма и органов. Даже если жалобы больного являются результатом различных факторов внушающего характера (например, под влиянием эмоционального восприятия болезни у другого человека), то реальностью является именно эта его способность к внушению такого рода, его повышенная внушаемость, его подлинные страдания, возникшие в результате воздействия на него впечатления от чужой болезни.

Врачу приходится вместе с тем помнить, что иногда жалобы больного, как будто относящиеся к соматической сфере, на самом деле возникшие под влиянием нервно-психической сферы, могут быть неправильно оценены, что может привести к ошибочным действиям врача. Избавить врача от ошибок, возникающих в результате недостаточно глубокого сопоставления жалоб больного с клиническими и лабораторными данными, может только правильная оценка психики больного характера его высказываний, поведения в процессе собиранния анамнеза и, конечно, всестороннее тщательное исследование больного.

Большое значение имеет сопоставление данных анамнеза, полученных от самого больного со сведениями, полученными от



окружающих его — членов семьи, товарищей по работе и других лиц, знакомых с больным.

Так называемый «объективный анамнез», конечно, бывает очень важен, даже необходим, в ряде случаев. Пользуясь им, следует учесть, что он, как правило, не может заменить высказываний самого больного, хотя может их дополнить и внести в них коррективы. В словах самого больного врач может обычно получить более полное и более выразительное описание его самочувствия, возникших у него патологических ощущений, его отношения к болезни. Больному большей частью самому важно и нужно рассказать врачу о себе, о своих ощущениях, чтобы тот, выслушав его, проявил к его рассказу внимание. Такие высказывания при внимании врача к ним способны существенно улучшить самочувствие больного.

В некоторых случаях обращение врача за сведениями о больном и его болезни к окружающим может оказаться по разным мотивам нежелательным больному. Это следует, конечно, учитывать, хотя в некоторых случаях (например, при психических заболеваниях) полностью соглашаться с желаниями больного не приходится. Конечно, без крайней необходимости врач не должен, обращаясь за сведениями о больном к другим лицам, допускать нарушение врачебной тайны, злоупотреблять доверием больного. Неправильное поведение врача в таких случаях может отрицательно отозваться на отношении к нему больного и повредить лечению.

Критерий соответствия высказываний больного подлинным фактам должен быть найден врачом и в анализе самих высказываний. При этом должны быть подмечены противоречия между высказываниями или их взаимное подкрепление и подтверждение. Так же должны быть учтены осмысленность высказываний, их правдоподобность, эмоциональная окрашенность, уверенность, с какой больной говорит, и т. п. Иногда врач может подметить, что рассказ больного о своей болезни выражает сложившуюся у него под влиянием книг или рассказов других больных неправильную концепцию, которая накладывает свой отпечаток на описание болезни, на характер переживаний. Этого рода тенденции больного врач должен преодолеть, должен внести соответствующие поправки в такие описания.

Основными формами анамнестического исследования больного являются слушание и направление самостоятельного *рассказа* больного и его ответов на соответствующие *вопросы* врача, *беседа* (диалог) врача с больным, иногда ознакомление с дневниками и письмами больного (с его разрешения, если это не душевнобольной с тяжелым расстройством психики).

Роль в анамнестическом исследовании самостоятельного рассказа больного весьма велика. Врач должен предоставлять



больному эту возможность как при первой встрече, так и в дальнейшем (в процессе лечения). Если больной не получит такой возможности, это может лишить врача некоторых важных для него сведений о больном, а у последнего оставить чувство неудовлетворенности врачом, в некоторых случаях усилить его тревогу, тяжелые переживания по поводу своей болезни.

Конечно, рассказ больного о себе, о своей болезни врачу приходится в нужных случаях регулировать, или меняя его направление, или, по необходимости, ограничивая его во времени и в объеме. При этом врачу следует остерегаться того, чтобы помешать больному сказать то, что может оказаться весьма существенным для диагноза и лечения, а также, чтобы не обидеть его, не вызвать у него недоверия или недоброжелательности к врачу, что затруднит дальнейший контакт с больным.

Ограничивая по необходимости рассказ больного, врач должен учитывать, что некоторые больные не могут в своей речи не отступать в сторону от основной темы высказывания или не отойти от главного к несущественным деталям, не могут сконцентрировать внимание на основном и существенном. Иногда больной говорит не о главном, потому что ему трудно с еще мало знакомым врачом говорить о некоторых интимных сторонах жизни. Нужно в таких случаях помочь ему преодолеть такого рода торможение, стеснительность в общении с врачом.

Некоторая многоречивость, склонность к детализации в рассказе, недостаточная способность выделить в нем или в ответе на вопрос существенное и отделить это существенное от несущественного может быть свойством личности больного, не зависящим от его заболевания. Но иногда отмеченные в процессе собирания анамнеза такие особенности больного выступают более резко и бывают связаны с заболеванием, возникают под его влиянием. Выяснить это очень важно. Такого рода нарушения мышления и речи наблюдаются при сосудистых нарушениях в головном мозгу. Уходы от существенного бывают особенно выражены у некоторых больных шизофренией. В рассказе эпилептиков наблюдается патологическая инертность речи: им иногда трудно переключаться с одной темы на другую. В подобных случаях рассказ больного для врача имеет значение не только по своему содержанию, но и по форме.

При психогенно возникших нарушениях (неврозы, реактивные состояния), при значительных потрясениях, больные иногда с особой эмоциональной выраженностью говорят о содержании некоторых своих переживаний. Конечно, на это должно быть обращено внимание врача. Причины и сущность столь эмоционального переживания должны быть по возможности и при необходимости вскрыты.

Внимание врача должно быть привлечено не только к форме и содержанию высказываний больного, но и к тому, о чем боль-



ной склонен в той или иной мере умалчивать. Такое умалчивание может быть сознательным, умышленным. Оно может быть также в какой-то мере произвольным. За ним при этом нередко скрываются тяжелые переживания больного, связанные именно с тем, о чем он не говорит, о чем ему говорить особенно тяжело. Врач, помогая больному преодолеть такого рода задержки, не только получает при собирании анамнеза важные для него данные, но и приносит облегчение больному.

Вообще следует помнить, что анамнез весьма нередко обращается для больного в весьма для него небезразличную процедуру. Неумело, небрежно проводимое собирание анамнестических данных может нанести ему психическую травму. Наоборот, умело собранный анамнез может непосредственно принести больному облегчение.

Собирание анамнестических данных лишь в отдельных случаях может целиком свестись к выслушиванию рассказа больного. В большей же части случаев врачу необходимо после рассказа, а иногда и в процессе его, задать больному вопросы и получать на них возможно определенные и ясные ответы.

Порядок и содержание этих вопросов, форма их должны определяться рядом моментов. Прежде всего, конечно, опрос врача определяется состоянием больного в данный момент. При тяжелом состоянии, при плохом самочувствии больного вопросы врача должны сводиться к самому необходимому минимуму. Характер и объем опроса больного зависит от лечебной и диагностической задачи. Конечно, хирург, перед которым стоит задача сложного и опасного хирургического вмешательства, будет опрашивать больного иначе, и по содержанию, и по форме, чем терапевт (а тем более невропатолог или психиатр), которому предстоит длительное лечение больного. Необходимость дифференциальной диагностики диктует свою схему вопросов. Но всякая схема должна варьировать в соответствии с особенностями личности и состояния больного.

У врача может и должна быть общая схема опроса больного, но она должна быть достаточно гибкой и вариабельной. Следует еще учитывать необходимую зависимость вопросов от ответов больного на предшествующие вопросы, от предшествующего его рассказа. В частности, совершенно неуместны вопросы, достаточные ответы на которые уже были даны при ответах на предшествующие вопросы и в рассказе больного.

Вопросы врачу приходится ставить так, чтобы получить в ответах сведения как о наличных симптомах, так и об отсутствии симптомов подозреваемой болезни. Постановка вопросов не должна допускать внушения больному ложных ощущений и представлений о его болезни.

Большое значение имеет порядок и форма вопросов. Некоторые вопросы способны повести к возникновению или к



усилению тревоги у больного. Например, вопрос о том, потерял ли больной за последнее время много в весе, может вызвать или укрепить у некоторых больных канцерофобию, т. е. боязнь заболеть раком, или даже мысль о том, что он уже болен. Вопрос о наличии среди родственников психически больных нередко вызывает у больного тревожные мысли о том, не заболел ли он сам психически. Конечно, бывает невозможно избежать этих вопросов, хотя иногда соответствующие данные могут быть получены и без прямой постановки вопроса. Однако при беседе с больным подобные вопросы не следует особо выделять, ни в коем случае их не подчеркивать, ставить подряд вопросы такого рода, концентрировать в одну группу вопросы о симптомах, характерных для таких тяжелых и относительно широко известных заболеваний.

Характер вопросов должен быть возможно свободен от элементов внушения. Случается, что достаточно спросить больного, имеются ли у него боли в сердце, чтобы вызвать у него такие боли. Конечно, такого рода влияние вопросов врача оказывается наиболее выраженным, если он имеет дело с больным с *тревожно-мнительными чертами личности*, с повышенной внушаемостью. Уже в начале опроса больного врач, внимательно наблюдая за характером его высказываний, за его мимикой, поведением, может увидеть в них проявление указанных черт и, выявив это, должен проявить повышенную осторожность в постановке вопросов. Но осторожность необходима во всех случаях. Не столь уже редко неправильно проведенный опрос больного может вызывать функциональные расстройства нервно-психической сферы, дополнительную болезнь (*ятрогения*) или осложнить данное заболевание.

Иногда врачу приходится коснуться и некоторых интимных сторон жизни больного. Некоторым больным трудно говорить по этим вопросам с врачом, с которым только что он впервые встретился. По возможности, такого рода вопросы следует откладывать до того, когда больной несколько привыкнет к врачу, войдет с ним в более тесный контакт. Во всяком случае, затрагивать такие вопросы врач должен со всей деликатностью.

Врачу важно уяснить, насколько внимательно и вдумчиво слушает больной вопросы и отвечает на них, насколько эмоциональны его ответы, вызывают ли вопросы у больного тревогу, настороженность, хорошо ли он понимает смысл вопросов, хорошо ли помнит, легко ли и точно вспоминает существенные факты, способен ли он правильно выразить свою мысль. В ответах больного на вопросы врача желательно получить сведения не только об ощущениях, связанных с болезнью, но и о выраженных нарушениях функций. Больной, например, может сказать, болели ли у него раньше суставы, но он может и сообщить, что он мог тогда ходить, только опираясь на палку. Све-



дения о нарушенных функциях, как правило, более четко фиксируются в памяти больного и часто отличаются большей точностью.

Если больной говорит, что у него за последнее время ухудшилась память, это еще звучит не так убедительно, как если он говорит, что за последнее время он вынужден записывать все, что ему надо сделать, купить в магазине и т. п.

Многое узнать о болезни и о больном врач может в процессе беседы с ним на темы, близкие к его болезни, затрагивающие вопросы его жизни. При этом выбор темы может меняться в ходе самой беседы. Такая свободная беседа, обмен мнениями по разным вопросам, способствует улучшению взаимопонимания между врачом и больным, позволяет нередко узнать о больном то, чего другим путем узнать нельзя. Этот метод может быть с пользой применен в отношении больных, особенно находящихся в стационарных лечебных учреждениях, в частности, в санаториях. Врач может предложить больным написать историю своей болезни или вести дневник болезни. Это можно предложить больным, которые положительно отнесутся к такой форме информации врача. Писание анамнестических сведений оказывается нередко весьма полезным для самих больных.

Крупный русский психотерапевт Г. Д. Неткачев тщательно разработал вопрос об использовании дневников больных как лечебного приема при лечении некоторых неврозов, в частности при тех из них, при которых имеется заикание. В таких случаях ведение дневника помогает больным следить за собой, приучает анализировать свое поведение и лучше овладевать им. Но далеко не всем больным полезно ведение такого дневника. Некоторым больным, особенно склонным чрезмерно углубляться в свою болезнь, нужно отвлечься от мыслей о болезни, в частности психастеникам. Ведение дневника такими больными может принести вред течению заболевания.

Процесс собирания анамнестических сведений у больного представляет собой процесс не односторонний. В нем проявляют активность как больной, так и врач.

Анамнез помогает врачу знакомиться с больным. Но в то же время больной знакомится в свою очередь с врачом. Во время этого взаимного ознакомления должно заложиться доверие больного к врачу, должна укрепиться надежда больного на то, что врач окажет ему эффективную помощь. По существу, врач должен начать помогать больному уже в этот период первого знакомства; помогать, укрепляя надежды больного на выздоровление, снимая по возможности тревогу. Эти задачи врача вместе с задачей получить у больного нужные сведения определяют требования к поведению врача в процессе анамнестического исследования.



Врач здесь не пассивный слушатель, а активно действующий участник диалога с больным. Активность врача при этом выражается не только в том, что он спрашивает больного, направляет его рассказ, является ведущим лицом в беседе с больным и пр. Он — *активный слушатель* и рассказа больного и его ответов на вопросы.

Совершенно необходимо, чтобы врач был абсолютно внимателен к тому, что ему говорит больной. Выражение невнимательности крайне отрицательно влияет на отношение больного к врачу.

Недостаточное внимание врача, замеченное больным, способно лишить врача доверия больного или снизить это доверие. В свою очередь такое снижение доверия ослабляет влияние врача на больного, снижает действенность рекомендаций врача, отрицательно действует на больного, ослабляет у него надежду на полноценную лечебную помощь и нередко вызывает связанные с этим тяжелые переживания.

Очень желательно, чтобы во время беседы с больным, врач ничем и никем не отвлекался, чтобы никто не мешал этой беседе. Мимика, выражение лица врача, его поза, его жесты должны выражать внимание к тому, что говорит больной, и доброжелательный интерес к нему.

Но вряд ли правильно, если врач только слушает больного. Больной, большей частью, ждет от врача оценки своей болезни. В ряде случаев даже и при заболеваниях, явно не угрожающих ни жизни, ни трудоспособности больного, последний с нетерпением ждет, что скажет врач о его заболевании. Тем более это относится к более тяжелым заболеваниям или к неполадкам, даже небольшим, со стороны жизненно важных органов, например, сердца.

Резюмируя анамнестическую беседу, врач должен, хотя бы весьма сдержанно, сказать о своем предварительном мнении до окончания полного обследования. Задержка в общей оценке врачом жалоб больного может вызвать у последнего лишнюю тревогу, лишить его того успокоения (реально возможного), которое он вправе ждать от врача и, как правило, ждет. Не следует ждать окончания опроса больного, чтобы сказать несколько необходимых ему ободряющих слов, сказать о плане дальнейшего исследования и пр.

Врачу очень важно и по ходу высказываний больного в какой-то мере выразить свое отношение к тому, что он говорит. Вполне целесообразно, иногда осторожно прерывая больного, до постановки следующего вопроса, указать на ошибочную переоценку опасности болезни, если больной словами, мимикой, плачем и т. п. выражает свою тяжелую тревогу, отчаяние. Конечно, прерывать больного следует так, чтобы не обидеть его, не помешать его рассказу. Но недопустимо, чтобы больной долго ожидал решения врача и сколько-нибудь длительно не по-



лучал его разъяснений, хотя бы в самом предварительном плане. Несоблюдение этого требования может усилить аффективную напряженность больного, особенно при беседе с новым для него врачом. Само собой разумеется, совершенно недопустимы холодность и недоступность врача в общении с больным.

В свете изложенного можно сказать, что анамнестическое изучение должно рассматриваться не только как важный метод исследования, но и как важная стадия общения врача с больным, как его воздействие на последнего.

**Психологический анализ жалоб больного.** Прежде всего врач любой лечебной специальности должен уметь психологически оценить жалобы больного. Описаны случаи, когда производили операцию лапаротомии хирурги, введенные в заблуждение жалобами психически больных. Иногда месяцами лечатся у врачей различных непсихоневрологических специальностей больные, которые фактически страдают лишь нераспознанным психическим заболеванием или неврозом. Отметим, что нередко невротиков и психопатов с нарушениями в половой сфере лечат урологи, заикающихся в ряде случаев лечат отоларингологи и т. п.

Один направленный к нам больной в течение шести месяцев лечился у уролога по поводу жалоб на неприятные ощущения в половом органе. После осмотра нами у него был установлен диагноз ипохондрической формы шизофрении. Другой больной, научный работник, в течение нескольких лет осаждал венерологов с требованием проверить, не заражен ли он сифилисом. До обращения к нам у него было проведено свыше 20 исследований крови на реакцию Вассермана. Эти исследования укрепляли у больного навязчивые страхи, поскольку его патологически возникающие мысли о заражении как бы признавались врачами заслуживающими проверки, хотя в самом деле для этого не было никаких оснований и врачам следовало бы в интересах больного отказаться от повторных исследований, успокоить больного, применить психотерапию. Больной страдал неврозом навязчивости.

Врач должен уметь распознавать психологическую природу жалоб больного, устанавливать, в какой мере они связаны с состоянием внутренних органов, в каких условиях возникли, в какой степени связаны с психическим состоянием больного. При этом большое значение имеет выявление способности больного критически оценить свои опасения и страхи, его способности правильно отнестись к убеждению врача и разъяснениям по поводу диагноза, прогноза и лечения болезни. Неубеждаемость больного, отстаивание им своих необоснованных мыслей и чувств вопреки словам врача, вопреки фактам должны заставить врача выяснить, не имеют ли жалобы больного бредовый характер. С другой стороны, резко выраженное отрицание больным



своей болезни может быть проявлением патологического синдрома анозогнозии.

Следует обращать внимание и на эмоциональную сторону больного. Нередко именно при отсутствии более или менее значительных нарушений во внутренних органах, больные в высокой мере эмоционально переживают свои воображаемые болезни или резко преувеличивают опасность действительной болезни. Правильно оценить такого рода особенности переживаний и высказываний больного исключительно важно. Такие больные нередко нуждаются в лечении по поводу *ипохондрических идей* и переживаний. Это лечение должно совмещаться с лечением соматической болезни (при ее наличии).

Иногда характер жалоб больного дает основание говорить о наличии у него так называемой «установки на болезнь». В этих случаях нет ипохондрии, с ее тяжелыми переживаниями отсутствующей или резко переоцененной болезни. При наличии установки на болезнь больной бывает неспособен без психотерапевтической помощи признать себя выздоровевшим от благополучно закончившейся соматической болезни, стремится удержаться в положении больного, хотя болезни уже нет или значительное улучшение перестало мешать ему нормально жить и трудиться. Некоторые невротики даже испытывают чувство обиды на врача, если он говорит им, что они соматически здоровы или почти здоровы, что им надо работать. Эти явления объясняются слабостью больного, боязнью трудностей жизни, иногда неправильным воспитанием. Врач должен помочь такому больному психотерапией, укрепляющим медикаментозным лечением и, если нужно, физиотерапией, помочь преодолеть эти патологические установки, перестроить свое отношение к болезни, ко всему, что связано с его выздоровлением. Такого рода установки личности, конечно, нельзя смешивать с симуляцией болезни, но нужно учитывать, что иногда возникающая склонность к симуляции является выражением патологии и психики.

Врачу приходится сталкиваться и с недооценкой больным тяжести своего состояния, неспособностью или сниженной способностью правильно оценить опасность своей болезни и вести себя в соответствии с интересами лечения. Отсутствие жалоб или их необоснованное смягчение при наличии болезни, недооценка болезни должны также быть распознаны врачом. Причиной такой недооценки могут быть и черты здоровой (преморбидной) личности и характерные особенности личности, возникшие под влиянием болезни. Но причиной недооценки болезни может также быть и недостаточное интеллектуальное развитие, патологическое состояние психики. В некоторых случаях эта патология может быть следствием как поражения мозга, так и соматического заболевания. Например, нередко у страдающих



туберкулезом легких отмечается состояние *эйфории* (повышенное болезнью самочувствие). В связи с этим, туберкулезные больные нарушают лечебный режим. Некоторая эйфоричность и склонность к недооценке опасности болезни наблюдается при некоторых инфарктах миокарда. И здесь нарушение режима может оказаться весьма опасным для больного.

Отмечаются случаи, когда люди, умирающие от злокачественной опухоли, даже не сознают тяжести своего состояния. В таких случаях это своеобразное изменение психики субъективно облегчает их состояние. Мы знали врача, специалиста в области внутренних болезней, который за день до своей смерти от рака желудка говорил, что он понимает, что лечащие врачи ставят ему диагноз рака желудка, хотя и не говорят ему об этом, но он сам уверен, что рака у него нет и что в ближайшие дни он будет здоров. Нельзя было сомневаться, что он именно так и думает, и что его общее самочувствие в какой-то мере соответствует этому его ложному убеждению.

Врач любой специальности должен уметь правильно оценить и правильно в интересах больного отнестись к такого рода изменениям психики.

Иногда и больные с совершенно здоровой психикой настолько захвачены интересами своей работы, своим долгом в отношении общества, коллектива, семьи и т. п., что во имя этих интересов сознательно готовы игнорировать болезнь, необходимость лечения. Врачу приходится и здесь помочь больному найти правильную линию поведения.

**Оценка личности и поведения больного.** В клинико-психологическое исследование также следует включить специально построенную беседу с больным (в соответствующих случаях) и наблюдение его поведения. Беседа при этом должна быть построена так, чтобы больной имел при ней достаточно возможностей полно описать свои переживания. Перед такой беседой исследующим ставятся различные задачи, решение которых важно для врача. Врачу бывает важно знать, какова личность больного. Например, повышенная впечатлительность, мнительность больного требуют от врача специальных предосторожностей. В ряде случаев нужно и можно это выяснить путем опроса больного и его родных. Это можно увидеть и наблюдая поведение больного. Здесь важны и характер отношений больного с другими больными, и отношение его к процедурам и другим назначениям. Тревожность больного в отношении проводимого лечения должна быть своевременно вскрыта и учтена. В этом могут весьма помочь врачу его помощники.

Существенно учитывать общий фон настроения больного. Подавленное настроение требует возможного раскрытия его причин, специальной моральной поддержки. Иногда при плохом настроении больного, находящегося на стационарном лечении,



бывает особенно важно учесть, как могут действовать на его настроение посещения родных, друзей и в соответствии с полученными сведениями следует регулировать посещения. Также важно учитывать отношение больного к соседям по палате. Где нужно и можно, окружение следует изменять.

Врач в ряде случаев должен знать, как ведет себя больной дома, в лечебном учреждении, как он спит, оценивать его сон в отношении как количества, так и качества (сновидения, беспокойный, тревожный сон и пр.). Если сон нарушен, следует выяснить, по возможности, с чем это связано, например, не связано ли нарушение сна с необоснованной тревогой в отношении болезни или лечения или с другой причиной. Многие обстоятельства, тревожащие больных, отражаются в их сновидениях. В связи с этим ознакомление врача с содержанием сновидений может быть в ряде случаев полезно. Полезны и нужны врачу сведения о том, как ест больной, насколько и как изменились его интересы и привычки во время болезни и его отношения с людьми. Всегда очень важен вопрос о трудоспособности, об утомляемости.

В учреждении, где проводится лечение трудом, где организуют для больных концерты, чтения и т. п., очень важно бывает следить за интересом больного к ним, за его поведением в этих условиях.

**Экспериментально-психологическое исследование** особенно важно для психиатра и невропатолога. Но в некоторых случаях и для врачей других специальностей оно приобретает значительную ценность. Первым применил экспериментально-психологическое исследование в психиатрической клинике Краерелин.

У нас в стране много внимания посвятили разработке экспериментально-психологического метода и его применению в клинике С. С. Корсаков, В. М. Бехтерев, Г. И. Россолимо, А. Н. Бернштейн, А. А. Токарский, Л. С. Выготский. В настоящее время у нас при исследовании больных широко используют и разрабатывают экспериментально-психологический метод исследования И. Т. Бжалава, Б. В. Зейгарник, В. М. Коган, М. С. Лебединский, А. Р. Лурия, В. Н. Мясищев, Ю. Ф. Поляков, А. М. Шуберт и многие другие исследователи.

В распространении методов клинко-психологического исследования приобрела значение в 20-х годах нашего столетия книга Stern.

В ряде стран получили большое распространение методы Binet, Simon, Wechsler, Rorschach, Szondi, Murray и ряд других.

О системе тестов-задач Binet и Simon уже было сказано. Она предназначалась главным образом для диагностики олигофрении. Одним из очень серьезных недостатков применения этой психометрической методики было игнорирование особенностей различных мыслительных процессов. Этот недостаток



был в какой-то мере преодолен в методике, предложенной крупным невропатологом Г. И. Россолимо. Оценки, выведенные по разным заданиям, он соединял в единую кривую (*профиль*). В этом профиле уже выступали некоторые индивидуальные особенности интеллекта исследуемого.

За рубежом распространение получила методика исследования интеллекта, разработанная Wechsler. Как указывалось, в нее входит 11 тестов — 6 речевых и 5 неречевых. Отдельные задачи теста призваны выявить элементарные знания, осведомленность в некоторых общественно-политических вопросах и т. п.

Ряд применяемых во многих странах тестов должен, по мысли авторов, помочь охарактеризовать эмоциональные стороны личности. Они построены на взглядах, в основном близких к взглядам Фрейда.

Особенно большое распространение получила методика исследования, разработанная Rorschach на основе принципов, установленных в свое время еще Леонардо да Винчи. В таблицах Роршаха нанесены различные пятна, ничего не изображающие. Исследуемые говорят, что они им напоминают. Ответы обрабатываются по определенному, составленному Роршахом, стандарту, принципы которого, однако, нельзя считать достаточно обоснованными и, как показывает ряд авторов, оправдывающимися в клинической практике. Конечно, отдельные наблюдения, полученные при исследовании с помощью таблиц Роршаха, могут быть учтены в связи с другими фактами экспериментально-психологического исследования и клинического наблюдения. Метод этот может быть отнесен к группе так называемых прожективных тестов, хотя само понятие прожективных тестов возникло значительно позднее, чем метод Роршаха.

В прожективных тестах, которые по своей идейной основе наиболее близки к психоанализу, авторы их стремятся выявить скрытые влечения, направленность личности, особенности характера. Сюда относится описанный выше тематико-ассоциативный тест Муггеу, о котором его автор, как и некоторые другие авторы (Rubin и др.), предпочтительно говорил, как о тесте экстерниоризации, т. е. о методе выяснения влечений субъекта, особенностей его характера и его речи. Разными авторами предложены варианты этого теста. Symond' построил новую редакцию теста для юношеского возраста, а Bellak — для детей.

В тесте Szondi предлагается исследуемому выбирать из нескольких серий фотопортретов наиболее симпатичные и несимпатичные ему лица. Из этого отбора исследователь делает выводы об особенностях личности исследуемого.

Из серии тестов, ставящих перед собой задачу исследования личности, упомянем серию Minnesota multifasic Personality Inventory (MMPI). Здесь исследуемому дают серию карточек



с надписью типа: «Я люблю детей», «Я не такой уже хороший» и пр. Исследуемый выбирает из них те, которые он считает правильно его характеризующими.

Достаточно полное описание всех этих тестов дал Meili (1961). Некоторые методы психологического исследования личности описал в своих работах Guilford (1959, 1964). Kretschmer, признавая известную ценность упомянутых и сходных тестов, отмечал, что отрицательное отношение к ним можно объяснить «мономанической» пересценкой этих методов за счет недооценки значения врачебного исследования путем беседы с больным, наблюдения его, а также склонностью к чрезмерной «математизации» тонких психических процессов при обработке результатов исследования. К этому мы бы прибавили указание на некоторые другие, не отмеченные Kretschmer, недостатки этих тестов и их применения. К ним относятся: частое отсутствие индивидуализации исследования; оценка результатов исследования без должного учета условий развития исследуемого, нередко без достаточного учета самого процесса решения задач, отношения к ним исследуемого; в ряде случаев крайняя субъективность оценки результатов исследования, отсутствие возможностей повторных исследований.

Большое значение в ряде случаев имеет биографический метод исследования, т. е. составление биографии больного и ее оценка.

Заслуживает внимания освещенный Ф. Горбовым еще один метод исследования, применяемый у нас в целях рационального отбора и комплектования состава экипажей космических кораблей, но пригодный и для других целей. В основу экспериментов положена идея *гомеостата*<sup>1</sup>, т. е. управляемой системы, состоящей из устройств, на каждом из которых работает один из членов группы.

Исследования показали, что разные люди по-разному овладевают навыками взаимосвязанной деятельности, ибо каждый человек имеет тенденцию к определенной тактике. В этих же опытах было установлено, что даже в том случае, когда до эксперимента индивидуальные особенности людей и характер их высшей нервной деятельности хорошо известны, нельзя предсказать, насколько успешной будет деятельность группы в целом. Иными словами, индивидуальные черты характера, обнаруженные путем наблюдения или с помощью существующих в настоящее время методов исследования типологических особенностей людей, не позволяют еще судить о поведении того

---

<sup>1</sup> Гомеостат — термин, введенный в литературе Ashby, который обозначал так машины, сохраняющие относительно устойчивое равновесие (своего рода гомеостаз) при поглощении информации и могущие до известной степени «обучаться».



или иного человека в составе команды, экипажа или какой-нибудь другой оперативной группы.

Поэтому наблюдения и экспериментальные исследования строятся таким образом, чтобы при совместной взаимосвязанной строго согласованной деятельности был получен возможно лучший результат. Нужно отметить, что такой подход несколько не стирает индивидуальных особенностей каждого человека, напротив, именно в этих условиях они выступают особенно ярко. И в этом нет ничего удивительного. Решение задач на гомеостате является моделью того, что бывает в жизни: человеческие особенности лучше всего раскрываются в общении с другими людьми — в семье, в работе, спорте, совместных творческих поисках. Ф. Горбов полагает, что на основании исследований, проведенных в области космической психофизиологии, созданы возможности применения новых методов в клинике, и что опыт исследований по групповой психофизиологии можно будет использовать для диагностики тонких психопатологических сдвигов.

Несомненно, такого рода исследования с успехом могут быть использованы для решения ряда вопросов медицинской психологии.

В психиатрической клинике широко применяется описываемый в руководствах по психиатрии клинко-психопатологический метод, включающий в себя и специальные формы наблюдения и опрос больных. Экспериментально-психологический метод является важным и необходимым в ряде случаев дополнением к нему. Проводится такое исследование или самим врачом-психиатром, или специально подготовленным для работы в клинике специалистом-психологом.

Специфические для психозов изменения психики, такие как бред, галлюцинации, в основном изучаются клинко-психопатологическим методом. Но было бы ошибочно полагать, что различия между клинко-психопатологическим методом, с одной стороны, и экспериментальным клинко-психологическим методом, с другой — исключают изучение при помощи последнего галлюцинаций, бреда и других близких к ним проявлений психоза. Представляется возможным изучать некоторые стороны этих нарушений и экспериментально-психологическим путем. Так, можно в ряде случаев исследовать их стойкость и яркость, их зависимость от тех или иных условий. Вместе с тем, исследуя патологические варианты психических процессов в единстве с клиникой, врач или психолог в процессе этого исследования получает существенные возможности для выявления связи нарушений мышления, восприятия и т. п. с психотическими образованиями, их взаимоотношения, этим подвигая вперед изучение патогенеза и структуры этих психотических явлений.



Неправильно чрезмерно отрывать проявления психоза от других сторон психики, игнорировать их связь и не ставить задачу изучения этой связи, переходов от здоровья к болезни психики.

Возможности экспериментального исследования во многих отношениях более ограничены, чем возможности клинического наблюдения, бесед с больным и анамнеза. Но с другой стороны экспериментальное исследование обладает и такими возможностями, которые при обычном клиническом исследовании отсутствуют. Экспериментально-психологический метод позволяет подвергнуть рассмотрению и анализу формы деятельности больного, которые вне эксперимента врач не имеет возможности наблюдать, а тем более изучать. А они могут существенно характеризовать его психику.

В экспериментально-психологическом исследовании возможно произвольно или по плану варьировать условия, в которых протекает та или иная психическая деятельность. Меняя условия, можно исследовать их влияние на эту деятельность, на личность в целом. Эксперимент можно повторять, убеждаясь благодаря этому в устойчивости полученных результатов. В эксперименте достигается значительная возможность объективной регистрации его результатов, что весьма важно, особенно при динамических повторных исследованиях, где необходимо возможно точно и последовательно сопоставить данные, полученные в разные периоды болезни и лечения.

Эксперимент не должно понимать чрезмерно узко, лишь как решение больным ограниченного набора трафаретных задач. Нет основания придерживаться обязательно одних и тех же приемов исследований, как это делается за рубежом при применении так называемых тестов. Задания здесь должны быть многообразны. Имеет большое значение и приближение к условиям «естественного эксперимента» (А. Ф. Лазурский): изучение психики в процессе обучения, с помощью специально подобранных трудовых процессов, во взаимоотношениях с людьми и др.

Экспериментально-психологическое исследование должно ставить перед собой задачу не только вскрыть и подвергнуть анализу нарушения психики, но и одновременно определить, где это необходимо, уровень сохранности психики.

Экспериментально-психологический метод — метод изучения психики, помогающий в клинике не только установлению нарушений психики больного, но и анализирующий психические процессы и их изменения, вскрывающий их механизмы. Например, на основании клинического наблюдения или жалоб больного можно установить, что у него нарушен процесс письма. Но только психологический эксперимент может помочь вскрыть, пострадала здесь оптическая или речевая сфера, или играет



здесь роль конструктивная апраксия. Экспериментально-психологический метод в настоящее время более разработан в области изучения сенсорных, мыслительных, мнестических, речевых процессов и действий.

Специальное изучение экспериментально-психологическим методом особенностей эмоционально-волевой сферы личности мало еще разработано. Выше было отмечено наличие некоторых попыток, предпринятых в этом направлении преимущественно за рубежом. Экспериментально-психологическое изучение аффективной сферы необходимо развивать дальше. Следует учитывать, что и в исследовании отдельных процессов и сторон психики, в том числе гностических, их следует рассматривать как проявления единой личности со всеми ее сторонами.

Если клиницист не теряет из виду задачу в своем исследовании уловить действительно все изменения в психике больного, обусловленные болезнью, он не может не подкрепить свои клинические наблюдения экспериментально-психологическим исследованием психических процессов у больного.

Связь клинической психопатологии с психологией имеет большое значение в определении теоретических позиций врача и в разработке ряда важнейших вопросов клиники. Всякая попытка вести психопатологическое исследование и строить психопатологические концепции как бы не зависимо от любой психологической теории неизбежно приводит предпринимающего ее к зависимости от какой-либо несостоятельной психологической теории.

Опыт психологических исследований, как и теоретические позиции советской психологии, перенесенные в психопатологию и выдержавшие в ней проверку на практике, должны содействовать освобождению психопатологии от влияния идеалистических концепций.

Экспериментально-психологическое исследование в ряде случаев может иметь большое значение для распознавания заболевания. Данные этого исследования при диагностических затруднениях нередко являются существенным моментом в той системе клинических фактов, которая должна стать основой дифференциально-диагностического заключения.

Говоря о диагностическом значении материалов, полученных при психологическом исследовании, мы неизбежно сталкиваемся с вопросом о их специфичности. Они, как и материалы клинико-психопатологического исследования, приобретают специфичность лишь в сложной системе клинических фактов. Тщательно проведенное психологическое исследование, нередко повышает подлинную и отвергает кажущуюся характерность некоторых из полученных при этом материалов.

Велико значение психологического исследования и в диагностике состояний, степени нарушений и уровня сохранности



психики, при изучении динамики болезни и эффективности терапии, при проведении военной, трудовой и судебной экспертизы, при консультации по выбору профессии. Полученные при экспериментально-психологическом исследовании больных материалы могут быть с большой пользой привлечены к разработке плана восстановительной терапии, трудтерапии, психотерапии.

Психологическое исследование приобретает большое значение в детской клинике, облегчая здесь диагностику типа и уровня развития, прогноз обучаемости и наиболее подходящие пути обучения.

При психических заболеваниях детского возраста реже развивается яркая, психопатологическая симптоматика. В связи с этим тщательное экспериментально-психологическое исследование здесь, пожалуй, еще в большей мере, чем при заболеваниях взрослых, помогает уточнить и нозологическую диагностику.

О значении психологического исследования для целей топической диагностики заболеваний головного мозга уже говорилось.

И. П. Павлов писал в свое время известному психологу и клиницисту Janet по поводу одной из концепций этого видного французского психолога и психопатолога: «Вы на своем психологическом этапе, занимаясь истолкованием чувств овладения, устанавливаете условия, при которых они имеют место, сводите их на элементарные явления, из которых они слагаются, и таким образом уясняете их общую конструкцию, т. е. тоже их механику, только свою. Я на своем физиологическом этапе пробую, стремлюсь продвинуть нашу общую задачу еще немного дальше в сторону истинной общей механики, понимая выдвинутый Вами факт смешения противоположных представлений как особое взаимодействие элементарных физиологических явлений: нервного возбуждения и задерживания»<sup>1</sup>. Это положение великого физиолога как нельзя лучше определяет роль психологического исследования для патофизиологического понимания психопатологических особенностей.

Тщательный экспериментально-психологический анализ фактов клинической психопатологии, несомненно, должен и способен содействовать правильному выявлению патофизиологических основ болезненных изменений психики.

Особенно в клинической психологии важно сблизить психологические и физиологические методики в целях как патофизиологического понимания результатов психологического исследования, так и для организации некоторых комплексных исследований путем объединения соответствующим образом тех и других методик для изучения больного человека.

---

<sup>1</sup> И. П. Павлов. Полн. собр. соч., т. 3, ч. 2, 1951, стр. 250.



Чтобы удовлетворить те требования, которые к ней вправе предъявить клиника, система клинико-психологического исследования должна быть основана и последовательно проводима на базе принципиально правильных подлинно научных теоретических положений. Уже по самому пониманию своего предмета психологическое исследование у нас отличается от психологического исследования в идеалистической психологии.

Руководствуясь положением, что психика есть отражение действительности, советская психология не отрывает субъективного от объективного. Здесь предметом исследования (в отношении человека) является характер отражения действительности в процессе реального бытия конкретного, живущего и действующего в определенных исторически сложившихся условиях человека. Когда речь идет о больном человеке, то здесь, естественно, учитываются и изучаются особые условия, созданные болезнью, как в организме больного, так и в изменившихся условиях его жизни. При таком определении своего предмета клинико-психологическое исследование направляется не на изолированно взятое переживание, не на субъективное само по себе взятое, не на существование как мистическое нечто, оторванное от организма и от конкретной действительности, как это понимают сторонники экзистенциализма, а изучает психику в ее зависимости от состояния мозга и всего организма, в зависимости от социальной среды, образования, личного опыта.

Думает, вспоминает, действует конкретный единый человек со всеми своими особенностями. Восприятие и мышление советская психология рассматривает как сложно построенные процессы психической деятельности этого единого человека. В каждом из них участвует вся психика, вся личность человека. Продумывая что-либо, субъект решает одну задачу; воспринимая нечто, он выполняет другую задачу, припоминая — третью. Но все это — та же психика, та же личность, тот же человек.

Психологическое исследование изучает единую личность, но в разных ситуациях, перед лицом различных задач.

Конечно, сказанное не означает, что результат психологического исследования больного человека следует представлять в виде некоей диффузной, нерасчлененной характеристики личности. На самом деле, личность проявляется весьма многосторонне. Она по-разному выступает со всеми ее особенностями в различных психических процессах, со своими возможностями, вооруженностью знаниями, навыками, привычками в разных ситуациях и деятельности. Именно характеризуя личность с разных сторон, в разных ситуациях и обстоятельствах, при решении различных задач, исследующий получает возможность представить ее как сложное единство.

**Общие методические положения.** Задачи клинико-психологического исследования выдвигают в отношении его организа-



ции различные требования. На первом месте здесь отметим: четкую дифференцированность ставящихся перед больным задач и условий их выполнения. Иногда малейшее, как будто малозначительное изменение задачи оказывается решающим для уровня и характера ее решения обследуемым больным. Будучи многократно подтвержденным в повторных, сходно построенных экспериментах, определенное влияние такого изменения нередко может явиться характерным для психики изучаемого больного. Исследование этого влияния и может как раз привести к выявлению важных особенностей больной психики.

Например, больной всегда считает правильно стуки метронома в ритме до 120 ударов в минуту и всегда ошибается в счете при большей скорости. Это может служить вполне убедительным доказательством того, что простейшие интеллектуальные операции при несколько ускоренном, вполне доступном для всякого здорового человека, темпе становятся непосильными для обследуемого больного, что такого рода интеллектуальные процессы протекают у него патологически замедленно.

Психологическое исследование может быть достаточно эффективным только тогда, когда проводящий его твердо знает, что именно он с его помощью изучает. Эту четко определенную цель исследующий не должен упускать из виду в процессе исследования, не должен уклоняться от нее к несущественным и случайным для нее наблюдениям, учитывая последние, но не теряя основные в данном отрезке исследования цели и задачи.

Это требует творческого отношения к исследованию. В ходе исследования становится ясным, на что надо обратить особое внимание, что надо подвергнуть проверке, какие вариации методик целесообразно применять.

Если экспериментально-психологическое исследование проводится в присутствии третьих лиц, они не должны включаться в него без соответствующей договоренности с тем, кто его проводит. Не зная точно, что именно хочет выяснить ведущий исследование, легко одним не соответствующим его намерениям замечанием обесценить результаты исследования.

И. М. Сеченов в своей известной работе «Кому и как разрабатывать психологию» предлагал принять за аксиому, что основой научной психологии должна быть принята «мысль о психической деятельности с точки зрения процесса», что нужно выводить все стороны психической деятельности «из понятия о процессе».

На этих положениях И. М. Сеченова *должно неуклонно строить* и исследование психики больного человека. Это делает необходимым вести исследование не по застывшим схемам, как это характерно для большинства тестов, проводящихся в ряде западных стран, а следует учитывать каждый выступающий в процессе исследования значащий факт, который должен быть



проверен и использован возможно полнее применительно к задаче исследования.

Основная задача исследования ни в коем случае не должна быть представлена как выяснение лишь качественной и количественной, а тем более одной количественной, стороны результата, организованной в целях исследования деятельности больного. В этой задаче решающее место должно занимать установление особенностей самого психического процесса, пути движения его к той или иной цели. Движение психического акта и его результат должны изучаться как подлинное неразрывное единство. Именно в течении психического процесса со всеми его особенностями определяется характер его результата.

Отход от этих положений неизбежно приводит к грубейшим ошибкам в характеристике психики больного. Например, больной решает задачу только, если в процессе решения он вслух или шепотом повторяет условие, выполняет арифметические действия, но он не в состоянии решить задачу про себя, хотя до болезни был способен к этому. В таком случае и при правильном решении следует считать установленными патологические изменения в его мышлении.

Представим себе больного, который бредовым образом трактует задание и в соответствии с этим его решает как иную, а не заданную задачу. Если такая перестройка задания не будет выявлена исследующим, он неизбежно сделает ошибку в оценке психического акта и состояния больного в целом. Подходить к оценке ошибочных результатов решения больными той или иной задачи следует крайне вдумчиво и дифференцированно, в зависимости от того, приходит ли он к этим результатам в порядке «короткого замыкания» или в процессе длительного, неправильно построенного мыслительного акта, длительных, поисков решения.

Нельзя не сказать о большом значении повторности получаемых в исследовании данных. Повторно наблюдавшееся явление только и может чаще всего служить критерием достоверности, неслучайности его. Конечно, повторность нельзя в психологическом исследовании понимать узко, буквально. Не обязательно, чтобы убедиться в значимости полученного при исследовании факта, получить его в повторном исследовании точно таким же. Для этого достаточно бывает повторного выявления определенных тенденций, проявляющихся хотя бы на очень различном материале. Например, наличие патологического снижения памяти может выявиться как при специальных исследованиях памяти, так и при исследовании мышления или восприятия, различные разделы исследования при этом подкрепляют друг друга. Выполнение указанных здесь и ниже требований необходимо для того, чтобы полностью исключить субъекти-



визм в толковании полученных при психологическом исследовании материалов.

Как и всякое исследование, экспериментально-психологическое исследование в клинике должно строиться по определенному плану, построенному в зависимости от его задач. Задания, которые дают исследуемому, должны в каждом отдельном случае подбираться в зависимости от общих задач исследования, особенностей больного и хода исследования, в тесной связи с данными клиники.

Конечно, если клиника отмечает у больного афазию или даже подозрение на афазию, то психологическое исследование должно особое внимание уделить его речи. Но вместе с тем, конечно, нельзя ограничиться исследованием только того, что первоначально наметило клиническое наблюдение.

Разнообразие приемов исследования и тех видов деятельности, которые организуются в связи с его задачей (поскольку это разнообразие допускается состоянием больного) — одно из важнейших требований, предъявляемых к исследованию. Такое разнообразие дает возможность яснее выделить при сопоставлении результатов различных разделов исследования общие черты психологических процессов и свойства психики исследуемого. Особенности того или иного нарушения наиболее вскрываются, выступая в различных психических процессах. Например, персеверация или истощаемость могут выступать у одного больного в речи, в восприятии, в припоминании и пр. У другого больного они могут выступать только, например, в речи. Такое различие может помочь выявлению наличия ограниченной локальности или разлитого характера поражения головного мозга.

Вместе с тем, разнообразие методик и заданий, используемых в исследовании, открывает возможность сопоставить пораженность отдельных сторон психики, выявить их соотношение, структуру патологических изменений психики, обеспечивает дифференцированное понимание психических нарушений.

Сравнительное изучение нарушений различных сторон психики наиболее обеспечивает достоверность выводов из исследования. Значение такого изучения можно иллюстрировать следующим примером: нарушение операций условными смыслами у больных шизофренией часто бывает выражено значительно больше, чем нарушение других интеллектуальных операций, при органических поражениях головного мозга такое соотношение встречается редко. Установление определенного вида соотношения между разными сторонами мышления имеет большое диагностическое и прогностическое значение.

Весьма часто одна и та же форма деятельности должна изучаться на различных вариациях того же задания, построенных с соблюдением его основных психологических особенно-



стей. Вместе с тем, и буквальное повторение уже выполнявшихся большим заданий в ряде случаев бывает целесообразно, а нередко необходимо.

Такое повторение иногда помогает раскрыть новые стороны психики исследуемого, в частности, такие, как обучаемость и истощаемость, особенности внимания.

Для правильной оценки результатов исследования с такими внешне точно повторенными заданиями необходимо всегда учитывать, что повторение задания существенно меняет условия его выполнения. Повторно решаемая задача есть уже, собственно, иная задача, как для решающего ее больного, так и для исследующего. Исследующий должен полностью это учитывать.

Применение при исследовании для решения той или иной задачи разнообразных вариаций методики одного задания, привлечение больного к различным действиям, но одинаково опирающимся на подлежащие исследованию психические процессы, обеспечивает одно из важнейших условий достоверности выводов из исследования.

Например, если необходимо проверить, характерна или случайна для больного ошибка, допускаемая им при арифметической операции, нет нужды предлагать больному производить вновь операцию с теми же числами, что и раньше. Могут быть даны и другие числа, однако с теми же особенностями, которые могли быть существенными для возникновения прежней ошибки.

Если желательно более полно представить себе процесс решения, следует предложить больному вынести его в громкую или письменную речь, конечно, учитывая, что это существенно меняет условия решения, что при этом уже исследуется до некоторой степени другой интеллектуальный процесс. Если больной не решил и не может решить задачу «про себя» можно, и не предлагая еще ему решать ее в громкой или письменной речи, помочь ему решать задачу «про себя», в той или иной тщательно учитываемой мере наводя его на нужный путь, открывая ему отдельные этапы этого пути. Если такая помощь будет регулярно приводить к улучшению результатов, у исследующего накапливаются основания для суждения о том, что именно такого рода уточнение или расчленение инструкции помогает больному.

Таким образом возникает возможность прийти к заключению о том, какие именно процессы более доступны больному, какие у него более пострадали.

Инструкция (задание) должна формулироваться в доступной больному форме. При этом форма и содержание ее должны учитываться во всех деталях. Самым тщательным образом следует учитывать: процесс понимания больным инструкции, ка-



кие трудности он при этом испытывает, как повторения инструкции, ее перестройки влияют на действия больного? Выявление особенностей понимания инструкции помогает исследующему характеризовать интеллект больного и его отношение к исследованию.

Очень ценны те методы психологического исследования, которые в самой своей структуре обеспечивают выразительную объективную регистрацию.

Ценной аппаратурой для психологического исследования является в настоящее время магнитофон, благодаря которому речь исследуемого и исследующего может многократно воспроизводиться и глубоко в последующем изучаться. Начали у нас выпускаться приборы (речеграфы), способствующие регистрации и анализу ряда особенностей речи: интонации, громкости и т. д. Выше были приведены описания методик исследования движений, с кимографической записью, дающих хорошую объективную регистрацию, и позволяющих раскрыть некоторые новые стороны исследуемого.

Таковы же некоторые исследования анализаторов, вегетативных реакций (психогальваническая реакция и др.), электроэнцефалография и электромиография и др. Но при пользовании этими методами исследования не всегда можно ограничиваться только присущей им регистрацией. Такая регистрация всегда является односторонней. Кимограммы, полученные при исследовании моторики, например, нельзя достаточно оценить, если не сопоставить их с данными наблюдения за больным, с анализом его высказываний, характеристикой его деятельности в целом.

Давно получило признание исследование электрогальванического рефлекса, соединенное с психологическим исследованием. Безусловно, имеет большое значение исследование тех или иных психических процессов в связи с изменениями электроэнцефалограммы и электрокардиограммы. В ряде работ последнего времени (Gudien, Olgington и др.), посвященных исследованию моторики желудка, было показано наличие выраженных изменений в электрогастрограммах при эмоциональных сдвигах. Этого рода исследования могут сыграть, где они осуществимы, большую роль в исследовании психосоматических отношений, в выявлении психогенных моментов в нарушении деятельности внутренних органов.

Нельзя не указать на большое значение практики психотерапии и трудовой терапии для раскрытия ряда закономерностей в медицинской психологии.

Исследуя структуру, характер определенного отдельного действия больного, любой отдельной реакции его, мы, вместе с тем, всегда изучаем его психику, сознание, личность в целом. Не учитывая этого, мы не можем правильно понять и оценить



строение отдельного действия. И поэтому психологическое исследование должно обязательно регистрироваться в протоколе во всех своих деталях полно и точно. Протокол исследования должен содержать в себе описание условий исследования, все слова, сказанные в его процессе исследующим и исследуемым (конечно, при магнитофонной записи этого можно не делать, хотя мы предпочитаем речь с магнитофона переносить затем в протокол), движения больного, не записанные на кимограмме, его мимику, вегетативные реакции и пр.

Протоколируя исследование, следует учитывать, что при последующей обработке протокола нередко в нем раскрываются факты, смысл и значение которых во время исследования оставались в известной мере для исследующего скрытыми. В протокол заносятся факты, а не их осмысливание, хотя в примечаниях к нему и могут быть в специальном разделе отмечены и соображения исследующего, возникающие в ходе исследования, а также позднее — в процессе обработки протокола.

Для того, чтобы обеспечить полноту и точность протокола, приходится нередко замедлять темп исследования (если оно проводится без магнитофона), по крайней мере там, где это не извратит самой идеи исследования, его задачи. Случается, что больного стесняет ведущийся протокол (ведет ли его исследующий или его помощник). В таких крайних случаях протокол записывается сейчас же после исследования по памяти. Конечно, ценность такого рода записи имеет ограниченное значение.

Самый же факт такого отношения больного к записи его высказывания должен быть проанализирован и учтен в итогах исследования.

Любое задание исследующего больному не может рассматриваться как служащее исследованию лишь какой-то отдельной группы процессов. Это всегда следует иметь в виду. Протокол должен вестись так, чтобы при последующем его анализе можно было бы извлечь из него все, характеризующее поведение и личность больного в целом.

В протоколе исследования следует записывать и то, что говорит и делает исследующий. Как уже указывалось, помогая исследуемому понять и выполнить задание, мы иногда существенно изменяем условия выполнения последнего. Поэтому в анализе поведения больного следует учитывать эту помощь. Все это должно быть отмечено в протоколе.

**Индивидуальный план исследования.** Необходима известная индивидуализация плана психологического исследования. Он должен быть построен в соответствии с клиникой и со специальными задачами исследования, а также с учетом выявляющихся возможностей больного. Не столь редко, наблюдая больного в клинике, врач оценивает его возможности не вполне правильно,



или снижая, или завышая их. Нет нужды, и прямо нежелательно (во избежание возникновения у больного чувства своей неполноценности или обиды), ставить перед больным задания, для него чрезмерно легкие или явно недоступные. При исследовании лучше переходить от менее доступных заданий к более доступным, таким путем определяя порог доступности в той или иной сфере. Выяснение порога доступности — одна из важных задач исследования.

Следует сказать, что не меньшее значение имеет для исследования выяснение характера поведения больного при малодоступной ему деятельности. Вопросам методик психологического исследования посвящена также недавно выпущенная книга М. П. Кононовой и С. Я. Рубинштейн.

**Заключение по психологическому исследованию и математическая обработка материала.** Важной фазой психологического исследования является анализ полученных материалов и составление заключения.

Конечно, как само исследование, так и анализ материалов и составление заключения в большей мере определяются частными задачами исследования: помощь диагностике, оценка состояния больного, выявление динамики синдрома, патогенетические вопросы, вопросы экспертизы. Значение и характер заключения различны в зависимости от того, проводит ли психологическое исследование сам клиницист, ведущий больного, или это поручается психологу-специалисту в области клинической психологии.

Последний, конечно, должен подготовить для лечащего врача более подробное, развернутое, с достаточным количеством иллюстраций, заключение. Оно должно содержать не только анализ отдельных моментов исследования, но и сопоставление их, и общие выводы по результатам всего исследования в целом.

Из одних данных психологического исследования, конечно, делать диагностические выводы неправомерно. Поэтому, как правило, нельзя рекомендовать в заключение по психологическому исследованию включать выводы в отношении диагноза. Если заключением будет пользоваться врач, не участвовавший непосредственно в исследовании и мало знакомый с такого рода исследованием, при необходимости могут быть допущены предположительные соображения и в отношении диагноза.

Математическая обработка в ряде случаев помогает выявлению ряда закономерностей. Она имеет большое значение особенно при массовом исследовании, при применении факториального анализа для установления роли отдельных факторов в происхождении тех или иных явлений, в целях вероятностного анализа, т. е. выяснения вероятности обнаружения тех или иных явлений в тех или иных условиях в той или иной группе боль-



ных. Конечно, очень важно, чтобы математическая обработка не заслоняла целостного, личностного характера психических процессов.

Некоторые вопросы организации психологического исследования и его применимости. Само собой разумеется, что при психологическом исследовании должно сделать все возможное, чтобы обеспечить контакт больного с исследующим, устранить его беспокойство, напряженность. Этот момент делает желательным, где это возможно, проведение исследования лечащим врачом.

Важно также учесть время исследования: нежелательно исследовать больного, когда он утомлен, хочет спать, есть и т. п.

Очень важно правильно решать вопрос о том, кто именно должен проводить психологическое исследование. Рядовое психологическое исследование следует проводить, как правило, лечащему врачу. Более углубленное исследование, где оно нужно и возможно, может проводить врач, получивший специальную подготовку в области клинко-психологических исследований. Ценную работу в этой области исследования могут проводить и проводят специалисты-психологи, достаточно знакомые с вопросами клиники. При всех случаях крайне важно, чтобы врачи, особенно невропатологи и психиатры были достаточно подготовлены к проведению психологического исследования и к анализу и использованию его результатов.

Следует остановиться на вопросе о том, какие больные могут быть подвергнуты психологическому исследованию. Некоторые врачи ошибочно полагают, что психологическое исследование возможно и целесообразно только при наличии у больного в той или иной мере сохранной связной речи. Мы полагаем, что это неверно. Возможно и бывает целесообразным экспериментально-психологическое исследование также больных с бессвязной речью и неговорящих и даже не понимающих речи. Лишь явное решительное сопротивление больного исследованию крайне затрудняет последнее, но тоже не делает его невозможным. Уже само сопротивление и поводы к его возникновению, его черты, его направленность существенно характеризуют больного, могут и должны изучаться. В остальных случаях почти всегда возможности психологического исследования достаточно широки при применении правильно подобранных, адекватных методик и при построении выводов, правомерно вытекающих из полученных в исследовании материалов.

Приведем в качестве иллюстрации отрывок протокола исследования неговорящего (мутичного) ребенка.

Мальчик Д., 3 лет. Вовсе не говорит и не реагирует на речь. Надлежало выяснить, понимает ли ребенок в какой-то мере речь. Установив, что он так же не реагирует никак на легкий укол, мы затем громко сказали: «Вот я Диму сейчас больно уколою». На эти слова Дима внешне никак не реагировал. Мы



тут же укололи ребенка в руку с такой же силой (легко), как это делали раньше. На этот укол впервые последовали проявления реакции. Исследование было повторено с тем же результатом. Таким образом, удалось установить, что приведенные выше слова ребенком повторно понимались, что ему также не чуждо адекватное переживание угрозы, что словесное подкрепление усиливает действие на него болевого раздражителя.

Отметим также вариант исследования мутичного и неподвижного больного, находящегося в состоянии кататонического ступора. Такой больной может не выполнять инструкцию — «Поднять руку!», но выполнить при этом инструкцию — «Закрывать глаза!». Даже такой факт (а их у больного в состоянии ступора может быть получено немало) уже полезен для понимания уровня ступора, а отчасти и механизмов его.

Построение таких вариантов методики исследования весьма важно. Оно значительно расширяет область применения экспериментально-психологического исследования в клинике и существенно помогает клинике, в частности, в выявлении динамики процесса путем повторных исследований.



## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПИИ

**Общие вопросы.** Психотерапия представляет процесс лечебного воздействия врача на психику отдельного больного или группы больных. Основным средством такого воздействия является слово. Однако слово может пройти и мимо больного, не затронуть его, и тогда оно лишено психотерапевтического действия, но оно может и должно в психотерапии глубоко затронуть больного, вызвать подъем, повышение требовательности к себе, успокоить — и тогда оно имеет подлинное психотерапевтическое значение.

Но не только слово может явиться орудием психотерапевтического воздействия. Это воздействие осуществляется и всем поведением врача, его мимикой, его жестами, всей формой общения с больным.

Психотерапия, поскольку она лечит, является издавна отраслью медицины, но поскольку она является и способом управления человеком на пути от болезни к здоровью, она представляет часть теории управления, науки, которая сейчас только формируется, а по отношению к человеку давно начала формироваться как педагогика, но все еще не сформировалась вследствие крайней сложности тех процессов, которыми надо управлять, а именно: сознательной деятельностью, переживаниями больного, всем его поведением.

Конечно, управление здесь должно осуществляться врачом так, чтобы по мере лечения оно переходило в самоуправление, саморегуляцию больного.

Основные объекты психологического рассмотрения при психотерапии: больной, врач, процесс психотерапии.

В больном нужно выявить его болезненное состояние, состояние его центральной нервной системы, свойства его личности в связи с ситуацией, которая стала патогенной, т. е. поро-



ждающей болезнь, особенности организма в целом, в соотношении с условиями, которые поддерживают влияние начальной психогении.

Лечащий врач должен правильно разобраться в состоянии больного, во внутренних и внешних обстоятельствах, способствовавших развитию его заболевания, в особенностях личности больного, которые сыграли роль в возникновении болезни, или не обеспечили ему возможность справиться с трудными, психотравмирующими обстоятельствами, преодолеть болезнь. Чтобы понять больного и помочь ему, врач должен владеть знаниями в области психологии и методами психотерапии.

Процесс психотерапии — это система лечебного воздействия врача (и под его руководством — его помощников) на психику больного, требующая в каждом отдельном случае индивидуализации, смены или вариации методов на разных этапах лечения.

Больной, его состояние, его свойства определяют условия и задачи лечебного воздействия. Необходимым условием успешной терапии является знание личности больного. Врач, приступающий к психотерапии, должен уметь разобраться часто в очень сложных вопросах, включая и те, о которых больной иногда, особенно в начале лечения, не хочет или не может говорить.

Психотерапевтом в сущности должен быть каждый врач. Но успешно оперировать специальными методиками психотерапии может лишь врач, получивший в этой области специальную подготовку.

Влияние, т. е. эффективное воздействие врача на больного, авторитет врача, доверие к нему больного — все это формируется главным образом в процессе взаимодействия больного с врачом. В какой-то мере положительное отношение больного к врачу и его доверие лечению могут быть подготовлены до знакомства с врачом в беседах с другими больными при чтении работ врача, отзывов о нем и т. п.

Успешность лечения прежде всего требует, чтобы врач узнал психические причины и условия болезни, а это предполагает знание особенностей личности больного, истории ее формирования.

Процесс психотерапии может быть более или менее быстрым и более или менее длительным, основанным на глубоком контакте больного с врачом. Примером первого является внушение в гипнозе или в бодрственном состоянии. Внушение и устранение с его помощью болезненных симптомов в ряде случаев достигается легче в состоянии гипноза.

Одним из важных моментов в работе врача является разъяснительная работа с больными. Она может проводиться как индивидуально, так и коллективно, в группе больных. Задачами ее являются устранение неправильных и тягостных представле-



ний о болезни, которой страдает больной, и об отдельных применяемых в отношении его медицинских мероприятиях, если у него такие представления имеются. В соответствующих случаях больному следует объяснить вредность для него плохого настроения, необоснованность беспокойств и роль его собственной активности в их преодолении.

Многие больные, особенно длительно болеющие, испытывают потребность в том, чтобы рассказать врачу подробнее о своей болезни, о переживаемых ими в процессе лечения трудностях, о том, что их вообще волнует. Врач должен внимательно выслушать такого больного, дать ему совет, устранить по возможности беспокоящие его моменты. В ряде случаев это бывает не менее важным для самочувствия больного, для лечения его болезни, чем применение других методов лечебного воздействия.

Весьма нередко врачу, не имеющему специальной психоневрологической подготовки, приходится лечить больных, страдающих неврозами или психическими заболеваниями в сочетании или без сочетания с другими болезнями. Важно распознать при этом своевременно характер такого заболевания, его природу. Необходимо учесть, что в ряде случаев такие больные могут своими жалобами в какой-то мере дезориентировать врача в диагностике и лечении. Если по своему психическому состоянию больной не нуждается в переводе в специальные психоневрологические лечебные учреждения, и если основное заболевание требует лечения у хирурга, гинеколога, терапевта и т. п., необходимо оказывать больному помощь с учетом нервно-психических нарушений, используя при этом специальные психотерапевтические методики, психофармакологические возможности, физиотерапию, лечебную гимнастику, лечебный труд и пр. Отсутствие такого рода помощи может отрицательно отозваться на течении основной болезни, на настроении и самочувствии больного в процессе его лечения, а также и на его состоянии в будущем (возможное обострение невроза и пр.).

Невроз может возникнуть в процессе лечения у больного, до того не страдавшего им. Это может явиться следствием недостаточного внимания врача и его помощников к личности больного, к его переживаниям, иногда — недостаточно чуткого и тактичного поведения, иногда в связи с неосторожными высказываниями.

Отмечаются случаи, когда больного травмируют недостаточно тактично проводимые демонстрации, консультации или неосторожно проводимые исследования. Задача врача — предупредить возможность возникновения такой психической травмы.

Как показано рядом исследователей, условнорефлекторные механизмы могут как усиливать, так и ослаблять, тормозить безусловные. Несомненно, благоприятная общая обстановка лечения, укрепление врачом надежды больного на эффектив-



ность лекарства и лечебных процедур не могут не отразиться положительно на состоянии больного. Это не следует забывать.

Положительное воздействие врача и проводимого им лечения может в известной мере тормозиться влияниями на больного со стороны других больных, родных, знакомых. Очень важно предвидеть возможности такого влияния. Здесь желательно воздействие врача на среду, с которой соприкасается больной во время лечения, возможное предотвращение противоречащих интересам больного и его лечению воздействий на него окружающих. Могут быть полезны беседы врача с больными, окружающими больного, с родственниками, а также предупреждение больного о том, что ему следует о своей болезни говорить в основном с врачом, что только от врача он может получить правильные, научно обоснованные сведения о своем состоянии, о проводящемся лечении, о прогнозе.

Известное внимание должно быть уделено возможному предупреждению психотравмы при чтении больными неподходящей для них литературы, просмотре неподходящих фильмов и т. п.

Болезнь нередко способна травмировать близких больному людей, вызывать у них невротические реакции. Нельзя освободить врача и его помощников от обязанности возможно успокоить наиболее близких больному людей, если они в этом нуждаются.

**Психотерапевтическое убеждение.** Одним из важных приемов психотерапии является психотерапевтическое убеждение. Такое убеждение имеет своей задачей не только перестройку некоторых взглядов и представлений больного, но и известное изменение его личности, воздействие как на его интеллект, так и на эмоционально-волевую сферу. Врач должен, убеждая больного, использовать и критику некоторых сторон его поведения, его личности, где это необходимо критически отнестись к испытываемым им трудностям, к его болезненным мыслям и переживаниям, но так, чтобы это не оскорбляло больного, всегда выражая уважение к нему, сочувствие ему. Психотерапевтическое убеждение не может считаться законченным, как только больной понял врача. Патологически закрепившиеся мысли и представления требуют систематического влияния, часто многократно повторяемого убеждения. Эти убеждения, конечно, не следует повторять стереотипно. Они должны перестраивать представления и переживания больного, его отношение к себе и окружающим, перестраивать в сознании больного то, что явилось следствием или причиной психогенных заболеваний или психогенных элементов заболевания.

При психотерапевтическом убеждении всегда должно быть обеспечено влияние на эмоциональную сферу больного. Это убеждение почти всегда включает в той или иной мере элемен-



ты внушения, определяемые не только авторитетностью врача как специалиста и уважаемого человека, но и надеждами больного на помощь, на выздоровление или улучшение своего состояния благодаря этой помощи.

Психотерапевтическое убеждение не может ограничиваться успокоением больного. Оно должно быть направлено и на активизацию, стимулирование, на перестройку поведения больного. Эти задачи могут по-разному соотноситься между собой на разных этапах лечения.

**Внушение в бодрствующем состоянии.** В отдельных случаях психотерапевтическое воздействие врача на больного должно в основном сводиться к внушению в бодрствующем состоянии. В формуле такого внушения могут в какой-то небольшой мере наличествовать и элементы убеждения, в зависимости от особенностей личности больного, от его состояния, от задачи, стоящей перед психотерапевтом на данном этапе лечения. В частности, такой метод психотерапии применяется успешно в ряде случаев истерических выпадений функций (истерические: припадки, мутизм, астазия-абазия, слепота, глухота). Как правило, такое внушение применяется однократно. Одноразовое внушение Kretschmer, как и некоторые другие авторы, называл *про-третикой*. При этом внушение строится в форме решительного приказа. Например: при истерическом мутизме: «отвечайте, немедленно отвечайте на вопрос!» Иногда предпочтительнее форма опережающей констанции: больной еще не может ходить, но врач настойчиво, с уверенностью в тоне говорит: «Вы уже можете ходить, вы сейчас пойдете, будете хорошо ходить!»

Такое внушение требует создания соответствующих условий: больной должен быть подготовлен к нему, он должен ждать успеха и верить в него. В обстановке такого внушения желательна некоторая торжественность, эмоциональная приподнятость, достигаемая, в частности, и присутствием других врачей-помощников, иногда — родственников больного, других больных.

Значительную ценность имеет внушение в гипнотическом состоянии.

**Гипноз** — это состояние, физиологической основой которого является торможение коры головного мозга с сохранением одного бодрствующего деятельного «пункта», обеспечивающего связь с гипнотизирующим, возможность воспринимать его слова. Благодаря этому в гипнозе имеется возможность в той или иной мере управлять состоянием и поведением больного и осуществлять лечебное внушение.

С психологической стороны гипноз характеризуется: 1) сужением сознания гипнотизируемого, сосредоточением его только на гипнотизирующем и его словах, 2) более или менее полной утратой личной инициативы и повышенной зависимо-



стью мыслей, реакций и действий гипнотизируемого от гипнотизирующего.

Приемы гипноза и его лечебные результаты достаточно освещены в ряде публикаций. Напомним лишь о стадиях или фазах гипноза.

Состояние, в которое удается привести больного при применении гипнотического метода, может быть состоянием поверхностной дремоты, так называемой *гипотаксии*. Оно может быть более глубоким, когда у гипнотизируемого обнаруживается застывание в придаваемой ему позе, — состояние так называемой *каталепсии* и восковой гибкости. В этом состоянии могут внушаться расстройства чувствительности, галлюцинации, параличи и другие кратковременные изменения психики и организма. Наконец, может возникать самое глубокое состояние гипнотического сна, нередко с затрудненным пробуждением, — состояние *гипнотической летаргии*.

Разными авторами фазы гипноза характеризуются несколько различно, но здесь это не является предметом обсуждения. Нас интересует здесь главным образом лечебно-психический эффект гипнотического метода. Наиболее важной стороной этого метода является то, что гипнотическое внушение способно устранять психогенные симптомы, улучшать иногда даже непсихогенные нарушения, и может распространять свое действие на *послегипнотический период*. Отдельные болезненные симптомы могут иногда исчезнуть после одного гипнотического сеанса. Но обычно требуется курс повторных сеансов, в течение которого внушение закрепляется, а отдельные нарушения постепенно исчезают.

Опыт показывает, что лечебный эффект при применении гипнотического внушения в весьма большой мере зависит от характера отношения больного к врачу и к методу гипноза, от содержания и характера бесед врача с больным вне гипноза, от всей системы психотерапевтического воздействия.

Не всех больных удается ввести в гипнотическое состояние и далеко не всякое психогенное нарушение устраняется с его помощью, особенно при применении этого метода без глубокого знания больного, без подготовительного воздействия на больного в бодрственном состоянии.

В связи с возможностью устранения в гипнозе болевой чувствительности был поставлен вопрос о хирургических операциях больного, находящегося в гипнотическом состоянии. Опыт показал, что иногда операция, проводимая при гипнотическом обезболивании, протекает успешно, но иногда затруднялось наступление гипноза или во время операции наступало пробуждение. Метод этот для этой цели оказался пока недостаточно надежным. Внушение в гипнотическом состоянии способно снижать



количество наркотизирующих и анестезирующих веществ (В. Е. Рожнов, Е. А. Дамир и др.).

Если в состоянии гипноза терапевтический эффект внушения достигается также благодаря измененному функциональному состоянию мозга и психики, то в бодрствующем состоянии положительный эффект внушения достигается только на основе авторитетности врача при наличии в его внушении, убеждении, разъяснении эмоциональных элементов.

**Отношение к врачу.** При применении методов психического воздействия влияние врача основано на правильном выборе соответствующих методов, на отношении к ним больного, его уважении, любви, доверии к врачу, вере в его слова. Авторитетность врача для больного связана с наличием у первого высоких общественно-нравственных качеств, знаний и профессионального мастерства. Эта авторитетность создается как из сведений о враче, так и в связи с возникающим в процессе психотерапии улучшением состояния больного, когда он убеждается, что врач ему помогает, понимает его состояние, хочет и в состоянии ему помочь. При этих условиях отношение больного к врачу бывает насыщено положительными эмоциональными элементами, что является важнейшим условием успеха психотерапии.

Психотерапевтический сеанс, на который идет больной, вызывает у него ожидание, связанное с желанием выздоровления, надеждой на это выздоровление, верой в его помощь. В этих условиях слова врача, направленные к больному и говорящие ему о том, что он выздоровеет, что он преодолет болезнь, что ему станет лучше, что все симптомы болезни, которые его мучают, исчезнут, приобретают большую действенность и действительно могут устранить болезненные симптомы.

Обычно противопоставляют внушению, как процессу воздействия при некритическом восприятии, убеждение, как воздействие, основывающееся на критической переработке воспринимаемого. Фактически в психотерапии имеется обычно сочетание, с одной стороны, логических доказательств, которыми врач убеждает больного в неправильности его мыслей или представлений, его эмоциональных реакций, и, с другой стороны — внушения (В. М. Бехтерев).

**Выбор метода психотерапии.** Внушение может устранить симптом и в известных пределах улучшить эмоциональное состояние, повысить активность больного. Однако склонность больного к неправильной переработке своего опыта, неправильное понимание им обстоятельств, ситуации, создавшейся для него, требует более глубокого влияния на его личность, что далеко не всегда может быть достигнуто одним внушением. Протрептика, как уже отмечалось, может быть выбрана врачом только для снятия отдельных симптомов и далеко не ко



всякому больному может быть применена (малая внушаемость, невыносимость к большому нервному напряжению, которое может быть вызвано у больного при этом методе лечения).

Переубеждение, вскрывая ошибки больного, необходимо приводит не только к осознанию больным ошибок, но и к пониманию им источников их возникновения. Психотерапию переубеждением часто неправильно называют, по Dubois, рациональной, в связи с тем, что она опирается на рациональные, разумные доводы, апеллирует к разуму больного. Но психотерапия должна быть направлена и к эмоционально-волевой сфере больного, к восстановлению целостной личности больного. В процессе психотерапии через повышение активности больного должны быть преодолены нарушения тех или иных сторон его поведения, должны быть укреплены его возможности преодолевать самому патологические тенденции. Этому служат в большой мере тренировочные методы, включая различные варианты методики Шульца (аутогенная тренировка).

**Аутогенная тренировка и некоторые другие методики психотерапии.** В некоторых странах широко распространен метод так называемой *аутогенной тренировки*, начало которой было положено 40 лет назад видным немецким психотерапевтом Schultz. Автор называет ее «организмической» тренировкой, поскольку она имеет целью воздействие на функции внутренних органов и на вегетативную нервную систему посредством саморасслабления, саморелаксации, продвигающейся от мышечного расслабления к расслаблению кровеносных сосудов.

Schultz рекомендовал постепенное овладение шестью упражнениями с соответствующими словесными формулами: 1) моя правая рука очень тяжелая, 2) правая рука очень теплая, 3) сердце бьется спокойно и сильно, 4) я дышу совершенно спокойно, 5) солнечное сплетение излучает тепло, 6) мой лоб прохладен. После этой «низшей ступени» переходят, по Шульцу, к «высшей ступени» — известной перестройке больными собственной психики, понимание которой у автора в большой мере определено идеями иогизма. В дальнейшем этот метод нашел отражение и модификацию в работах Kretschmer, Müller-Hegetmann, Kleinsorge и Klumbies и др.

Принимая не все положения Schultz, советские авторы вносят в него теоретические и методические изменения.

Ряд советских психотерапевтов (А. М. Свядош и А. С. Ромэн, А. Н. Шагам и К. И. Мировский, И. З. Вельвовский, М. С. Лебединский и Т. Л. Бортник, С. С. Либих и др.) в последние годы разрабатывают более подходящие в наших условиях и соответствующие нашим теоретическим позициям варианты метода аутогенной тренировки. Основным в нем можно считать развитие и укрепление процесса саморегулирования. Развивая самоконтроль и самообладание, модифицированный



метод позволяет направить усилия больного на преодоление не только моторных и вегетативно-соматических, но и психических нарушений высшего уровня деятельности.

Метод этот следует применять в сочетании с другими методами психотерапии. Самое значение метода, его влияние на болезнь должно систематически разъясняться, утверждаться и подкрепляться в групповых и индивидуальных беседах с больными. Надо учитывать здесь роль внушения врача.

При применении этого метода больные под руководством врача тренируют индивидуально или в группе (группы не больше 8—10 человек) способность вызывать у себя чувство тяжести и расслабленности в руках и ногах, затем ощущение потепления в конечностях, похолодание лба и пр. Объективные исследования отмечают при этом действительное повышение кожной температуры и ослабление мышечного тонуса конечностей.

Тренируется способность вызывать у себя состояние покоя, сонливость. Можно приучить больного тормозить в себе болевые ощущения, регулировать ритм и частоту пульса, в некоторых случаях несколько снижать артериальное давление, влиять на свои переживания и пр.

Метод этот в различных вариантах нередко оказывается весьма полезным. В начале тренировки проводящий ее врач объясняет больному или группе больных значение и цели ее применения. Можно рекомендовать вводить в это объяснение указания на то, что в результате тренировки образуются новые и укрепляются старые условные связи между первой и второй сигнальными системами, помогая, таким образом, больному лучше владеть своими вегетативными процессами, переживаниями, повышать свою активность в борьбе с болезнью и отдельными ее проявлениями.

Когда больные поняли объяснения врача и обнаружили готовность лечиться этим методом, врач может приступить к самой тренировке. Больные при этом должны лежать или удобно сидеть в положении, не требующем от них никакого мышечного напряжения. Произносимые врачом формулы ослабления тонуса мышц, потепления, успокоения и т. п. предлагается больным тотчас же обязательно повторять про себя без всяких изменений. Поэтому врач их произносит с паузами и в первом лице.

Когда эти формулы начинают давать положительный эффект в тренировке с врачом, больным необходимо проводить тренировки и без врача, по тем же формулам и в том же порядке.

Аутогенная тренировка может применяться в системе психотерапии, при лечении больных, способных понять соответствующие указания, оценить правильно значение метода и правильно вести себя на тренировках, проводимых как врачом, так и самостоятельно.



Аутогенную тренировку при сердечно-сосудистых нарушениях следует применять осторожно. Она неприменима при наличии бреда, галлюцинаций и других психотических явлений. Целесообразно пользование этой методикой при различных неврозах. Описаны ее успехи при ночном энурезе, при некоторых формах полового бессилия, при бронхиальной астме, при некоторых вегетативных дистониях.

В психотерапии всегда играл определенную роль метод отвлечения. В ряде случаев освобождение больного от патогенных психотравмирующих обстоятельств требует переключения его на другую деятельность, перемену обстановки. Принцип отвлечения, значение которого подчеркивал В. М. Бехтерев, имеет довольно ясное физиологическое обоснование — создание новых очагов возбуждения, которые в порядке отрицательной индукции тормозят ранее образовавшиеся патологические очаги. Психологически здесь можно говорить об образовании новых активных интересов и форм деятельности. Иногда такое переключение требует существенной перестройки условий жизни с устранением травмирующих обстоятельств.

Всюду, где действительно показана и осуществима такая перестройка условий жизни, врач должен в пределах своей врачебной компетенции содействовать этому. Конечно, к этой перестройке следует подходить на основе глубокого изучения личности больного, в соответствии с подлинными его интересами, с его готовностью к переключению.

Для ряда больных особенно большое психотерапевтическое значение имеет трудовая терапия, построенная на подлинно научных основах, на основе глубокого знания больного, под тщательным врачебным наблюдением. Психотерапевт должен полностью учитывать огромное значение труда, прежде всего труда профессионального и привычного, в коллективе здоровых людей, для поддержания и укрепления психического здоровья. Но некоторые больные бывают вынуждены в результате болезни временно или навсегда оставить свою профессию, не могут трудиться вообще в коллективе здоровых людей, в обычных условиях. Тогда и должен ставиться вопрос об обеспечении собственно лечебного труда в специальных мастерских или дома, в особых условиях, определяемых состоянием больного, его интересами и возможностями. Большое психотерапевтическое значение имеет лечебный труд в разного рода психоневрологических учреждениях, включая и учреждения санаторного типа.

В целях стимулирования активности больного и укрепления интересов, способных противостоять патологическим переживаниям, подавлять их, может также иметь большое значение привлечение больного к деятельности в сфере искусства и литературы. Нередко оказывается полезным объединение больных для



таких занятий в группы (участие в хоре или оркестре, в вечерах самодеятельности и т. п.).

В течение ряда лет такую форму психотерапии проводит А. М. Воскресенская в Москве, в больнице им. В. П. Соловьева. Применяется она и в некоторых лечебных учреждениях Ленинграда. Во Фрунзе эта форма лечения применяется в психиатрической клинике, руководимой Н. В. Канторовичем.

Касаясь вопроса об индивидуальной и групповой или коллективной психотерапии, следует указать, что в отличие от ряда зарубежных психотерапевтов, советские психотерапевты не считают правильным резко противопоставлять эти методы, пользоваться исключительно одним из них. Несомненно, наиболее важной является индивидуальная психотерапия, но вместе с тем в ряде случаев целесообразно использовать групповой или коллективный метод для решения отдельных задач психотерапии. О коллективном, в частности, проведении аутогенной тренировки уже говорилось. В группе очень целесообразно вести разъяснительную работу: здесь, например, можно осветить вопрос о природе неврозов, о принципах их лечения, о роли активности больного в процессе этого лечения.

Успешно лечат методами групповой психотерапии как различных больных неврозами, так и лиц, страдающих алкоголизмом, заикающихся и других больных с одинаковыми или близкими расстройствами. В этих случаях должно быть обеспечено полезное влияние больных друг на друга, влияние коллектива на отдельную личность. Главным образом на этой основе возникла групповая или коллективная психотерапия.

Психологические опыты (В. М. Бехтерев и М. В. Ланге и др.) показали, что суждение каждого отдельного члена группы о том или ином предмете после обсуждения его в коллективе становится более правильным и устойчивым. Это положение в полной мере относится и к групповой и коллективной психотерапии. Обсуждение больными под руководством врача различных патогенных ситуаций, без указания фамилий больных, к которым они относятся, является одним из важных методов убеждения и переубеждения больных, психотерапевтического влияния на них. Не всегда реакция врача на больного, на его высказывания и поведение должна быть положительной, успокаивающей. Иногда необходима и решительная критика и порицание неправильной позиции больного.

В группе можно вести лечение с использованием гипнотического метода. Наряду с общими для всей группы внушениями допускаются и индивидуальные внушения, при этом врач подходит близко к отдельному больному и тихо произносит слова внушения, относящиеся только к нему. В группе полезно объединить уже выздоравливающих с начинающими лечение.



Положительное влияние оказывают совместные прогулки больных на начальном этапе преодоления страха (агорофобия, кардиофобия).

В высшей степени важно подчеркнуть, что устойчивость эффекта психотерапии тесно связана с выяснением подлинных источников болезни, представляющих необходимый и главный путь устранения причин болезни. Этот основной вид психотерапии должен опираться на глубокое изучение личности, истории ее развития, обстоятельств прошлого и настоящего, вызывающих болезненное состояние. Для того, чтобы изучить все это, нужна большая психологическая работа, открывающая связь между возникновением болезни и образованием симптома, с одной стороны, и условиями жизни, психотравмирующими обстоятельствами и особенностями личности больного — с другой.

О том, что нервно-психическое расстройство может вызываться тяжелыми переживаниями или психическими травмами, было известно давно. Однако во многих случаях при выраженных симптомах болезни ни сам больной, ни близкие больному люди, ни врач не в состоянии их связать с какими-либо обстоятельствами жизни или переживаниями.

**Психоанализ.** Существенным моментом в психотерапевтическом плане был опыт Брейера, который расспрашивал больных в гипнотическом состоянии и получал от них сведения, какие они не могли или не хотели сообщить в бодрственном состоянии. Выявление этих патогенных обстоятельств в гипнозе сопровождалось эмоциональной реакцией, иногда бурной, за которой следовало после выхода из гипнотического состояния облегчение состояния и самочувствия больного. Эта реакция получила название *«отреагирования»*, *катарзиса* и сам лечебный метод, разработанный Брейером совместно с Фрейдом, был назван *«катартическим»*. Полученные в этих опытах результаты показали, что в той или иной мере скрытые и подавленные тяжелые переживания могут вызвать и поддерживать болезнь, что вскрыв, «отреагировав их», поделившись своими переживаниями с врачом, больной получает облегчение. Этот опыт, хотя и отмеченный психотерапевтами, представлял в значительной мере повторение религиозной процедуры исповеди и исцеления очищением (по-гречески — катарзис). Однако этот метод даже в руках самих авторов оказался недостаточно эффективным. В настоящее время он мало кем применяется.

Фрейд, отказавшись от катартического метода и разойдясь с Брейером в своих дальнейших попытках вскрыть психогенез, направил свое учение в сторону развития сексуальной теории неврозов.

В дальнейшем он признал первоисточником психогенных нарушений также мистическое «влечение к смерти», противопоставив этот инстинкт половому инстинкту и таким образом еще бо-



лее углубляя ложность своих представлений о движущих силах психогенеза заболеваний и психики в целом.

Таким образом, в психоанализе, при наличии у Фрейда и некоторых его сторонников отдельных метких наблюдений, возникли фантастические домыслы, приведшие к реакционно-фаталистическим построениям, к надуманной и противоестественной системе. К этому нужно добавить, что несмотря на отклонения в понимании движущих сил психогении, методика исследования и лечения в психоанализе не претерпевает изменений. Это демонстрирует резкий разрыв в учении Фрейда между теорией и практикой.

Наше понимание психогенной болезни резко отличается и противопоставляется фрейдовскому «глубинному» анализу, его «глубинной» психологии и «метапсихологии».

**Раскрытие психогении.** Задача научного, подлинно глубокого раскрытия психогении заключается в том, чтобы понять в их единстве физиологическую, психологическую, общественно-историческую природу заболевания, проследить его зарождение и развитие, объяснить болезнь как внешними обстоятельствами, так и внутренними качествами личности, сформированными в истории ее развития. Механизм психогенной болезни следует изучать, не только правильно описывая ее субъективно психологическую сторону, но по возможности исследуя и нейрофизиологическую динамику ее развития.

Фрейдистскому и неофрейдистскому анализу психогении мы противопоставляем ее анализ, основанный не на поисках вытесненных инстинктивных влечений, а на раскрытии в психогении соотносительной роли индивидуально неблагоприятной ситуации и особенностей личности больного и системы его отношений, сложившихся в определенной социально-бытовой среде.

Для иллюстрации такого понимания приведем выдержки из историй болезни нескольких больных, исследованных нами (В. Н. Мясичев) совместно с сотрудниками — Е. К. Яковлевой, Р. А. Зачевицким, М. Н. Бобровской.

Больной К. кажется, что она вся в «сладком», что сладкое в воздухе, прилипает к ней, особенно к рукам. Она моет руки, боится дотронуться до предметов, которые также «в сладком». Больная рано потеряла отца, жила с матерью. Окончив среднюю школу, поступила на работу. Вышла замуж по настоянию матери за человека, которого в то время не любила, но который задаривал мать и ее. Особенно много дарил он сладостей, к которым больная имела пристрастие. Выйдя замуж, сперва была сексуально равнодушна, но после второго ребенка стала испытывать сексуальное влечение, и в связи с этим привязалась к мужу. Во время войны муж находился в армии. Она стойко вынесла крайне тяжелые условия оккупации, потеряла в этот период обоих детей. После войны стала разыскивать мужа. Нашла его через некоторое время в Москве. Он уже находился на гражданской службе. Поселившись в Москве, обнаружила у мужа пристрастие к алкоголю. Первоначально это не нарушало их отношений, так как она стремилась сохранить семью, в благополучии которой видела весь смысл своей жизни. У нее родилось еще двое



детей. Но вскоре ей сообщили, что муж ей изменяет. Она долго не верила этому, пока ее не убедили неопровержимые факты и она порвала супружескую жизнь. Но при наличии трех комнат в квартире оставалась с ним в спальном комнате. Спустя некоторое время ей начало казаться, что мать ее в «сладком», и она от нее сама делается сладкой. Потом стала чувствовать, что «сладкое» носится в воздухе». Она понимала, что на самом деле этого нет, но представление о сладком и липком ее преследовало. Была принята на лечение в институт им. В. М. Бехтерева.

Больная среднего умственного развития. Интересы ее не выходят за рамки обывательских. Эмотивна, подавлена мучающей ее навязчивостью.

У нее не было ни патологического предрасположения, ни патологического характера. В то время как потрясения войны, опасные и тяжелые испытания оккупации не повлекли болезненного состояния, несчастливо сложившиеся семейные условия и представлявшая собой безвыходной семейная ситуация вызвали психогенное заболевание. Постепенно в процессе психотерапии больная с помощью врача осознала природу своего болезненного состояния, поняла метафорический смысл переживания «сладкого» (ассоциации: муж, семья, прежняя жизнь — сладкое), которое ее преследовало.

Суть патогенного конфликта здесь состояла в противоречивых переживаниях оскорбления, нанесенного мужем, влечения к нему, заботах о сохранении семьи. Неспособность разрешить этот внутренний конфликт усиливала эмоциональное напряжение, способствовавшее образованию застойного болезненного пункта, фиксации по механизму условной или ассоциативной связи впечатлений о «сладком» прошлом и нестерпимом настоящем, проявившихся в соответствующем навязчивом состоянии.

Больная Б., домохозяйка. 38 лет. Заболела осенью 1946 г. остро. Внезапному развитию заболевания предшествовал ряд неприятных переживаний.

Больная преждевременно родила ребенка, который через три дня умер. Вследствие задержек в оформлении документов о смерти она не могла его своевременно похоронить и испытывала долго тягостное чувство, смешанное со страхом. Состояние страха усилилось после того, как вскоре в поселке, где она жила, был случай убийства целой семьи. Хотя больная и убеждала себя в том, что опасаться ей нечего, но несмотря на это боялась, тревожно прислушивалась к каждому шороху, плохо спала. Страх она «носила в себе», внешне старалась держаться спокойно.

В день заболевания муж, вернувшись из командировки, сообщил больной, что у него в пути украли продукты питания, приобретенные для семьи. Внешне она ничем не проявила своего огорчения. Но в тот же вечер с ней случился истерический припадок, чего с ней никогда ранее не было. Она упала на пол, начала выть диким голосом, царапала себе лицо, рвала на себе волосы и все это, со слов больной, у нее протекало при полном сознании.

Наутро ей было неловко за вчерашнее поведение. Она старалась быть спокойной, но на завтра в полдень, снова повторилось то же самое, она начала выть, кричать, не теряя сознания. По ее словам, в ней в этот момент боролись три чувства: любовь и жалость к детям, сознание, что она пугает их, и мучительное чувство потери самообладания.

При этом больная заметила, что как только дети, испуганные ее поведением, от страха выбегают из дому, крики ее прекращались. При посторонних людях



она сдерживала себя, хотя желание кричать ее не оставляло. Районным психиатром ей был прописан бром, и в течение двух недель все было благополучно. Но затем приступы возобновились. Однажды больная мыла ребенка, он при этом капризничал, и она снова начала выть и кричать, причем у нее появилось стремление подражать самым разнообразным животным и это стремление ее «неудержимым потоком охватывало ее и как бы вырывалось наружу», — говорила больная, как будто внутри у нее происходило что-то страшное, непонятное, душившее ее. Она сдерживалась как только могла, обливалась холодной водой, прятала свой мех (лису), чтобы ничто не напоминало животных, но все же не выдерживала и выла, причем чаще к вечеру, когда возвращался домой муж.

Позже наступил как бы второй этап болезни — повысилась раздражительность, усилился страх перед своим криком и потерей самообладания. Усилилось мучительное чувство жалости и любви к детям и ужас перед тем, что она их пугает. Больная указывает, что она вся как бы ослабела, все больше стало пропадать чувство уверенности в себе, появились мысли о смерти, предчувствие ее.

Она написала мужу прощальное письмо, считая, что умирает, и слегла. В течение двух недель лежала в таком состоянии, ей казалось, что она умирает, в то время хотелось как бы спрятаться от всего, что ее раздражает. Казалось, что она уже не в силах бороться с тем ужасом, который нахлынул на нее, временами все же заставляла себя вставать и работать по хозяйству.

При посторонних ей как-то удавалось сдерживать себя, при своих же — нет. Она рассказывает: «Я безумно люблю своих детей, но раздражалась и боялась их, так как при них особенно сильно появлялось стремление кричать». Боязнь испугать при этом детей и жалость к ним повергали ее в отчаяние. Появилась мысль избавить детей от этого ужаса — возникло и стало нарастать желание умереть, и она стала искать способов приблизить смерть.

Дальше стало появляться опасение, раз она не справляется с собой, то сможет совершить нечто еще более страшное, чем крик. Возникла боязнь острых предметов; забросила ножи, вилки, особый страх ей стал внушать топор. Однажды, когда она колола дрова, она как бы шутя замахнулась на сына и начала кричать: «Я тебя убью!» Мальчик не убежал, а стал ее уговаривать и шутить с ней. Больная сразу же бросила топор, но обострилось стремление замахнуться на кого-то топором, ударить, чтобы было страшно. Это доводило больную, по ее словам, до полнейшего отчаяния.

В таком состоянии была направлена в клинику неврозов института им. В. М. Бехтерева. Нарушений со стороны внутренних органов и неврологических расстройств не определялось. Психотических нарушений не было, но обнаруживалась повышенная эмотивность, возбудимость и психическая истощаемость. По данным анамнеза со стороны наследственности ничего патологического не отмечалось. Больная — окончила библиотечный институт, работала одно время по своей специальности. Девушкой была живой, веселой, общительной. По характеру, как отмечает сама больная, была энергичной, самолюбивой, а главное упрямой.

С 11-летнего возраста жила у отца и мачехи; как единственный ребенок, была окружена большим вниманием. Ей были предоставлены большие возможности учиться, развлекаться, она была освобождена от каких-либо домашних, житейских обязанностей. С 18 лет училась в библиотечном институте. В 20 лет вышла замуж, но занятий в институте не оставила.

Жизнью своей была очень удовлетворена. Мужа любила, он тоже любил ее и детей. Был очень внимателен к семье, все домашние заботы взял на себя. Правда, его несколько огорчало, что она была плохой хозяйкой, но этот ее недостаток на их жизни не отражался. Муж хорошо зарабатывал; она работала в библиотеке.

Во время Отечественной войны муж находился в армии. Больная переживала с детьми блокаду Ленинграда, голод, позже эвакуировалась в тыл. По окончании войны, возвратившись из эвакуации, поселилась у золовки — сестры мужа, так как квартиру свою потеряла. Муж же еще не вернулся из армии.



Золовка очень любила своего брата, всячески заботилась о его семье, не делая разницы между своими детьми и детьми больной. Дети ее тоже любили. Муж высылал деньги, но, как указывает больная, ей не хватало средств, и золовка ей помогала. Постепенно больная почувствовала зависимость от нее. Та дала ей понять, что является хозяйкой дома, требовала подчинения, и хотя больная продолжала считать, что золовка сделала много хорошего, у нее все же возникло и стало все более нарастать раздражение. Стал назревать глухой конфликт, который вырос из мелких и многочисленных болезненных переживаний, связанных с непереносимостью для больной подчиненного положения. Эти переживания, как объясняла теперь больная, вытекали из особенностей ее личности, вследствие чего она не считала себя виновной. «Это происходило из-за моего характера», замечала больная. «Я никому не подчинялась. Я не могла вынести, чтобы унижено было мое „я“». Конфликт, вытекавший из раздражения против золовки, все более разрастался и привел к внутрисемейным разногласиям.

Когда вернулся из армии муж, больная, несмотря на любовь к нему, стала по непонятным для нее причинам придираться к нему, требовала от него какого-то особого к себе внимания. «Точно раздражение на золовку срывала на нем». Ей стало казаться, что золовка восстанавливает мужа против нее, что на самом деле имело в какой-то мере место, как потом сообщил муж, — его сестра с сожалением говорила ему о «безалаберности» больной, об отсутствии у нее хозяйственных навыков. Постепенно отношения ухудшались, начались ссоры, причем муж стал принимать в этих ссорах сторону сестры, объясняя это жене безвыходностью их положения в данный момент, поскольку, не имея своей жилплощади, они вынуждены были с детьми жить у сестры. Но больная, раньше рассудительная, спокойная, теперь не принимала никаких его доводов и, чувствуя только невероятную обиду и оскорбление, продолжала придираться к нему по всякому поводу, чем крайне его изводила.

Наконец, она даже заявила мужу, что изменила ему, хотя этого не было на самом деле. Муж тогда предложил разойтись; она согласилась, и они договорились, кто из детей остается у мужа и кто у нее. Мальчика больная решила взять с собой. Девочку оставила мужу, так как видела, что она тоже восстановлена родственниками против нее. Однако как только больная переехала за город, а муж — к товарищу, они почувствовали всю нелепость происшедшего, сразу же примирились и опять поселились вместе. Отношения приняли прежний характер, так как они любили друг друга. Но больная, которой казалось, что она искренно примирилась с мужем, упорно не могла простить ему, что он в их ссоре с золовкой все же принял сторону своей сестры.

«Я не могла простить мужу его отношения, у меня появилось недоверие к нему, к дочке, мне казалось, что все они восстановлены против меня». Отчасти это так было в действительности, так как и у девочки выражалось иногда недовольство матерью.

На таком фоне оскорбленного самолюбия и личных переживаний, в которых сама больная недостаточно разбиралась, развилось ее заболевание. Она говорит, что не могла быть спокойной, так как «не изжила» прошлого. Последний случай, менее значительный, чем остальные, с пропавшими продуктами питания, так как в нем была вина мужа, однако он стал той последней каплей, которая и вызвала у нее аффективный разряд. Она завывала «по-звериному», выражая в криках свое раздражение, злобу против мужа и детей, но чувства эти у нее в других формах не проявлялись, так как муж и дети никаких поводов к этому не давали, очень любили ее и жили они, как казалось, дружно.

Во время одной из бесед с врачом в период, когда больная уже разобралась в своих вначале непонятных ей самой переживаниях и уже сознавала свою неправоту, у нее как-то вырвалось признание, что она все же никогда не простит мужу.

Вначале представлялось непонятным, почему эта культурная женщина, которой ранее не были свойственны какие-либо невротические реакции, так глубоко была задета довольно банальными разногласиями с родственниками



мужа, почему она так болезненно реагировала на позицию мужа, и что значит это постоянное заявление больной об ее характере, как причине всех неприятностей? Ответы на эти вопросы прояснялись по мере уточнения истории развития больной. Обнаружилось, что до 10 лет детство ее протекало в очень хороших условиях. Она была второй дочерью, по существу, как бы единственной, так как старшая сестра была значительно старше ее и жила больше у родственников отца; однако отец с матерью жили плохо из-за религиозных убеждений последней: мать была фанатически религиозна, чем вызывала раздражение отца. В этих ссорах больная всегда в душе защищала отца, но любила больше мать. В конце концов родители разошлись, что больная перенесла очень тяжело. Вначале она осталась с отцом, но когда ее позвала мать, она ушла к ней.

Перейдя к матери, любя ее, она в душе осуждала ее за то, что из-за нее распалась вся семья. Отец, видя тяжелое положение дочери, предлагал ей опять переехать к нему. Она сперва отказалась, но когда он приехал за ней через год, она оставила мать и переехала к нему. Мать она любила и жалко было ее оставить, да и мать просила остаться с нею. Но соображение о многих преимуществах жизни у отца взяло верх. Стыдясь этого, больная объяснила свой поступок решительностью характера, хотя в душе было чувство неловкости. У отца жизнь стала иной: все делалось для нее, она ничем не была стеснена.

Патологических черт в характере больной не было, но детские переживания сформировали своеобразные особенности ее личности и чувствительность, которые и придали впоследствии остроту ее переживаниям в доме золовки.

Повышенная чувствительность в ней развилась после ухода от матери. В период совместной жизни с ней она переживала изменение отношений к матери со стороны окружающих. В дальнейшем она, самолюбивая, чувствительная, упрямо стремилась быть независимой от людей и обстоятельств. Золовка задела это чувствительное место в системе ее отношений. Она поставила ее в унижительное положение, заставив подчиняться вследствие того, что в тот момент больная материально нуждалась.

Муж, единственно близкий человек, дети, ради которых она жила, не поняли ее, стали на сторону золовки, и муж даже готов был ее оставить, как некогда отец — ее мать. Несмотря на внешнее ее примирение с ним, она внутренне не могла ему простить то, что он не заступился за нее. А муж, ясно не понимая ее переживаний, уговаривал ее, объясняя свое поведение вынужденной временной зависимостью от сестры, чем обострял болезненность ее переживаний. Основным источником психической травмы и психогенного заболевания был заложен в истории развития данной личности. Нервно-психическое утомление и связанное с этим снижение психического тонуса под влиянием длительных и трудных условий военного времени повысили, можно думать, реактивность больной, снизили ее самообладание. Но главную роль, конечно, играл ее характер — самолюбие, гордость, властность, обидчивость — черты характера не врожденные, а сформированные условиями и переживаниями раннего детства.

Гордость и властность — прочно зафиксировавшийся след аффективных переживаний раннего детства, связанных с противоречием унижительной бедности и безотказной удовлетворяемости желаний единственного ребенка — создали уязвимые места в личности больной. Удары по этой линии оказались патогенными.

Травмы детского возраста, не сделав личность болезненной, сделали ее особо чувствительной в отношении к некоторым обстоятельствам жизни. В патогенезе ее заболевания настоящее связывается с историей раннего детства, с отдаленным прошлым. В развитии больной мы видим индивидуальное в узко личном плане — культурный человек ограничен узкими рамками семей-



ного быта. Идеиные запросы, вопросы более широкого социального характера, связь с коллективом отсутствуют. На кого могла бы она опереться, вступив в конфликт с окружающими? Только на близких, так как с широким коллективом связи у нее не было. Но в действительности на близких у нее не было возможности опереться, так как аффективная острота конфликта была главным образом в них, потому что в конфликте они стояли скорее против нее, считая ее неправой.

Почему при внешне малозначительном поводе она так болезненно реагировала? Потому, во-первых, что у нее отсутствовали общественные горизонты при достаточном индивидуальном развитии; жизнь для нее ограничивалась пределами семьи и повседневного быта. Во-вторых, она остро почувствовала «ужас» условий, которые сделали ее из «хозяйки», по ее словам, «работницей», «приживалкой». Основным патогенным переживанием сделались обида и ярость, но не на золвку, хотя объективно она была источником всех тяжелых переживаний, а на мужа и на детей.

Ситуация прошлого могла отразиться на развитии болезненного состояния не только формированием черт характера, его тенденцией и чувствительности, но патогенной ролью прообраза травмировавших ситуаций и действующих лиц раннего детства — конфликт матери и отца, отношения матери и больной, уход матери (в прошлом), так же как и уход больной (в настоящем).

Своеобразный характер истерического проявления — неудержимое влечение культурного человека «выть по-звериному» — ставило первоначально в тупик обследовавших больную врачей.

Как можно было предположить, и как стало вполне ясно после изучения истории жизни и развития больной, этот симптом имел как бы символически выразительный характер. Не будучи в силах выйти из ситуации или стать выше ее, больная могла только страдать и выражать ярость в приступах аффекта и сниженного самообладания. Положение и, может быть, культурный уровень мешали ей проявлять открытую агрессивность в отношении к золвке, любовь к мужу и детям препятствовали грубому проявлению агрессивности по отношению к ним. И все-таки она на ребенка замахнулась топором, реализовав в зародыше те побуждения, которых боялась. Здесь было неосознанное и недопустимое, но не бессознательное и не вытесненное проявление обиды и недовольства. Понять смысл и тенденции этого поведения больной было легче, чем понять особенности ее характера, идущие из прошлой ее жизни.

Собственно символического здесь было меньше, чем экспрессивно-эмоционального выражения невыносимого страдания и ярости, с которыми больная не могла справиться. Символическое заключалось в уподоблении себя зверю. Потребность выть направлялась в различное русло, в зависимости от связи с представлением о том или ином звере. Неполное сознание действий, в которые могла вылиться ее ярость, вызывало боязнь острых предметов, могущих служить орудием повреждения, опасными для тех, на кого направлялась озлобленность больной.

Когда стенически-импульсивная реакция сменилась астенической, наряду с падением биологического тонуса, больная перестала есть, лежала, у нее возникла общая подавленность и ожидание смерти. Тут было, вероятно, столько же непосредственной депрессии, сколько стремления выйти из конфликта путем вынуждения мужа подчиниться «умирающей» жене.

Есть ли здесь сексуальный стержень в патогенезе? Его не видно. Но, может быть, характер больной и патогенез укладываются в схему Адлера? Однако здесь нельзя и этого увидеть. У больной нет стремления к господству, а реактивность идет из глубины прошлого. Она не столько стремится властвовать, сколько не выносит зависимости и унижения. При этом она декомпенсировалась не просто зависимостью, а тогда, когда вернулся муж, когда в конфликте была «разрушена» ее семья.



Муж и дочь признали, что права золовка, и дело дошло до кратковременного ухода больной из семьи. Она осталась одинокой. Раньше она раздражалась и ссорилась, а теперь она заболела. Она болела, даже уйдя из зависимости, переехав на другую квартиру, оставшись психически в патогенной ситуации.

Процесс психотерапии состоял в выяснении того, что травмирует больную и почему травмирует. Трудности представляло понимание несоответствия между отсутствием, на первый взгляд, серьезных поводов и степенью остроты реакций. Основным здесь оказалось вытекающее из переживаний далекого прошлого обостренное самолюбие, неспособность подчиняться и привычка властвовать: не абстрактная и внешняя формула — «я сама не права, все дело в моем плохом характере», недостаточность которой совершенно ясна, а конкретное понимание того, каким образом в ее реакциях проявляется нетерпимость к зависимости и каким образом это вытекает из ее прошлого. Она лишь поняла, «осознала», что формула независимости и неподчинения явилась утрированным следствием условий ее развития, что упрямство — не твердость, что мелочная борьба не поднимает, а снижает личность, что сила заключается не только в том, чтобы быть независимой, а и в том, чтобы овладеть собой и уступить, когда это необходимо.

Поучительно, что на неадекватность ее реакций указывал ей и муж, но он был участником патогенной ситуации и стоял не за нее. Если она и понимала его доводы, то не принимала их, переоценивая свои права и недооценивая права других. Врач поддержал ее. Он помог ей справиться с ее трудностями и страданиями.

Рациональное понимание раньше не преодолевало иррационального отношения. Теперь индивидуалистическое, субъективное, иррациональное, аффективное отношение перерабатывалось в рациональное, предполагавшее объективную критику через восстановление нарушенного социального контакта, восстановителем и проводником которого явился врач-психотерапевт. Рациональное отношение восстановилось через социальное общение с одним человеком-врачом, в лице которого воплотились люди, общество. Это восстановление общения способствовало исправлению субъективных оценок, смягчению остроты реакций, успокоению больной. Больная в процессе психотерапии поняла, в конце концов, причину остроты своей реакции и отчаяния, правильно оценила свое настоящее отношение к мужу. После лечения она вернулась в семью с твердым намерением укрепить ее. Она полностью освободилась от своих прежних состояний. После излечения больная живет дома, работает, никаких болезненных симптомов не обнаруживает.

В данном случае мы можем говорить о реактивной истерии. Но в ее развитии сыграли некоторую роль и обстоятельства, понизившие сопротивляемость личности.

В других условиях формируется характер, способствующий развитию психастении или невроза навязчивых состояний при неблагоприятной ситуации.

Сергея Б., 17 лет, поступил в клинику неврозов института им. В. М. Бехтерева по поводу навязчивых действий. Он страдал из-за почти непрерывных свособразных движений головой, которые, по его выражению, «мысленно представляли форму креста». Появились они с 12 лет. В их возникновении, как показало изучение истории его жизни, большое значение имел быт семьи. Мальчик рос единственным ребенком в семье. Его мать была очень властной женщиной, настойчивой, но неуравновешенной. Она не работала, все ее внимание было посвящено заботам о здоровье сына, которого она чрезмерно оберегала, в частности от простудных заболеваний. Она никуда не отпускала его от себя, чем подавляла всякую самостоятельность. Отец, в силу занятости служебной работой, в воспитание сына не вмешивался. К матери больной был



очень привязан, отца же боялся и избегал. Вначале мальчик протестовал против опеки матери, убегал во двор, когда она уходила из дому, сбрасывал с себя все вещи, которыми она его укутывала. Но после перенесенного воспаления легких и запугивания матерью, которая говорила ему, что он может умереть от простуды, полностью стал выполнять ее требования. Большое влияние на мальчика оказывала и его бабушка. Будучи очень религиозной, она постоянно советовала ему молиться богу. Но он не очень ее слушался. Когда ему исполнилось 8 лет, его мать тяжело заболела. Она была помещена в больницу. Бабушка, видя волнение внука по поводу болезни матери, сказала ему: «Молись богу, а то твоя мать умрет!» В тревоге за мать он стал креститься перед иконой в бабушкиной комнате, прося бога о помощи. Через некоторое время мать поправилась. Ее выздоровление мальчик отнес за счет своих молитв и с тех пор продолжал молиться за мать. Вследствие постоянных переездов семьи школу посещал нерегулярно. Учился плохо. Оставался на второй год. В школе в последние годы очень смущался из-за неудач в ученье, тем более, что был старше и выше ростом, чем одноклассники. Бабушка стала советовать, чтобы он молился также за хорошие отметки. Под таким влиянием больной начал креститься и перед уходом в школу, и — незаметно — на уроках перед опросами учителей. Вступив в пионерскую организацию, больной стал понимать, что не должен молиться, у него возникли колебания и постепенно развивался внутренний конфликт — переживание противоречия между внушенными ему религиозными предрассудками и новым мировоззрением, формирующимся в школе. Он стал стесняться креститься, особенно в школе. Однако, будучи неуверенным в себе, в связи с недостаточными знаниями он по-старому возлагал надежды на молитву. Только теперь, вместо того чтобы креститься, начал делать движения головой, как бы воспроизводящие форму креста. Такие движения продолжал совершать при всяких трудностях и волнениях. Вначале движения были нерезко выражены, но постепенно вследствие многократных повторений приняли характер упорной навязчивости, повседневно его тяготившей, от которой он не мог освободиться. Педагоги замечали, что у Сережи подергивается голова. Классный руководитель даже направил его по этому поводу к школьному врачу, который в свою очередь посоветовал обратиться к невропатологу. Но ни учителя, ни школьный врач, ни невропатолог не заинтересовались переживаниями больного и условиями домашнего быта, которые способствовали развитию этого невротического симптома. Школа и пионерская организация ограничивались общими мерами общественного воспитания, но не вникали в условия жизни и домашнего воспитания каждого школьника, поэтому и не могли помочь больному разрешить его конфликтные переживания. Индивидуальные воздействия на него ограничивались лишь упреками за плохое учение, часто бестактными. Так, однажды, учительница после его неудовлетворительного ответа на уроке сделала ему обидное замечание: «Ты, Сережа, Вова в папы годишься, а учишься хуже его!» Под влиянием подобных замечаний больной еще больше замыкался, и навязчивые движения учащались. Если бы родители, в частности отец, поглощенный лишь служебными делами, а также школьные педагоги и школьный врач не просмотрели душевный разлад, возникший у больного с раннего возраста, и парализовали бы нездоровое влияние бабушки, болезненное состояние могло бы у него и не развиться.

Навязчивый невроз здесь возник на почве тяжелых противоречивых переживаний больного, справиться с которыми он сам не смог. Нараставшее беспокойство с застреванием на этих переживаниях привело к образованию инертного застойного пункта, навязчивости.

Особенностью характера, способствующего возникновению неврастения, зачастую является более или менее выраженное стремление к чрезмерным, превышающим возможности нервной



системы, усилиям в преодолении сложных задач в труде или в быту. Такой характер формируется с раннего возраста в тех случаях, когда родители или школа развивают в детях нездоровое стремление к успеху без учета их сил и возможностей и без заботы о привитии им живого интереса к труду и знаниям. При этом часто односторонне переоценивается значение умственной деятельности и принижается значение физического труда, сочетание которых является условием гармонического развития личности. Во многих случаях не прирожденные свойства нервной системы, а неправильное воспитание и неправильный режим труда и отдыха являются причиной приобретенной нервной слабости и неуравновешенности нервных процессов, считающихся основой неврастения.

Больной Ш., 32 лет, поступил в клинику неврозов с типичными для неврастения жалобами на головную боль, повышенную раздражительность, бессоницу, слабость и быстро наступающую утомляемость. Он развивался в интеллигентной семье, где было трое детей. Родители проявляли о них большую заботу, стремились дать им высшее образование. Требуя особенно старательного выполнения школьных заданий, они прививали детям взгляд на знания лишь как на средство личного успеха в жизни, внушали, что лишь образование обеспечит в будущем «чистую» работу и уважение. В результате у детей развилось честолюбие, погоня за хорошими отметками, отсутствие содержательных жизненных интересов. Эти черты особенно сильно проявились у больного, так как главным образом ему, как старшему, внушались родительские взгляды. Мальчик подолгу просиживал над домашними заданиями, недосыпал, мало находился на воздухе. Еще в школьные годы у него стала обнаруживаться повышенная раздражительность. В вузе из-за развившейся неврастения ему было трудно учиться, но все же он его окончил и затем стал работать на заводе инженером в цехе. Работал неровно, но настойчиво, переутомлялся. Вместе с тем стремился к выше оплачиваемой работе. Когда ему предложили должность начальника другого цеха, он из тщеславия и материальных соображений согласился ее занять, хотя эта работа была не по его специальности и совсем не интересовала его. К выполнению своих обязанностей относился ответственно, не хотел «ударить лицом в грязь». Стал еще больше работать, задерживался допоздна в цехе, нерегулярно питался, однако к существу работы относился без интереса. Вскоре состояние его стало ухудшаться, обнаружилась особенно резкая утомляемость и раздражительность. Появились головные боли и бессонница. Вместе с тем, резко снизилась продуктивность, что стали замечать окружающие. Постепенно совсем обессилел и вынужден был обратиться за помощью к врачам.

Из этого примера видно, что нервный срыв у больного подготавливался всей историей его развития и обнаружился в резкой форме тогда, когда он взялся за большую работу без интереса к ней. Совершенно очевидно, что переутомление в этих условиях явилось не основной причиной неврастения, а следствием воспитанных у больного неправильных жизненных отношений и несоблюдения нормального режима труда и отдыха.

Можно подчеркнуть некоторые общие особенности описанных наблюдений, при всем их различии.

Обращают внимание черты индивидуализма больных, их чрезмерная замкнутость в личном мире, оторванность от



коллектива и общественной жизни. На их психику наложили явственный отпечаток пережитки прошлого, неблагоприятного в детстве, особенности личности, которые с детских лет сформировались неправильным воспитанием, бытом, культурой прошлого и еще не перестроились в новых условиях.

Больные страдают не от болезни тела и вместе с тем не от психической болезни — психоза. Их страдание, их болезнь — продукт нарушенных отношений с окружающей их действительностью, прежде всего — с людьми. Не только их взаимоотношения с окружающими нарушены, но в отличие от других заболеваний именно эти нарушенные отношения являются источником их болезненного психического состояния и даже вторичных соматических изменений.

**К вопросу о психогенезе в учении Фрейда.** Наш опыт, как явствует из сказанного, не подтверждает фактов вытеснения, как оно представлено Фрейдом. Случаев подлинного вытеснения, когда у человека из его сознания как бы вытесняется, выпадает или им забывается что-либо тягостное, на большом материале наблюдений, строго говоря, нам почти не встречалось. Однако, несомненно, существует группа явлений, которую можно было бы назвать как бы «вытеснением», но не во фрейдовском смысле. В таких случаях человек не говорит того, в чем стыдится признаться, что для него тягостно, он сознательно гонит от себя неприятные мысли и пытается отвлечься от них, забыть их, и при этом иногда с успехом. В психоанализе концепция «вытеснения» выступает как искусственный продукт метода исследования.

Во многих случаях так называемое бессознательное — это неосознанное, непонятое самим больным. Оно может быть представлено в мыслях и действиях всякого человека, в том числе и здорового. Нужен систематический, упорный, вдумчивый анализ для того, чтобы осознать реальные, а не фантастические пути возникновения множества наших мнений, оценок, реакций. В работе не только с больными, но и со здоровыми людьми мы видим как несвязанное, непонятое, неосознанное начинает связываться, пониматься и осознаваться. У всех приведенных больных в процессе психотерапии начинает организовываться и перестраиваться их понимание болезни, они начинают осознавать истинное значение их болезненных реакций, мыслей, переживаний и чувств, а также задач и путей лечения.

Конверсия, по неправильному представлению Фрейда, представляет выражение соматическими симптомами психического конфликта, в основе которого будто бы лежат или символизация, или «соматическая встречаемость», т. е. склонность органа к патологической реакции. Факт предуготованности, местной предрасположенности или недостаточности той или иной системы органов многократно подчеркивался, и при этом неправильно переоценивался в психоанализе, но механизм его не разъяснен. Здесь



мало психологического анализа, но нужен невро-физиологический и генетический анализ.

К тому, что нами (В. Н. Мясищев) писалось в других работах о патогенезе висцеральных нарушений, добавим здесь лишь несколько существенных моментов:

1) первный путь от сложной психической деятельности до функций соматического органа многоэтажен, и источник нарушения функции может находиться на разных уровнях — корковом, подкорковом, спинальном и в самом органе; 2) для правильного объяснения невроза необходимо учитывать предшествующую функциональную дезорганизацию системы внутреннего органа — желудочно-кишечной, сердечно-сосудистой, половой или другой; 3) чрезвычайно важно принимать во внимание совсем не отмечавшееся раньше состояние функциональной активности органа, например, сердца в условиях психотравмирующей ситуации. Наконец, возможна комбинация перечисленных факторов.

В патогенезе и проявлениях неврозов и психических болезней психоанализ подчеркивает роль символического.

Огромное значение символики в человеческой жизни, выраженное в деятельности и в психической болезни, достаточно известно, однако в основу трактовки символики психоанализом был в значительной мере положен метод аналогии, познавательные возможности и границы которого не были достаточно критически оценены и ограничены.

Подчеркнутое психоанализом значение паралогических форм поведения, архаических и иррациональных элементов мышления, выдвинутых в противовес логическому мышлению в силу особенности клинического материала, вследствие чрезмерного сосредоточения на расшифровке символики и, наконец, в силу полемики, психоанализ переоценил. Символика и принцип желания, несомненно, играют роль в мышлении, но они выступают как выражение тенденциозного, нарушенного и сниженного механизма мышления, а в ряде психических заболеваний за символику принимается то, что не имеет к ней никакого отношения.

Для психоанализа Фрейда основным содержанием символики является сексуальность. Построив сексуальную теорию неврозов, он пытался укрепить ее сексуальным символотолкованием. Это зависело от ряда причин. Прежде всего от условности толкования по аналогии, которая всегда подчинена стремлению пайти в толкуемом то, что ожидается. Затем это объясняется в известной мере тем, что сексуальное, как область скрытого, должно было скорее облекаться в символическую зашифровку и, кроме того, тем, что в условиях буржуазного общества у представителей господствующего класса, бывших пациентами Фрейда,



сексуальность была особенно часто источником психических травм и психогенных нарушений.

В приведенных описаниях больных некоторые симптомы фрейдистами были бы истолкованы как сексуально-символические, но только на основе незаконного расширения этого понятия и игнорировании других факторов. Метод анализа символов является методом вспомогательным, а не доказательным, как его пытаются представить психоаналитики.

Основной патогенной силой психогении, по Фрейд, явилась сексуальность и сексуальный конфликт. В эту сторону направилась критика с момента возникновения этой концепции. Соглашаясь с критикой гипертрофии и незаконной универсализации понятия и значения сексуальности, оттеним здесь несколько моментов. Сексуальность в обычном смысле скоро была заменена Фрейдом понятием *libido* или эроса, желания, наслаждения, любви. Это было не просто уступкой критике, но и поправкой на основе профессионального опыта. Однако упорное предпочтение сексуально-эротической терминологии, терминологии удовольствия, желания выдавало скрытый корень психоанализа: сексуально-половое осталось центром и стержнем понимания болезненных симптомов.

На последнем этапе развития своей концепции Фрейд пришел к утверждению, что наиболее сильным влечением является влечение к смерти. Существенно, однако, не само по себе это, совершенно не подтвержденное опытом, положение, а его мистико-пессимистический смысл, который гармонирует с упадочническим миропониманием эпохи капитализма и его упадка.

**Дополнительные замечания о психотерапии при неврозах.** Нередко в картину и в развитие невроза входит депрессивное состояние, утрата веры в людей, в идеи, в будущее. Здесь особенно важно не только выяснение патогенеза заболевания, но и терпеливое ободряющее переубеждение, раскрытие перед больным новых перспектив, перестройка его отношения к создавшейся ситуации и пр.

Больные, длительно страдающие психогенными заболеваниями, нуждаются в известной мере в перевоспитании, в первую очередь в повышении возможности саморегуляции. Взамен агрессивности и недоверия к людям необходимо сформировать доверие и дружелюбное отношение, устранить мнительность, смягчить и преодолеть эгоцентризм и укрепить установки на коллектив. Врач выступает при этом до известной степени как воспитатель, в соответствующих случаях, в пределах своей компетенции, — как учитель жизни.

Здесь нет возможности останавливаться на многих других вариантах психотерапевтических методик, более или менее ценных. Скажем лишь, что современная научно обоснованная пси-



хотерапия обладает рядом хорошо разработанных методик, которыми должен владеть врач-психотерапевт и применять их в зависимости от состояния больного.

Из изложенного видно, что в процессе психотерапии важнейшее значение имеет осознание больным природы и причин его заболевания, успокоение и ободрение его, восстановление у него надежды на выздоровление, формирование новых жизненных целей, укрепление и развитие самоконтроля, самообладания и саморегуляции, разрешение внутренних конфликтов, перестройка неправильного отношения к себе и к окружающим. Больной может быть агрессивным, недоверчивым, скрытным. Часто это бывает тогда, когда процесс лечения осложняется побочными моментами, например, расчетом больного на льготы и преимущества, которые врач не считает обоснованными. Врачу в этих случаях приходится не только ободрять и утешать, но и критиковать больного, хотя это может вызвать временную агрессивность и даже иной раз уход больного от врача.

Естественно, возникает вопрос о психотерапии психозов. Чем отчетливее выражен психогенный характер заболевания, тем эффективнее психотерапия. К таким формам относится психогенная депрессия.

Однако длительные психотические состояния или вызванные ими значительные изменения характера (параной, сутяжный бред) при психогенном происхождении их мало поддаются психотерапии. Успех психотерапии шизофрении, вероятно, имеет место там, где особенно велико значение психогении и где велико искусство и настойчивость врача.

**Психотерапия при соматических заболеваниях.** Все сказанное о психологических основах психотерапии относится не только к лечению нервных и психических заболеваний, но и к лечению телесных или соматических заболеваний.

Из опыта терапевтов известно, какое мощное влияние на течение болезни оказывают бодрость, жизнерадостность и надежда больного на выздоровление. Использовать этот мощный фактор должен уметь всякий врач. А для этого надо уметь разбираться в особенностях как организма, так и личности больного, знать его сильные и слабые стороны, учитывать способности больного к правильной оценке болезни и ситуации и т. п.

Тяжелое состояние организма может являться и часто является тяжким психотравмирующим фактором, весьма усугубляющим течение основной болезни. Включение психотерапии в систему лечения в таких случаях весьма важно.

Существуют еще неизлечимые болезни. С ними встречаются врачи всякой специальности. Больной может знать, что его болезнь неизлечима. Отчаяние от сознания этого может ухудшить течение болезни и самочувствие больного. Известно,



что, отчаявшись, потеряв надежду на излечение, некоторые психически неустойчивые больные кончают жизнь самоубийством.

Достаточно представить себе положение больного, потерявшего одну руку, если его профессия требует двух рук, чтобы понять, что такими больными может овладеть отчаяние. Врачу-офтальмологу при слепоте больного, хирургу после ампутации как будто нечего делать с больным. Такая позиция чужда советскому врачу. В случаях возникновения необратимого дефекта

врач обязан оказать психотерапевтическую помощь больному, помочь ему, приблизить его к менее пессимистической оценке своего состояния, помочь активно противостоять возникшим перед ним трудностям.

Некоторые формы заболеваний приводят больного к смерти. Больной может сознавать это. Нужно ли ему помочь, облегчить его страдания? Не звать же для этого специалиста-психотерапевта в качестве утешителя. Нет, это обязан уметь делать каждый врач, независимо от его специальности.

По мере преодоления отчаяния больного возник-

кает задача компенсации дефекта и реабилитации, т. е. приспособления больного к труду и жизни. Пластичность человеческого мозга в этом отношении обнаруживает чудеса. Опыт Великой Отечественной войны, в частности опыт психологов, учит нас, что даже тяжелейшие поражения не исключают возможности замечательного приспособления.

«Повесть о настоящем человеке» Б. Полевого — лишь один из убедительных и поучительных примеров этого. Эта повесть убедительно показывает, как необходимы человеку в таких случаях оптимизм, бодрость и настойчивость. На примере Павла Корчагина (Н. Островский, «Как закалялась сталь») мы видим, что и этот железный человек в какой-то один момент не выдержал трудности своего положения и был на волосок от самоубийства. Герои обеих повестей без врача справились с поразившим их несчастьем.

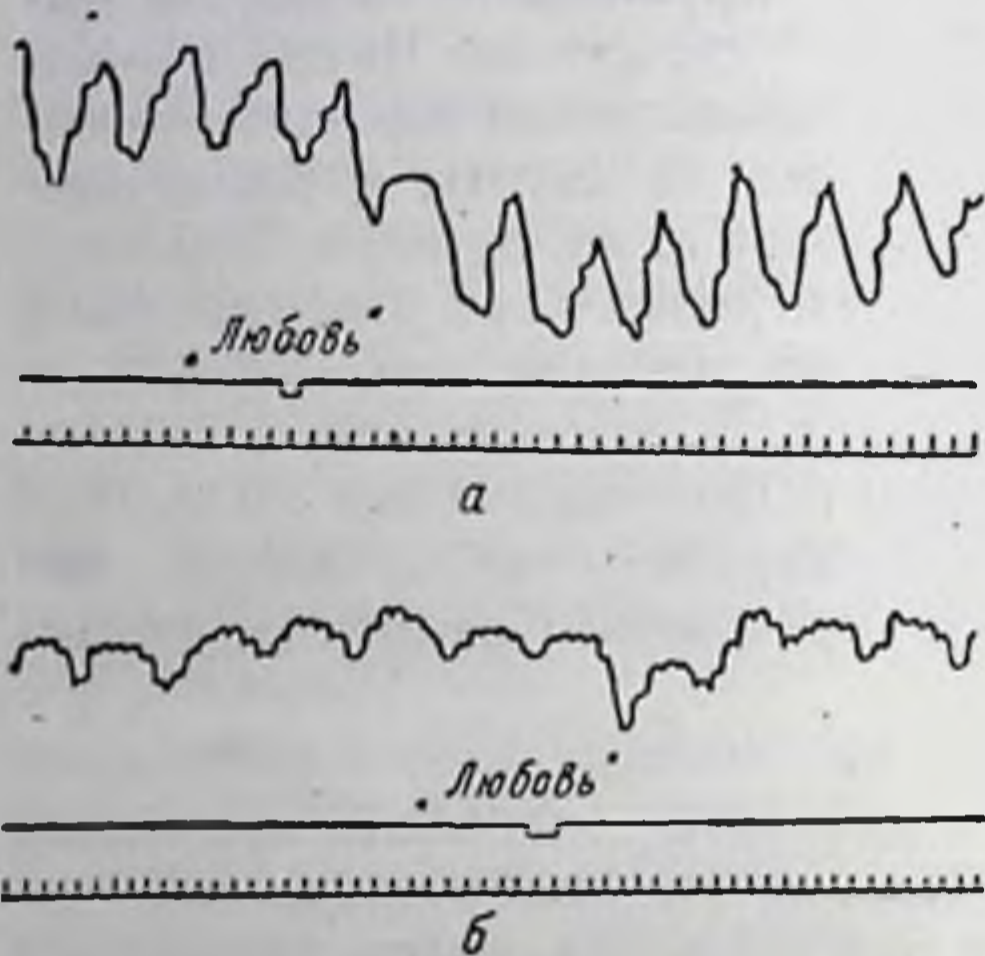


Рис. 22. Изменения в плетизмограмме больной А. в ответ на патогенное слово.

а — выраженная реакция в плетизмограмме на патогенное слово («Любовь») до психотерапии; б — слабовыраженная реакция после психотерапии.



Но может ли, имеет ли право врач равнодушно сказать: «Вот и должны сами справляться»? Нет, он обязан не только поддерживать больного в минуту колебания, он должен упорно работать над восстановлением у больного воли к жизни. Это прямая обязанность врача любой специальности.

Большую трудность в лечении больных представляет сочетание невроза и соматического заболевания, которые, взаимно усиливая друг друга, затрудняют лечение. Часто терапевт направляет больного к невропатологу или психиатру, а невропатолог — к терапевту. Врач любой специальности, к которому обратился больной, должен быть психотерапевтически грамотным, психотерапевтически активным и инициативным. Конечно, основное лечение следует проводить у соответствующего специалиста. «Перебрасывание» больного от одного специалиста к другому без подлинной необходимости нежелательно.

Нужно подчеркнуть еще раз необходимость для врача быть психотерапевтически активным и инициативным. Конечно, в высшей степени важным является такое качество, как терпеливость и оптимистическая настойчивость врача, основанная на гуманности и любви к больному и на неутомимом стремлении врача помочь ему.

**Научное значение психотерапии.** Следует отметить большое научное значение психотерапии. В процессе психотерапии представляется возможным наиболее полно и убедительно изучать вопросы психогении. Существует ряд методов объективации эффекта психотерапии. Например, приводимые на рис. 22 кривые (из работы В. К. Мягер) показывают ослабление у больной после психотерапии реактивных изменений в плетизмограмме в ответ на патогенное слово «любовь».

Используя методику аутогенной тренировки, можно вызывать повышение температуры кожи или быстро проходящие нарушения схемы тела, обычно рассматриваемые как выражение органического заболевания головного мозга. При этом можно отчетливо установить связь этих явлений с личностью больного и состоянием его здоровья, с особенностями его центральной нервной и вегетативной систем, с особенностями восприятия и внушения и степени и особенности самовнушения. Весьма ценные наблюдения собраны при исследовании гипнотических и постгипнотических состояний. Некоторые авторы отмечают возможность устанавливать в процессе психотерапии относительную тяжесть и устойчивость различных выражений болезни (М. С. Лебединский, Lehmann).

Врач, особенно психотерапевт, не только должен быть предан делу лечения больных, не только быть гуманным, высокоморальным человеком, но он должен знать, понимать и изучать психологию больного. Он должен избегать необоснованного мнения — «В психологии-то я разберусь», а настойчиво, внимательно,



используя литературу и практический опыт, изучать психологию здорового и больного человека.

Психотерапия должна все больше входить в систему лечения, взаимодействуя с другими методами в целях скорейшего и более успешного излечения, в целях трудовой реадaptации больного, в целях повышения уровня компенсации, улучшения самочувствия больного, облегчения его страданий.

Важной задачей является, наряду с расширением психотерапевтической помощи, непрерывное повышение ее качества.

Высококвалифицированная врачебная помощь повышает авторитет врача в глазах больного. Совершенное владение своей специальностью вызывает у больных чувство глубокого уважения к врачу, что создает благоприятную почву для проведения психотерапии.

Выдающиеся деятели отечественной медицины — С. П. Боткин, В. М. Бехтерев, В. П. Осипов и другие, в совершенстве владея своей профессией, пользовались огромным авторитетом и широко применяли психологическое воздействие на больных с лечебной целью.



## ПСИХОЛОГИЯ И ФАРМАКОЛОГИЯ

**Общие вопросы.** В последнее время связь психологии и фармакологии нашла выражение в термине психофармакология. Этим термином обозначают раздел фармакологии, изучающий вещества, действующие особо отчетливо на психику человека, механизм их действия на нервную систему и через нее на психику. Очевидно, что в некотором направлении эту проблему можно рассматривать и как часть медицинской психологии, изучающей связь соматики и психики.

Прежде чем стать предметом научного исследования, различные вещества с незапамятных времен применялись с целью изменения психического состояния. Широкое употребление имеют до сих пор алкоголь, опий, гашиш. Американские индейцы применяли листья растения кока, при употреблении которых они чувствовали бодрость, возбуждение и безболезненно переносили раны. Древнеримские воины натирали тело листьями красавки (белладонна), вызывавшей у них ярость в бою. Кофе и чай применяются как средства ободряющие, освежающие. По бодрящему, повышающему работоспособность действию им близки орехи растения кола. Алкоголь применялся в форме разнообразных напитков как средство, улучшающее настроение и якобы повышающее работоспособность. Гашиш или индийская конопля применялся внутрь или как курение для вызывания грезоподобного состояния. Мак, содержащий опий, первоначально применялся внутрь или в виде курения для достижения такого же блаженного состояния, устранения боли и бессонницы. Мечта о веществах, благоприятно влияющих на психику и вызывающих блаженное состояние, отразилась в древней мифологии представлениями о пище и напитках богов — амброзии и нектаре.

Давно было замечено, что длительное употребление ряда преимущественно наркотических веществ вызывает пристрастие



к ним (наркомании, алкоголизм), которое влечет за собой пагубные последствия, так как эти вещества не только вызывают то состояние, которого хотел достигнуть человек в данный момент, но постепенно оказывают вредоносное действие на организм и психику. Злоупотребление ими обуславливает неудержимое тяготение к этим веществам в нарастающих количествах, что, в свою очередь, приводит к тяжелым психическим расстройствам и к разрушению всего организма, как это наблюдается при различных видах наркомании.

Но вместе с тем народная и научная медицина давно использовала ряд веществ в качестве симптоматических средств, положительно влияющих на психику, для устранения отдельных болезненных нервно-психических нарушений.

**Лечебные психофармакологические вещества.** Наркотическое действие ряда веществ нашло приложение в хирургической практике — в наркозе. Наркоз по-гречески значит сон. Но вызываемое наркотическими веществами состояние медикаментозного сна столь глубоко, что допускает сложное и длительное хирургическое вмешательство (хлороформный, эфирный и другие виды наркоза).

Наряду с наркотическим изучался и использовался местный анестетический эффект. Давно известно обезболивающее действие добываемого из головок мака опия и его основной составной части — морфина. Этим веществам свойственно вызывать эйфорическое, грезоподобное состояние, утрату активности, утрату болевой чувствительности у лица, их принимающего.

С конца XIX в. было установлено замечательное анестезирующее действие добываемого из листьев растения кока — кокаина и близких ему веществ. Но в XX в. кокаин был вытеснен синтетическим препаратом новокаином, совершенно иной химической структуры.

Для борьбы с распространенным болезненным нарушением сна в форме бессонницы, помимо ранее известных веществ наркотического ряда (хлоралгидрат, паральдегид и др.) и препаратов опия (морфин, кодеин, дионин, пантопон, представляющих экстракт алкалоидов, входящих в состав опия), получили широкое распространение производные барбитуровой кислоты — барбитураты (люминал, веронал, нембутал, мединал, амитал-натрий и др.).

Стали также применять группу веществ, стимулирующих нервную систему. Сюда относится упомянутый препарат кола, а также кофеин, получаемый из листьев чая и зерен кофе, а в настоящее время синтетическим путем, стрихнин, жень-шень, пантокрин и т. п. Наиболее яркое стимулирующее действие принадлежит амфетамину, фенамину, иначе бензедрину.

И. П. Павлов показал, что кофеин усиливает раздражительный процесс и улучшает, таким образом, работоспособность экс-



периментального животного. Экспериментальные исследования Крепелина в начале XX в. показали, что кофеин повышает умственную работоспособность и снимает в какой-то мере, временно, утомление. При приеме фенамина на некоторое время снижается утомляемость, уменьшается потребность в сне, повышается бодрость, положительный эмоциональный тонус.

В последнее время появился ряд веществ, которые были названы успокоителями (транквилизаторы). Эти вещества снижают возбудимость центральной нервной системы, а также снижают тонус вегетативной нервной системы, они в известной степени вызывают сонливость и усиливают действие снотворных, но основное их действие заключается в ликвидации психического возбуждения. Сюда в первую очередь относятся производные фенотиазинового ряда — ларгактил, иначе аминазин, или хлорпромазин, и др. Их понижающее возбудимость действие связано с процессом торможения гликолиза, окисления и фосфорилирования и блокадой различных центральных и периферических адренорецепторов. Аминазин вызывает снижение мышечного тонуса и подвижности, угнетает дыхание, тормозит деятельность симпатического отдела вегетативной нервной системы, ослабляет эмоциональную реакцию и функцию анализаторов. В меньших дозах он более отчетливо тормозит оборонительные рефлексы (П. К. Анохин), что подтверждено и электроэнцефалографическими данными (В. А. Гавличенко), а в более значительных дозах тормозит и пищевые и оборонительные рефлексы (Е. Л. Щелкунов).

Вещество иного химического состава — резерпин оказывает очень близкое аминазину действие, прежде всего устраняет возбуждение и понижает кровяное давление.

Успокоители мало влияют на интеллектуальные процессы, они непосредственно не влияют на бред и галлюцинации, хотя, оказывая успокоительное действие, могут положительно сказаться и в смысле устранения бредовых идей. Характерно, что, оказывая успокаивающее действие, транквилизаторы почти не отражаются на таких эмоциональных состояниях, как депрессия и страх.

Совсем недавно психо-фармакологический арсенал обогатился антидепрессантами — средствами, устраняющими депрессивное состояние. Антидепрессанты действуют положительно при эндогенной, т. е. вызванной внутренними невросоматическими условиями, депрессии, при психогенной депрессии они мало эффективны. У здоровых людей они вызывают угнетение, безразличие, затруднения в сложной психической деятельности.

Вещества, устраняющие депрессию, представлены двумя группами: с одной стороны, это группа так называемых ингибиторов фермента моноаминоксидазы, с другой стороны — это вещества типа имипрамина, иначе — тофранила.



Замечательный эффект успокоителей и антидепрессантов произвел целую революцию в психиатрической практике, привел по существу к ликвидации в психиатрических больницах отделений для возбужденных больных.

Заслуживает внимания то, что антидепрессанты успешно используются при ряде соматических заболеваний, связанных с изменениями в состоянии психики, например, при интеллектуальной и эмоциональной заторможенности. Этого рода клинические факты также показывают тесную связь состояния центральной нервной системы и психики с общим состоянием организма, с биохимическими, в первую очередь, изменениями в организме.

**Психотомиметические средства.** Так называемые *психотомиметические* препараты вызывают психотическое состояние. В больших дозах ряд медикаментозных средств дает подобный эффект. Так, например, известны акрихиновые психозы. М. А. Гольденберг, отравляя животных акрихином, атропином и другими веществами, вызывал у них нарушения поведения, внешне сходные с психотическими состояниями людей. Эти клинические и экспериментальные факты говорят о роли химических факторов в развитии патологических изменений психики.

Давно известно, что кокаин, морфин и гашиш вызывают патологическое состояние психики, но это состояние еще более отчетливо вызывается некоторыми, сравнительно недавно экспериментально изученными, веществами. Из них наибольшее внимание привлек давно известный препарат мескалин и недавно изученный диэтиламид лизергиновой кислоты (LSD<sub>25</sub>, или ДЛК). Эти вещества, обладающие способностью вызывать яркие галлюцинации, названы *галлюциногенами*. Для их действия типичны яркие обильные динамичные, преимущественно зрительные галлюцинации, психосенсорные расстройства (деперсонализация и дереализация), иногда нарушение переживания времени, затруднение сосредоточения и мышления, что иногда сопровождается бредовыми идеями. Следует отметить, что обманы чувств, возникающие при действии этих веществ, обычно осознаются человеком как обманы.

**Неспецифические средства при лечении психических нарушений.** Фармакология все более и более сближается с общей биологией и с биохимией. В плане биологическом нужно указать на действие веществ, не отличающихся специфическим влиянием на психику. Примером этого служит пенициллин, применяемый в противомикробной практике. Этот антибиотик, в частности, сменил малярийный плазмодий, в качестве средства лечения грозной психической болезни — прогрессивного паралича.

В данном случае восстановление психического здоровья является пассивным следствием уничтожения спирохеты. Подобный широкий аспект биологического действия лекарственных веществ нельзя упускать и в плане медицинской психологии,



так как здесь речь идет о воздействии на организм для получения необходимых психических эффектов через посредство биохимических изменений.

**Лечение нарушений обмена и психика.** В том же аспекте заслуживает рассмотрения внутренняя биологическая обусловленность состояния психики в связи с обменом веществ в организме и его нарушением, вызывающим аутоинтоксикацию. Изменение водного, солевого, щелочно-кислотного, минерального, углеводного, белкового и жирового обмена сопровождается изменениями и нарушениями психики. Избыточное содержание мочевой кислоты в организме, нарушение содержания аминокислот, повышение или снижение сахара в крови, изменение мозговых липоидов и нуклеопротеидов изменяет мозговую и психическую динамику. Так, задержка мочевой кислоты в крови сопровождается состоянием апатии, спутанности сознания, комой. Внутривенное введение физиологического раствора, содействующее уменьшению концентрации и выделению мочевой кислоты с мочой, ликвидирует азотэмию и возвращает сознание, т. е. оказывает терапевтическое влияние на нервно-психические процессы.

В клинике известны случаи так называемой спонтанной гипогликемии, представляющей падение содержания сахара в крови в связи с эпизодическим повышением секреции инсулина островками Лангерганса. В состоянии гипогликемии больной страдает приступами слабости, сонливости, вплоть до коматозного состояния, которые устраняются своевременным внутривенным введением глюкозы или даже приемом внутрь сахара. Примечательно, что приступы гипогликемии с сопутствующими им расстройствами сознания используются для борьбы с заболеванием другого порядка, пожалуй, столь же тяжелым, как прогрессивный паралич, — шизофренией. После инсулиновых шоков состояние больных в ряде случаев значительно улучшалось. Можно отметить при этом, что между потерей сознания при гипогликемии и степенью изменения содержания инсулина в крови не существует полного параллелизма. В зависимости от индивидуальных врожденных и приобретенных после рождения особенностей мозга больные различно реагируют на снижение содержания сахара в крови. Связь психики с состоянием эндокринной системы выявляется и в ряде других случаев.

Хорошо известно значение щитовидной железы для психической деятельности и механизм ее действия через внутреннюю секрецию тироксина, содействующего повышению нервно-психической активности. Известно действие недостаточности функции околотитовидной железы или ее патологического повышения, приводящее в первом случае к повышению возбуждения вплоть до тетанических судорог, во втором случае — к состоянию вялости и слабости.



Очень важную область эндокринологии представляет деятельность надпочечной железы, хромоаффинное вещество которой является главным источником образования катехоламинов, играющих огромную роль в динамике нервной деятельности, в тонизации психики и повышении работоспособности.

Половые гормоны, помимо полового влечения, имеют большое значение для психического и эмоционального тонуса.

Сравнительно недавно обогатились наши представления о роли придатка мозга — гипофиза. Исследования Selye особенно убедительно показали связь гипофиза с гипоталамусом и надпочечниками, они явились и основой обогащения наших представлений о функции гипофиза и основой разработки новых средств терапевтического подхода, хотя сама теория Selye справедливо встретила ряд критических замечаний, о которых было сказано выше. Но независимо от этой теории, многочисленные факты, собранные и ранее, подтверждают огромную роль гипофиза в общем биохимическом и психодинамическом балансе организма и позволяют считать правильной формулу Cushing, назвавшего мозговой придаток эндокринным мозгом.

Отмечая связь между психикой и внутренней секрецией, следует иметь в виду, что сама эндокринная динамика, участвующая в процессах нервно-психической деятельности, зависит от регулирующей деятельности нервной системы и психики. В этом плане укажем лишь на зависимость, например, возникновения сахарной и базедовой (гипертиреоза) болезни, а также других эндокринных заболеваний от психического перенапряжения или потрясения. Отсюда вытекают и важные положения для терапии. Положительное влияние лечения на эндокринную систему обеспечивает положительное действие на нарушенную психику, с другой стороны, эффективная терапия нервно-психической сферы может положительно влиять на эндокринную систему.

Выше отмечалось, что в осуществлении регуляции эндокринной динамики огромную роль играет вегетативная нервная система с ее двумя основными компонентами: симпатическим и парасимпатическим или вагусным. К этому следует сделать несколько дополнительных замечаний.

Существенным следствием повышения ферментативной способности мозга к синтезу ацетилхолина является глутаминовая кислота (Nachmanson, 1942). Значение глутаминовой кислоты и, очевидно, ее роль в ферментной ацетилхолиновой динамике в терапевтическом плане особенно ярко видны из опыта лечения ею одной из форм олигофрении, связанной с пировиноградной недостаточностью, которая вызывается нарушением фениламинного обмена. Психическое состояние при этом значительно улучшается под влиянием глутаминовой кислоты.

Процесс нервного возбуждения и характер этого возбуждения, характер действия лекарственных веществ, в частности анти-



депрессантов, тесно связан с изменением как общего количества адреналиноподобных веществ, так и с соотношением обоих основных адренергических компонентов. Действие некоторых антидепрессантов, называемых «ингибиторами» моноаминоксидазы, понимается как торможение фермента моноаминоксидазы, которая является раздражителем адренергического вещества.

В последнее время установлена роль в динамике мозговой деятельности серотонина, вещества, по своей химической структуре очень близкого к адреналину. Однако эти исследования находятся еще на первой фазе.

Давно отмечалось значение для психического состояния соотношения корковой и подкорковой части головного мозга. Была сделана попытка делить невротропные вещества на корковые и подкорковые (Pick), но это имеет гораздо меньше оснований, чем деление вещества на влияющие на содержание адреналина и ацетилхолина в корковой и, главным образом, в подкорковой части мозга.

В последнее время благодаря успехам электрофизиологии, развитию техники исследования, с помощью вживления электродов и записи биотоков головного мозга удалось подойти к выяснению вопроса о преобладающем содержании тех или иных влияющих на нервную систему веществ, в том или ином участке мозга. Открытая в последнее время огромная роль ретикулярной формации и древнего мозга (палеокортекс) все в большей и большей степени позволяет уточнять наши представления относительно роли биохимических элементов в динамике мозга и связи с психическим состоянием.

Из изложенного видно, что содержание в мозгу фармакологических, биохимических веществ способно влиять на нервную и психическую динамику. С другой стороны, установлено, что изменение эндокринной динамики и соответственное изменение биохимического состава крови зависит от психических состояний. Отсюда и вытекают для вопроса о действии лекарственных веществ два плана рассмотрения. Один план — это зависимость психики от химических веществ. В аспекте лечебном можно назвать это фармако-психологией. Другой план определяется зависимостью биохимической динамики от психических состояний. Изучение этой зависимости открывает новые перспективы для уточнения вопросов фармакологического воздействия. Этот план правильно было бы назвать психофармакологией.

**Воздействие психики на эффект фармакотерапии.** Ряд экспериментов и клинических фактов говорит в пользу зависимости действия лекарственного вещества от психического состояния субъекта. В лабораторных опытах школы И. П. Павлова можно найти ряд очень ценных в этом плане данных. Классическими в этом отношении являются опыты его сотрудника В. А. Крылова на собаках, которым вводился морфин.



Собака, поставленная в станок, под влиянием морфина погружалась в сон. После ряда сеансов с впрыскиванием морфина собака начинала засыпать, когда в той же обстановке ей впрыскивали физиологический раствор; затем она начинала засыпать только от укола иглы шприца в этой же обстановке, и, наконец, один вид шприца с иглой, одно помещение в станок начинало вызывать у нее засыпание. Это понимается как образование условного рефлекса на все элементы обстановки, связанные с введением безусловно действующего фармакологического вещества — морфина. Таким образом, после ряда сеансов одна обстановка стала условным раздражителем, вызывавшим такое же действие как морфин.

Опыты в гипнозе, когда больному давалась индифферентная жидкость, а внушалось, что дается то или иное лекарственное вещество, эффект действия которого был ему известен, показали, что словесное внушение оказывает то действие, которое должно по представлению больного вызывать даваемое ему вещество. Так, если ему давали воду и говорили, что это раствор кислоты или кислый напиток, то лицо его изменялось, приобретало черты характерной гримасы; если говорилось, что это очень вкусный напиток, то лицо его изменялось, выражая удовлетворение и удовольствие. Повседневный клинический или даже житейский опыт показывает, что внушение врача или даже не медика, но лица, пользующегося доверием и авторитетом у больного, вызывает тот же эффект, который соответствует словам делающего внушение.

Роль веры в лечебное действие не только сказывается лечебным эффектом, но может даже давать повод для ошибок в понимании механизма действия лекарственного вещества.

Недавно хорошо известный французский теоретик и клиницист, психоневролог и неврофизиолог профессор Delay, описывая действие амфетамина, приводит случай «исцеления» больной, страдавшей истерией, от одного внутривенного введения амфетамина. У больной был не поддававшийся лечению в течение пяти лет паралич всех конечностей. Через несколько минут после впрыскивания амфетамина больная начала двигать руками и ногами, вскочила и пошла, разразившись экспансивными благодарностями богу «за спасение». Как известно, исцеление истерии обнаруживалось не только после действия фармакологических веществ, но и после так называемой «святой воды». Поэтому в данном случае собственно амфетамину нельзя приписывать лечебное действие.

Приведенные опыты с животными и многочисленные аналогичные примеры лечебного действия лекарственных веществ, часто не соответствующего обычному действию лекарства, зависят от состояния центральной нервной системы, высшей нервной и психической деятельности. Это заставило ввести в прак-



тику исследования новых лекарственных веществ прием плацебо (плацебо). Плацебо — это контрольное вещество, по внешним свойствам, цвету, запаху, вкусу сходное с действующим. Оказалось, что эффект плацебо сказывается на всех людях. Однако он имеет колебания, которые определяются степенью желания исследуемого или больного и связанной с этим верой или неверием в этот эффект.

Lassagna различает плацебо реакторов и нереакторов, т. е. людей, у которых реакция плацебо велика и может превышать

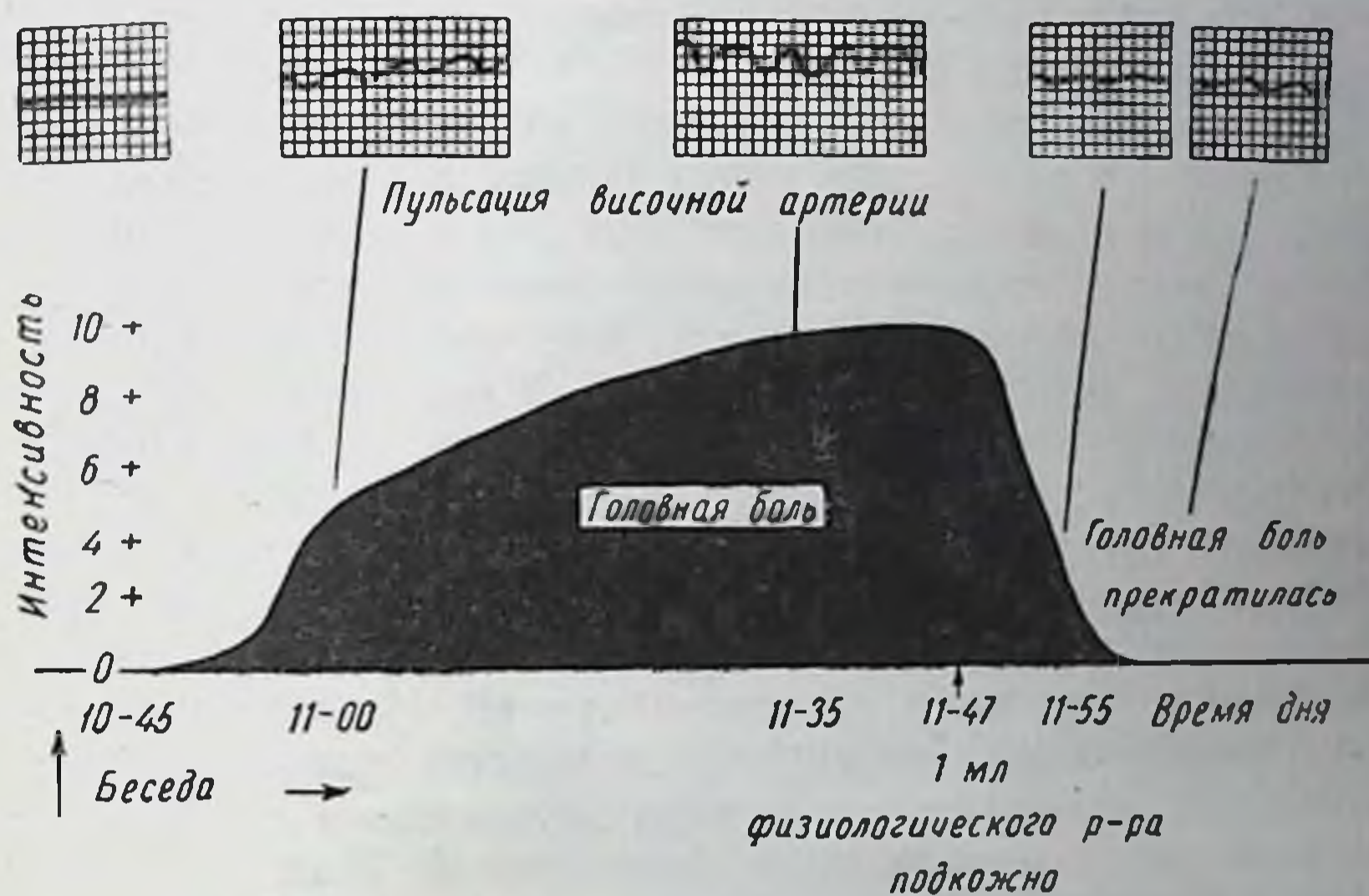


Рис. 23. Вызванная головная боль, прекращенная с помощью плацебо. (По Wolff).

эффект действия подлинного вещества, и людей, у которых плацебо вызывает малую реакцию или даже не вызывает никакой реакции.

Помимо указанного выше эффекта гипнотического внушения, можно указать на ряд клинических данных, при которых плацебо, опирающееся на момент ожидания больного или внушение, вызывает значительный эффект. В работе Wolff приводится один больной, страдавший приступами мигрени, возникающими под влиянием психического напряжения (рис. 23).

У этого больного вызванное неприятной беседой сильное психическое напряжение сопровождалось приступом мигрени. На уровне максимального развития этой мигрени ему было сделано подкожное впрыскивание физиологического раствора, т. е. вещества, которое не должно было бы оказать никакого действия на болезненный симптом. Но вслед за впрыскиванием приступ мигрени исчез чрезвычайно быстро. В этом случае физиологический



раствор сыграл роль плацебо. Наоборот, мы знаем случаи, когда психическое состояние того или иного характера, например, возбуждение, страх, не поддается действию даже самых больших доз активного лекарственного вещества. Так, например, больные, страдающие неврозами, под влиянием тревоги или беспокойства, т.е. той или иной эмоции и направления представлений, не могут заснуть. Лекарственные вещества, которые им даются при этом в больших, чем обычно, дозах, все же не оказывают на них влияния.

Вопрос о влиянии психики на действие фармакологических веществ связан с вопросами о различной степени «влияния» психики на соматические процессы.

Исследования, посвященные вопросу о психологических типах, которые производились еще в начале развития экспериментальной психологии (в лабораториях Wundt, Binet, Lehmann), показали явную зависимость всей вегетативной динамики от психического состояния. Вначале изучалась преимущественно сосудистая и дыхательная динамика. Waller при исследовании психо-гальванического рефлекса по степени величины рефлекса от воображаемого раздражителя разделял людей на два типа: имажинативный, дававший большую реакцию на представление, и реальный, дающий малую реакцию на представление при достаточной реакции на реальный раздражитель.

В проведенных нами исследованиях (В. Н. Мясищев) систематически изучались изменения гальванического рефлекса на реальный раздражитель и на предупреждение, т.е. на условно-словесный раздражитель и на безусловный. Был выявлен ряд типичных соотношений, при которых величины рефлекса оказывались одинаково значительными, или одинаково незначительными, или наоборот, резко расходились. Эти соотношения показаны на рис. 24.

Кривые, изображенные на рис. 24, представляют соединение трех точек. Высота каждой показывает величину гальванического рефлекса, типичную для того или иного психического склада больного или того или иного болезненного состояния. Показана динамика гальванической реакции при трех парах раздражений — троекратном предупреждении об уколе (реакция на представление о боли) и реальном уколе. Кривые отражают 9 вариантов соотношения гальванической реакции на предупреждение об уколе и на реальный укол. В состоянии спокойного приспособления при первой пробе гальваническая реакция значительно больше на реальный укол, чем на предупреждение, а при повторении — величины реакций сближаются. При тревожной мнительности первоначально высоки реакции и на предупреждение и на укол, но повторение опыта влечет за собой снижение величины реакций на укол при превышающей ее реакции на предупреждение. Для опасения, сменяемого успокоением, харак-



терен значительный перевес величины гальванической реакции на первое предупреждение, сближение обеих величин при второй пробе и перевес величины реакции на укол при третьей пробе. В случае психического проторения величина гальванической реакции на представление с каждым повторением нарастает, приближаясь к величине реакции на укол.

Эмоционально-гиперестетическая реакция характеризуется значительной величиной обеих реакций, причем повторение вы-

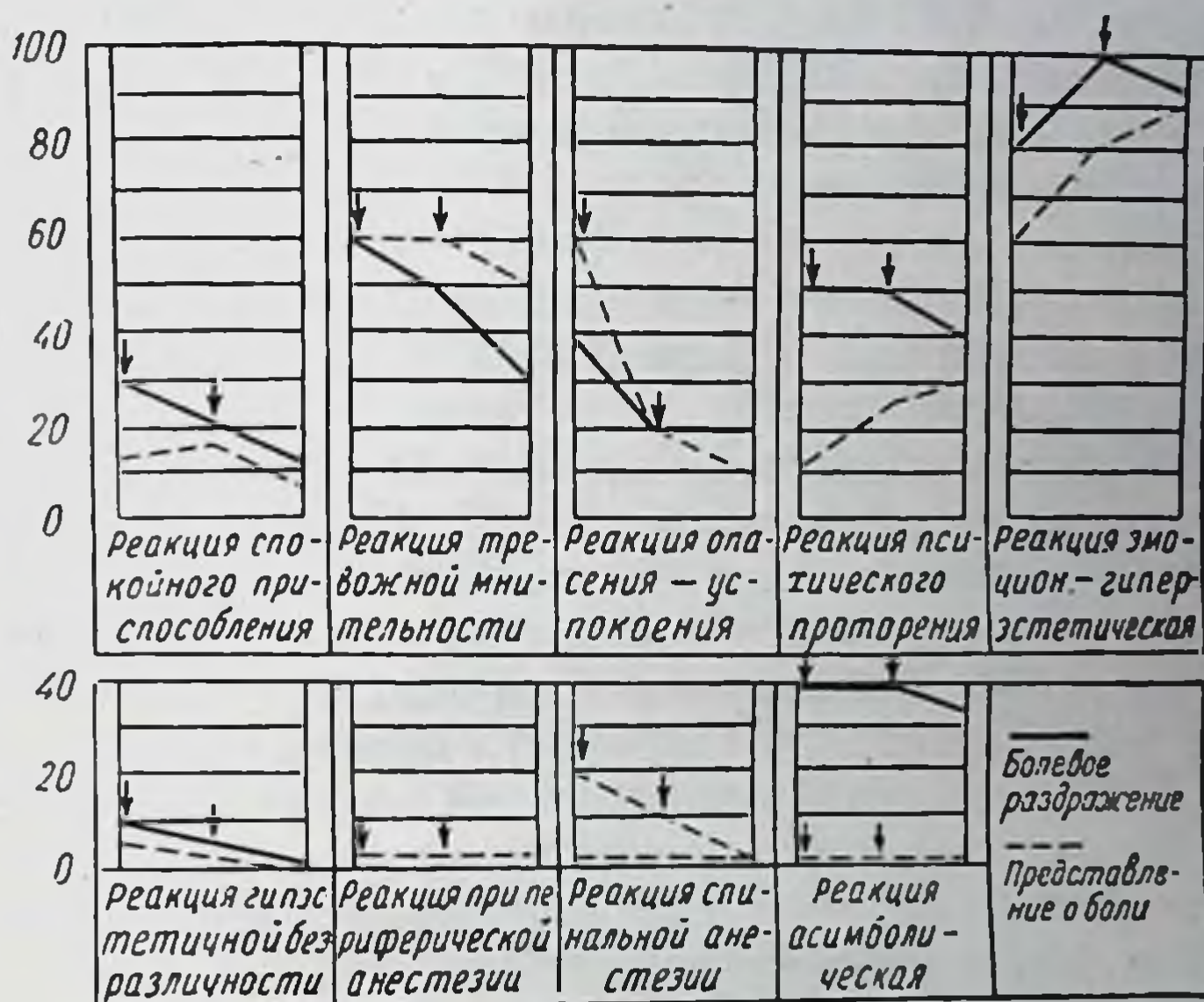


Рис. 24. Типы реакций на болевое раздражение и представление о боли (по гальванометрическим данным). Левая стрелка — момент словесного предупреждения, правая — момент реального воздействия.

зывает нарастание реакции и на предупреждение и на укол, при третьей пробе происходит сближение обеих реакций. Гиперестетическое безразличие характеризуется малой величиной обеих видов реакций, снижающихся при повторении до нуля. При периферической анестезии оба типа реакции отсутствуют. Спинальная анестезия характеризуется отсутствием реакций на укол и снижающейся реакцией при повторении предупреждений. При асимболии или в данном случае сенсорной афазии, не понимая смысла слова, на предупреждение обследуемый не реагирует, а при уколе обнаруживает значительную реакцию.

Не останавливаясь подробно на анализе механизмов описанных реакций, отметим лишь, что такое исследование отчетливо дает возможность выявить различное состояние первой и второй сигнальных систем и особенности их взаимоотношений.



**Наркопсихотерапия.** Проблемы наркопсихотерапии относятся к вопросам фармакотерапии также как и к вопросам психотерапии. В дополнение к методу гипнотерапии была выработана особая техника, которая была названа наркопсихотерапией или наркогипнотерапией. Сущность этого методического приема заключается в том, что в состоянии, вызываемом действием того или иного снотворного вещества (до наступления сна), производится внушение, причем измененное функциональное состояние мозга содействует восприимчивости к внушению. Опыты проводились сперва Schilder с мидиналом (1927), затем эти опыты приобрели большую популярность после работы Grinker и Spiegel, потом повторены и развиты в ряде исследований. В качестве вещества, которое особенно было удобно для достижения нужного переходного состояния между сном и бодрствованием, применяли чаще гексенал или пентотал. В СССР ряд исследований в этом направлении был произведен М. Э. Телешевской, которая осветила результаты опытов не с точки зрения психоанализа, как это делает большинство зарубежных авторов, но с точки зрения теории условных рефлексов И. П. Павлова. Сущность этих опытов заключается в том, что больного приводят в некоторую фазу наркотического состояния, сопровождающуюся эйфорией, при которой обнаруживается повышенная склонность к общению, разговорчивость, склонность делиться своими переживаниями. В этом состоянии повышенной общительности и доверчивого, положительного отношения больного к экспериментатору последний производит внушение, а больной становится особенно податливым лечебному действию.

Наркогипноз или наркопсихотерапия имеет большое теоретическое и практическое значение. Практически благодаря этому методу удавалось в ряде случаев восстановление здоровья больного, часто преодолевалось очень упорное нарушение. В теоретическом плане не только с нейрофизиологической, но и с психологической стороны интересна роль промежуточного между сном и бодрствованием состояния не только в изменении эмоционального тона больных, но и связанного с этим всего его поведения и всей системы его отношения к окружающему. Поскольку гипноз и восприятие внушения тесно связаны, как показывают наши работы и работы В. А. Часова (сотрудник В. Н. Мясищева) с отношением больного к врачу, постольку наркопсихотерапия обеспечивает благоприятные возможности лечебного воздействия.

**Привыкание.** Уже отмечалось, что некоторые вещества вызывают привыкание к ним, могущее перейти в злоупотребление ими. Особенно это относится к наркотикам. Эта болезненная склонность к употреблению наркотиков получила название *наркомании*. При прекращении приема наркотического вещества обнаруживается явление так называемой *абстиненции*, которая



особенно ярко выражена при кокаинизме и морфинизме. Сущность наркомании и явления абстиненции заключаются в том, что привычное введение того или иного вещества меняет обменную биохимическую динамику организма, отражается на ферментативном балансе и создает такие промежуточные вещества, которые при отсутствии наркотика вызывают болезненную картину отравления. Но наряду с этим следует обратить внимание и на другую, психологическую, сторону, которая связана с самим процессом привыкания. Больной, привыкая к наркотику, находит в нем источник успокоения, утешения, восстановления эмоционального тонуса. Когда он лишается этого источника, он страдает не только от биохимического изменения, но и от нарушения тех сложных нервно-психических образований, которые заключаются в потребности опоры в измененном состоянии, в уверенности, вызванной привычным опытом, в том, что впрыскивание магически изменяет, улучшает его состояние и делает его, по выражению многих больных, «человеком». Совершенно ясно, что в процессе отключения или в условиях сокращения приема наркотических веществ этот факт имеет очень большое значение. Отсюда нужно сделать вывод о том, что лечение от наркомании требует учета не только химико-физиологической, в частности условнорефлекторной стороны, но и учета психического состояния больного и всех обстоятельств, могущих снижать или, наоборот, действовать благоприятно, повышать его эмоциональный тонус.

Конкретно можно указать на то, что условнорефлекторная система терапии алкоголизма нередко первоначально приводит к образованию очень ярко выраженного отрицательного условного рефлекса на алкоголь, но не снимает вопроса об уверенности или неуверенности больного, о его расстройствах настроения, не изменяет его перспектив и отношения к жизни, а при условиях, которые в прошлом вызывали возникновение наркомании, она легко может вновь возобновиться. Поэтому лечение наркомании, используя воспитанный отрицательный условнорефлекторный навык, обязательно должно сопровождаться созданием социально-психологической благоприятной обстановки и применением психотерапии, с целью перевоспитания больного и, в частности, укрепления в нем сознательного и критического отношения к злоупотреблению наркотическими веществами.

**Заключительные замечания.** Все изложенное позволяет, во-первых, признать тесную связь между биохимической структурой фармакологического или вообще лекарственного вещества, вводимого в организм, и достигаемым им изменением психического состояния.

Вместе с тем проведенные исследования, находясь еще в начале пути, показывают, что вещества, сходные по их химической структуре, могут давать различный эффект, а вещества,



весьма различные по их биохимической формуле, могут оказывать одинаковый эффект. В самом процессе лечения необходимо подчеркнуть значение циркулярного или точнее спиралевидного соотношения между воздействием химического вещества и воздействием психического фактора. Фармакологическое вещество изменяет нервно-психическое состояние, а нервно-психическое состояние содействует влиянию фармакологического вещества или, наоборот, тормозит его, препятствует его естественному или безусловнорефлекторному действию. Поэтому нужно различать две стороны соотношения психического и фармакологического: 1) психика оказывает влияние на действие фармакологического вещества и 2) фармакологические вещества оказывают действие на психическое состояние. Это имеет не только практическое значение в лечении больных и пользовании тем огромным и могущественным арсеналом, который предлагает современная фармация, но и значение для формирования правильного понимания психодинамики организма.



## ТРУДОВАЯ ТЕРАПИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

**Общие вопросы.** В «Диалектике природы» Ф. Энгельс характеризовал труд как «первое основное условие всей человеческой жизни, и притом в такой степени, что мы в известном смысле должны сказать: труд создал самого человека»<sup>1</sup>. Труд является процессом, специфичным для человека, процессом, развивающим и выражающим его личность. К. Маркс писал о том, что труд есть «...вечное естественное условие человеческой жизни»<sup>2</sup>. Труд принадлежит решающая роль в формировании человека, в развитии личности. В. И. Ленин указывал, что труд есть «...потребность здорового организма»<sup>3</sup>.

Отсутствие труда неизбежно оказывает отрицательное влияние на здоровье, на организм и личность человека. Отсюда понятно, что и возвращение больного к труду в ряде случаев есть важнейшее условие его выздоровления. Это относится к больным как соматическими, так и нервно-психическими заболеваниями, включая и так называемые пограничные состояния.

И. П. Павлов говорил: «при всякой путанице высшей нервной деятельности можно помочь, если правильно применять физическую работу»<sup>4</sup>. Прежде всего нужно иметь в виду различие задач, которые могут и должны ставиться при лечении трудом у разных больных, огромную важность правильного соотношения формы рекомендуемого труда с характером болезненного состояния, с лечебной или реадaptационной целью, с особенностями личности больного, его интересов, его жизненного опыта.

<sup>1</sup> К. Маркс и Ф. Энгельс. Соч., изд. 2-е, т. 20, 1961, стр. 486.

<sup>2</sup> К. Маркс. Капитал. Т. I, 1949, стр. 191.

<sup>3</sup> В. И. Ленин. Полн. собр. соч., изд. 5, т. 40, 1963, стр. 315.

<sup>4</sup> Павловские среды, т. II, 1955, стр. 225.



Теория трудовой терапии неразрывно связана с вопросами медицинской психологии, психофизиологии и физиологии трудовых процессов. Недостаточная еще разработка этих разделов науки задерживает развитие теории и практики трудовой терапии, которая, несмотря на большой исторический опыт ее применения, еще не достигла достаточно высокого развития. Нельзя не заметить, что трудовая терапия развилась в основном в психиатрических учреждениях, где она постепенно переходила от формы занятости трудом к подлинной трудовой терапии и социально-трудовой реадaptации. Именно в этой, второй форме трудовая терапия может и должна включаться в план борьбы и с другими заболеваниями. При этом должно иметь в виду, что покой, как охранительное мероприятие, должен в разных формах сочетаться с тренировкой, укрепляющей различные системы организма и психики, человека в целом, чтобы обеспечить правильное и эффективное развитие компенсации пораженных систем.

Важнейшая особенность трудовой терапии заключается в том, что больной при ее применении, в отличие от лекарственных и физических методов лечения, является не только объектом, но и субъектом лечебного процесса. В этом отношении лечение трудом сближается с правильно построенными психотерапией, культуротерапией, лечебной физической культурой, но не отождествляясь с ними, сохраняя свои особенности. При такой терапии больной является не только психически реагирующим, переживающим и сознающим, но и, сколько возможно, активно, сознательно, осмысленно действующим субъектом.

Лечение трудом рассчитано на то, что больной здесь является не просто действующим, но и переделывающим действительность. Труд преобразует действительность, а этим самым и самого человека.

Труд становится также источником восстановления здоровья, в частности нормализации психических процессов.

Наряду с этим трудовая терапия открывает ценные возможности изучения больного человека. Подлинно научная и соответствующая природе человека психология и физиология должны изучать человека в основной и характерной для него деятельности — в труде.

Следует напомнить о важных высказываниях И. М. Сеченова и И. П. Павлова о значении труда и движений для нервной деятельности человека. Эти положения классиков физиологии не получили еще необходимого развития. Участие в трудовой деятельности всех органов тела, обменных и вегетативных процессов требует учета всей динамики организма с ведущей в ней ролью высшей нервной деятельности. Крайне недостаточно развивается также и психология труда. Дальнейшая глубокая разработка вопросов физиологии и психологии труда представляет



важнейшую задачу. Изучение больных в процессе труда имеет большое значение как для решения этой общей задачи, так и для клиники.

Исследуя больного лишь в состоянии бездействия, мы невольно допускаем ошибку, в известной мере утрируя болезненные явления, сосредоточивая внимание больного на них, вместо того, чтобы изучить, насколько приближается к норме или насколько отклоняется больной от нормы в условиях мобилизации его позитивных возможностей, в условиях его продуктивной деятельности.

Неправильно рассматривать все стороны клинического синдрома только как результат болезнетворного начала и защитной реакции организма. Особенно в условиях пребывания в стационаре, тем больше, чем длительнее здесь пребывание — некоторые расстройства оказываются в той или иной мере также следствием и реакцией на бездействие и стеснение, способствующие функциональному регрессу и гипертрофии проявлений болезни.

Известно, что изменение обстановки меняет состояние и поведение больных. Опыт трудовой терапии в психиатрических учреждениях говорит, что картина болезни в ряде случаев существенно меняется под влиянием труда. Состояния возбуждения успешно предотвращаются и преодолеваются трудом. Можно также указать на кататонический синдром, который у ряда больных устраняется под влиянием трудовой терапии, тогда как другие воздействия не дают результата. То же можно сказать об аутизме и других болезненных проявлениях.

**Место лечения трудом в общей системе лечения.** Прежде всего нужно установить, что именно правомерно называть лечением трудом. Это необходимо для того, чтобы ответить правильно на постоянно возникающие вопросы: как отграничить лечение трудом от занятости, от трудоустройства, от использования трудовых возможностей больного? Всякое лечение представляет систему приемов и средств, направленных на ликвидацию болезненных состояний и процессов, на возвращение организма к доболезненному состоянию, на частичное улучшение состояния больного, или, по крайней мере, на устранение или смягчение симптомов (так называемая симптоматическая терапия). Такие же задачи стоят и перед лечением трудом.

Трудовые процессы оказывают стимулирующее, регулирующее действие на все процессы в организме больного и в том числе, в первую очередь, через высшую нервную и психическую деятельность. Терапевтическое влияние труда существенно помогает восстановлению высшего саморегулирующего механизма — нервной деятельности.



Под влиянием труда у больных улучшается обмен веществ, сон, аппетит, кровяное давление, управление функциями органов, повышается двигательная, в частности, мимическая и речевая активность, расширяется и активизируется сфера интересов, упорядочивается поведение. Об этом говорит огромный опыт, особенно психиатрических учреждений, а также ряд специальных исследований.

Было бы ошибкой пытаться понять сущность трудовой терапии на основе одной физиологии, оторвав ее от психологии. В самом деле, труд как творческое преобразование действительности, как форма общественно обусловленной деятельности представляет высшую сознательную и целесообразную деятельность. Эти черты труда требуют углубленного психологического исследования. С соответствующими поправками это относится и к лечебному труду.

При психических заболеваниях нарушаются правильное отражение окружающего и жизненные отношения больного, утрачиваются или изменяются свойства его личности, тем более, чем тяжелее болезненное состояние. Труд на соответствующей фазе болезни в той или иной мере возвращает душевнобольному эти утраченные им качества здорового субъекта, способствует регуляции его взаимоотношений с окружающими.

Важным в трудовой терапии является развитие интереса больного к выполняемой им работе, нарастающего (у психически больных) с осознанием полезности и значения ее.

Труд больного, первоначально организуемый, руководимый и направляемый персоналом, в той или иной мере содействует восстановлению способности самостоятельных действий больного, повышению его самостоятельности.

Пока еще остаются недостаточно изученными пути восстановления трудом личности, сознания, волевой саморегуляции, общественно упорядоченного поведения. Необходимо глубоко изучать все богатство клинико-психологических фактов, относящихся к лечению трудом, с тем, чтобы в дальнейшем их физиологически объяснить.

В самых общих чертах можно отметить следующие общезначимые лечебные моменты труда:

1) трудовая деятельность стимулирует процессы жизнедеятельности и повышает сопротивляемость организма и личности болезни, благоприятствует развитию процесса компенсации;

2) трудовая деятельность создает нервно-психическую динамику, отвлекающую от болезненных представлений или тормозящую их по механизму отрицательной индукции;

3) труд укрепляет высшие регуляторные (интеллектуально-волевые) процессы у больного в соответствии с условиями и требованиями реальности;



4) труд оказывает психотерапевтическое действие, основанное на предыдущих трех моментах, повышает психический тонус больного, освобождает его от сознания неполноценности и инвалидности;

5) труд имеет социально-терапевтическое значение, восстанавливая связи больного с коллективом и осознание им себя не как иждивенца, а как работоспособного человека, приносящего пользу обществу.

Значение трудовой терапии выходит за рамки клинико-психологического рассмотрения, так как превращение человека из объекта опеки хотя бы до известной степени в самостоятельную личность, деятеля, влечет за собой прямое социально-экономическое следствие. Дефектный шизофреник, тяжелый олигофрен из бремени общества и семьи становится производительным членом общества и даже в какой-то мере кормильцем семьи. Эта реадаптация больного имеет значение не только для его семьи, но и для общества, для государства.

Трудовая терапия близка к патогенетически обоснованному лечению, потому что включая больного в деятельность и мобилируя и восстанавливая сохранившиеся у него, но индуктивно заторможенные возможности, она стимулирует нормальное функционирование анатомо-физиологических систем и психики.

Широкое понимание патогенеза, учитывающее роль охранительных мероприятий, на известных фазах, стадиях и при различной степени выраженности болезненного процесса, в то же время не исключает, а требует применения стимулирующего воздействия в соответствии с формой, стадией патологического состояния. Охранительная фаза в форме покоя представляет лишь начальный и легко осуществимый момент, тогда как основным должен явиться процесс тренировки, стимуляции, компенсации, включения в адекватную продуктивную деятельность. На определенной стадии психической болезни, привлечение к труду является моментом и охранительной терапии, отвлекая, частично уводя больного от тревожных мыслей, тяжелых переживаний. В дальнейшем, восстанавливая и тренируя нормальные процессы, трудовая терапия, при образовавшихся органических дефектах, является важным средством компенсаторного приспособления функций и позволяет врачу более правильно понимать роль и масштабы дефекта и возможности компенсации.

Из сказанного также ясно, что трудовая терапия является радикальным средством борьбы с психиатрическим госпитализмом, т. е. с отягчением болезненного состояния, нередко создаваемым длительным пребыванием в ограничивающих условиях психиатрической больницы.

**Научно-исследовательские задачи.** Нельзя не признать, что теоретический и организационно-методический уровень трудовой



терапии отстает от предъявленных к ней жизнью требований. В связи с этим, важнейшей научно-методической задачей в настоящее время является систематизация опыта и дальнейшие исследования в области трудотерапевтической работы.

Большое внимание при исследовании вопросов трудовой терапии должно быть уделено естественному эксперименту, освещаемому с позиции единства психологии и физиологии.

Естественный эксперимент, предложенный А. Ф. Лазурским (1918), как сказал его создатель, представляет собой «экспериментирование жизнью» и дает материал неискаженного лабораторными ограничениями поведения и деятельности здорового и больного человека. Первой задачей естественно-экспериментального исследования является функционально-характерологический анализ того или иного процесса.

Естественно-экспериментальная методическая разработка вопросов трудовой деятельности требует исследования здорового и больного человека в различных видах и условиях труда. Начиная это исследование, нужно стремиться под полученные при наблюдении факты подвести, насколько позволяет современное состояние науки, и физиологическое объяснение.

Большое значение в ряде случаев может иметь ведение врачом или инструктором подробных дневников работы отдельных больных. Иногда такие дневники могут вести и сами больные, это оказывается полезным для некоторых из них.

**Характеристика видов лечебно-трудовой деятельности.** Функциональный анализ, как первый этап исследования, должен быть положен в основу психологической и физиологической характеристики видов трудовой деятельности. Назначая больному тот или иной вид труда, нужно, наряду с учетом его состояния, его трудовых навыков и интересов, его перспектив, учитывать особенности рекомендуемого труда, функциональную характеристику каждой формы труда.

До сих пор анализ трудовых процессов имеет еще нередко более умозрительный, чем эмпирически-экспериментальный характер. Обоснованная и эффективная характеристика каждого вида труда должна включать подлинно специфические для него особенности процесса. Такая характеристика может быть построена лишь путем сравнения одного вида труда с другими, сравнительного изучения его у различных больных при разных состояниях.

Сопоставление особенностей состояния больных с особенностями процесса труда, результатами работы и отношением к ней больных дает материал для обоснованных выводов о показаниях к тому или иному виду труда.

Только на основе функционального анализа вида труда, состояния и всех особенностей привлекаемого к трудовой терапии



больного можно правильно решить вопрос о трудотерапевтическом назначении.

**Показания и противопоказания к трудовой терапии.** Особенно важно применение лечения трудом для ряда психически больных. Несомненно, бывает показано лечение трудом многих невротиков и психопатов. Представляется весьма важным включение в систему лечебного труда больных, длительно болеющих и в силу этого оторванных от обычных форм трудовой деятельности.

Общие противопоказания к труду возможны лишь в отношении больных в состоянии истощения, при выраженном расстройстве сознания и т. п. Более, конечно, широки противопоказания в отношении отдельных форм труда и степени трудовой нагрузки.

Так, эпилептиков нельзя допускать к некоторым машинам. Эти больные при утрате сознания в припадке могут причинить себе или окружающим повреждение. Нельзя допускать перегрузки, вызывающей перенапряжение, нельзя неуверенному в себе или депрессивному больному дать работу, с которой ему трудно справиться. Неудача может углубить у него болезненные нарушения. Спокойная (не возбуждающая), но разнообразная работа полезна при маниакальном состоянии.

Исследования наших (В. Н. Мясищев) сотрудников Р. С. Рубиновой и Б. Б. Малахова (Психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева) показывают, насколько велик эффект трудовой терапии даже при тяжелых степенях психических изменений у больных шизофренией и эпилепсией.

При склонности больных к образованию патологических стереотипов не следует предлагать им труд монотонный, особенно однообразный. Больным с патологически неустойчивым вниманием, неусидчивым, не способным сколько-нибудь длительно заниматься одним делом, следует назначать труд, который постепенно мог бы укреплять у них внимание, преодолевать, поскольку это позволяет их состояние, их неусидчивость.

Нередко бывает необходимо направлять трудовое назначение на возможное преодоление патологической инертности. Большое значение может приобрести труд на известной стадии болезни в преодолении аутизма, в укреплении связей с коллективом в возможном расширении патологически суженного круга интересов больного.

Нужно каждый раз при назначении того или иного труда твердо знать, какую именно лечебную задачу необходимо на данной стадии болезни у данного больного решать. Следует, с одной стороны, при назначении труда учитывать патологические особенности больного, чтобы не ставить перед ним непосильных задач, с другой стороны, надо стремиться при помощи труда эти патологические особенности преодолевать.



Для выявления особенностей больного, которые должны определять задачи и возможности трудовой терапии в его лечении, важно использовать материал клинического наблюдения, данные о поведении больного в процессе работы, его высказывания о *труде, который ему предложен*. Большую пользу в выявлении этих особенностей больного может дать применение экспериментально-психологических и физиологических методик.

Между особенностями и условиями труда, с одной стороны, и особенностями состояния больного, с другой, должно быть обеспечено такое соотношение, чтобы работа была не вредна, не опасна, опиралась на возможности больного, была сильна и укрепляла те стороны нервно-психических процессов, те стороны личности, которые оказались нарушенными болезнью. Противопоказан труд, при котором это соотношение не учтено.

Из изложенного ясно, что необходимо интенсивно работать над дальнейшим изучением и обоснованием показаний и противопоказаний при применении лечебного труда, полностью оценивая здесь роль психологии. Правильное физиологическое и психологическое исследование должно также помочь правильному ответу на вопросы о дозировке труда. Индивидуализированное назначение вида труда и размера рабочей нагрузки является обязательным для научно обоснованной и эффективной трудовой терапии.

Говоря о лечении трудом, необходимо относить сюда и лечебное значение для ряда больных их профессионального труда в коллективах здоровых людей. Учитывая это, следует, в частности, осторожно подходить к освобождению от работы особенно невротиков и психопатов.

**Виды лечебного труда.** Нельзя не отметить бедность ассортимента трудотерапевтических работ. Все еще доминируют в трудотерапии плетение, клейка конвертов, вязание, вышивание.

Заслуживает положительной оценки работа больных по обеспечению быта лечебных учреждений. В некоторых из них самообслуживание принимает интересные формы. Оно может способствовать созданию в лечебном учреждении подлинного коллектива больных, сближению их с персоналом. Все это достижимо лишь в том случае, когда врачи находят для такой формы работы соответствующие психологические предпосылки.

В ряде психиатрических больниц и диспансеров существуют такие полезные мастерские, как переплетная, столярная, токарная. Очень полезны также сельскохозяйственные работы. До сих пор во многих еще лечебных учреждениях работа больных имеет характер занятости или трудового использования их остаточных возможностей в ущерб собственно лечебной стороне дела. Иногда такая форма труда приносит больным и вред, вследствие непосильности работы, перегрузки, отсутствия у



больных интереса к работе, несоответствия работы уровню их возможностей и т. п.

В Ленинграде в Психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева и в некоторых других лечебных учреждениях обращено внимание на необходимость применения индустриализованных, механизированных, электрифицированных форм труда, так как такие формы соответствуют типу реальной повседневной работы больного до заболевания и нередко работы, предстоящей больному после выздоровления или улучшения состояния. Такая организация лечения трудом бывает связана с необходимостью значительного материально-технического оснащения лечебных мастерских, но тем не менее это является важным моментом правильного развития современной трудтерапии. Особенно в годы минувшей войны многие больные, в том числе и больные с некоторыми нарушениями психики, допускались к совместной работе со здоровыми на предприятиях, работавших на оборону. Они были там полезны. Им эта работа была также в высокой мере полезна. Сознание своего участия в великом деле обороны Родины поднимало их дух, повышало самооценку, усиливало стремление к саморегулированию своего поведения.

**Некоторые организационные моменты трудтерапии в лечебных учреждениях с психологической точки зрения.** При организации лечения трудом необходимо: во-первых, не отказываясь в соответствующих случаях от элементарных и стереотипных форм труда, стремиться организовать работу больных так, чтобы обеспечить им возможности проявления доступной им творческой инициативы, во-вторых, всемерно привлекать больного к контролю и оценке продукции его труда. Конечно, там, где больного может обескураживать дефектность этой продукции, такой контроль неуместен.

Не требует доказательства, что объективный учет результатов трудовой терапии является важной и давно осознанной задачей. Количественная и качественная характеристика продуктивности труда служит до известной степени мерой оценки улучшения или ухудшения болезненного состояния. Продукция выражает не только общее функциональное состояние невропсихики, но и состояние специальных систем, участвующих в производственной работе, выявляет роль навыка и тренировки, интереса к работе, к данному виду труда, взаимоотношений в коллективе, условий труда и др. Отсюда ясно, что оценка лечебного действия труда основывается на соотношении динамики его результата с материалами клинко-экспериментального исследования состояния больного в процессе и под влиянием работы.

Методы дозировки труда в процессе лечения еще мало разработаны. Вместе с тем, внимательное клиническое наблюдение



уже сейчас дает врачу возможность не допускать существенных ошибок. Конечно, дозировка, как часто самый вид труда, должна меняться в связи с изменением состояния больного. Если не следует давать больному непосильную или малодоступную ему работу, то также не следует удерживать его на работе, слишком для него элементарной. Подобного рода ошибки могут вызвать у больных переживания собственной неполноценности, могут тормозить процесс компенсации и реадaptации.

Очень важным в организации трудовой терапии является вопрос о способах вовлечения больных в работу. Сюда относится прежде всего трудная задача непосредственного заинтересовывания больного процессом труда. Это важно не только для вовлечения в труд, но и потому, что мерой функционального состояния и возможностей человека, как давно указывалось (В. Н. Мясищев), является продукция, полученная при наличии активно положительного отношения к процессу деятельности. Конечно, и сама способность больного заинтересовываться работой и характер его побуждений при этом весьма существенны для оценки состояния больного и его измененной болезнью личности. Существенной также в этом плане является степень осознания больным того, что количественно-качественные показатели продукции характеризуют его состояние.

Наконец, большое психологическое значение имеет вопрос о поощрении за труд. Целесообразность поощрения похвалой или премией не вызывала никогда сомнения, но дискуссия по вопросу о систематической оплате труда больных имеет давнюю историю. Необходимо вдумчивое отношение к этому сложному психологическому вопросу. Следует здесь учитывать, что у больного при наличии оплаты в ряде случаев значительно возрастает самооценка и что больной — это особенно важно при депрессивных состояниях — начинает сознавать себя не только бременем, но, наоборот, опорой семьи и полезным членом общества. Таким образом, вопрос об оплате труда больных является не просто экономическим, но прежде всего психологическим и психотерапевтическим вопросом, который надо решать в соответствии с обстоятельствами.

В связи с этим следует коснуться одного момента в системе взглядов Симон, столь много сделавшего для научной организации трудовой терапии. Ошибкой его было допущение взыскания наряду с поощрением в отношении к работающим больным. Но огромное значение имеют высказанные им идеи о коллективности в труде, что является крайне актуальным с точки зрения педагогики.

Следует кратко коснуться и вопроса о комбинации трудовой терапии с другими лечебными методами. Из возможных здесь комбинаций ограничимся лишь сочетанием труда с фармако-



терапией и психотерапией. В период 30—40-х годов нашего столетия лечение электросудорожным методом казалось таким же чудом, как в начале 50-х годов лечение нейро-психотропными препаратами. Бесспорно, что на первый взгляд труд и фармакологическое вещество действуют различными способами, хотя и то и другое может дать положительный результат. В настоящее время еще невозможно представить истинный механизм их взаимодействия. Следует лишь отметить, что имеются уже некоторые данные об успешности комбинированного лечения, например, хлорпромазином и *эрготерапией*, как иногда называют лечение трудом. Очевидно, этот вопрос нужно сделать предметом дальнейшего систематического исследования.

Трудовая терапия органически связана с психотерапией. Здесь возможна простая комбинация обоих методов. Но вместе с тем особенно важно, чтобы в самой трудтерапии содержались психотерапевтические элементы. Сознание значимости труда, удовлетворение процессом и результатом труда, общение при этом с коллективом, поощрение и стимуляция его продуктивности и критическая в допустимой форме и мере оценка ее врачом и медперсоналом, все это является психотерапевтическими компонентами трудовой терапии.

Трудности, которые вытекают из фактической недооценки трудтерапии, связаны прежде всего с недостаточным вниманием ряда врачей к этому важному виду лечения, нехваткой обученных кадров трудтерапевтов и их недостаточной и нередко неправильной подготовкой.

**Заключительные замечания.** Здесь были затронуты лишь некоторые психологические стороны лечения трудом. Вне нашего рассмотрения остался ряд вопросов трудового обучения, трудового приспособления, трудового устройства и др. Их важность несомненна, но решение их не представляет собой особых теоретических трудностей.

В заключение нужно указать, что научно обоснованная трудовая терапия еще лишь рождается, что в ее обосновании и разработке психология играет большую роль. Труд является не только гуманнейшим, естественным для человека средством лечения, но и важным условием правильного представления больного о его болезни как душевной, так и всякой другой.

Трудовая терапия должна повысить у больного самооценку, чувство полезности. Она должна обеспечить возможно наибольшую компенсацию дефектов и реадaptацию больного, устранить возникающие иногда, не обоснованные физическим состоянием больного иждивенческие тенденции.



## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОГИГИЕНЫ

**Общие вопросы.** Психогигиена — система специальных мероприятий, имеющих задачей сохранение и укрепление психического здоровья человека. Психогигиена, как и общая гигиена, является областью медицины. Это, конечно, не исключает широкого участия в разработке и пропаганде психогигиены и применении ее правил, кроме врачей психологов и неврофизиологов, также и самых широких кругов нашего общества, особенно педагогов, командиров производства и проч.

Как область медицины, как комплексная дисциплина, психогигиена тесно соприкасается со всеми разделами медицины, в первую очередь с общей гигиеной, со специализированными ее разделами и с психиатрией.

Особенно должна быть отмечена связь психической гигиены с физиологией, главным образом с физиологией высшей нервной деятельности, и с материалистической психологией. Психология изучает особенности психики и ее развития в зависимости от условий среды и состояния центральной нервной системы. Проблемы психогигиены тесно связаны с этими вопросами. Практика и теория советской психогигиены должны строиться с учетом концепций и фактов, освещаемых советской психологией и близкими ей по основным положениям, философскими и физиологическими направлениями в зарубежной психологии.

Как и общая гигиена, психогигиена близка к профилактике, что не позволяет, однако, игнорировать и их различие. Психогигиенические мероприятия имеют профилактическое значение не только в отношении психических заболеваний, неврозов, психопатий, но и различных других заболеваний. Так, например, соблюдение требований психогигиены может играть несомненную и значительную роль в предупреждении инфарктов миокарда и мозговых инсультов. Профилактическое значение психо-



гигиены бесспорно, в отношении гипертонической болезни и возникающих на ее почве гипертонических кризов. В большей или меньшей мере психогигиена играет значительную роль в предупреждении также и ряда других соматических болезней и их неблагоприятного течения. Правильное развитие личности с образованием у человека ряда полезных культурных навыков может помочь ему и в предупреждении заражения инфекционной болезнью.

Сильное эмоциональное напряжение, тяжелое настроение, интеллектуальная перегрузка могут весьма отрицательно отозваться на общем состоянии организма. Сеппон ввел в науку понятие *гомеостаз* (близкое к понятию И. П. Павлова о процессах уравнивания в организме), выражающее относительное динамическое постоянство процессов в организме. Несомненно отрицательно действующие психические факторы могут способствовать нарушению гомеостаза. Борясь за психическое здоровье, мы боремся за благополучие всего организма.

Говоря о профилактической роли психогигиены в отношении нервно-психических заболеваний, следует указать на неврозы, патологические развития личности, алкоголизм, наркомании и на задержки развития психики. Известную роль психогигиена может играть и в предупреждении некоторых психозов. Соблюдение психогигиенического режима является весьма важным моментом в предотвращении рецидивов ряда психозов.

Все это говорит о необходимости сближения психогигиены с психиатрией. Психиатрическая подготовленность врача делает его более компетентным в проведении ряда психогигиенических мероприятий.

Общая гигиена человека и все ее разделы не могут, не должны игнорировать личность человека, его психику, т. е. то, что является подлинно человеческим. Выделение из гигиены человека психогигиены, как отдельной дисциплины, не может и не должно отрывать заботу о здоровой психике от заботы об общем здоровье человека. Психические нарушения могут вызываться расстройствами функций организма, а последние в свою очередь легко нарушаются при неустойчивости психики.

Еще в XI столетии нашей эры замечательный таджикский ученый и врач Ибн-Сина (Авиценна) писал о единстве духа и тела. «Злой нрав обуславливается различного вида злой натурой, как равно если злой нрав войдет в обычай, то он повлечет за собой соответствующую дурную природу».

Связь психического и соматического может быть прямой и косвенной, опосредованной.

Функции организма могут пострадать в результате развития мнительности, повышенной эмоциональной лабильности и других черт личности. Но эти функции нередко страдают и вследствие того, что неспособность владеть собой, противостоять от-



рицательным влияниям, могут привести физически крепкого человека к злоупотреблению алкоголем, к половой распущенности, которые уже становятся прямой причиной ряда заболеваний. Если здоровье организма страдает от больного «духа», то нельзя не видеть, что здоровая психика способна благотворно влиять на функции организма и полностью сохраняться и положительно развиваться при временно или необратимо больном теле. Именно здоровая полноценная личность способна к достижению наиболее высокого уровня компенсации и приспособления, к борьбе с болезнью, поразившей организм. Само собой разумеется, что говоря о взаимозависимости здорового организма и здоровой личности, нужно подходить достаточно дифференцированно к оценке состояния организма, особенностей личности и психики.

Сложное взаимоотношение психики и сомы, психического и соматического здоровья делает совершенно необходимой тесную связь психогигиены с общей гигиеной. В виде примера укажем на то, что гигиенический режим питания способен предупредить наступление атеросклероза сосудов головного мозга. Отметим еще значение физкультуры и спорта для поддержания здоровья нервной системы и психики и их укрепления. Умеренность в еде, особенно умеренность в употреблении алкоголя, имеет как общегигиеническое, так и психогигиеническое значение.

Говоря о здоровой психике, мы должны учесть, что как сами понятия о здоровой и больной психике, так и условия, и причины, определяющие состояние здоровья, болезни или аномалии психики, в различных исторических эпохах понимаются не одинаково.

Для психогигиенических концепций в капиталистическом мире особенно характерно расширение задач психогигиены. Один из крупнейших деятелей психогигиены во Франции Toulouse в свое время, обосновывая значение психогигиены, определял ее предельно широко — как «науку о жизни». В основе такой позиции лежит идеалистическое понимание первичности психического. При отрицательном отношении к такой позиции нельзя вместе с тем недооценивать подлинное значение здоровой психики для жизни индивидуума и его ближайшего окружения.

Психическая гигиена содействует наилучшему развитию и использованию психических способностей и качеств личности человека. Она занимает большое место в системе профилактики как нервно-психических, так и соматических заболеваний у взрослых и детей. Психическая гигиена в ряде случаев входит в систему лечения различных заболеваний.

Важнейшими задачами психогигиены являются: 1) формирование гармонически развитой здоровой личности, 2) развитие



трудоспособности и предупреждение перегрузок нервной системы, 3) воспитание правильного соотношения интеллектуально-волевых сторон личности с аффективной сферой, 4) выбор и рекомендация полезных навыков и предупреждение или освобождение человека от вредных привычек и пороков, 5) воспитание правильного отношения человека к своему психическому и физическому здоровью. В психогигиене следует выделять как и в общей гигиене общественную и личную психогигиену. Важнейшее значение для психогигиены имеют вопросы взаимоотношений отдельных людей и взаимодействия индивидуума с коллективом.

В единой системе психогигиены могут быть выделены разделы: 1) возрастной психогигиены, 2) психогигиены труда и обучения, 3) психогигиены быта, 4) психогигиены семьи и половой жизни, 5) психогигиены больного.

Весьма кратко коснемся некоторых важных психологических вопросов названных областей психогигиены.

**Возрастная психогигиена.** Забота о психическом здоровье ребенка должна начинаться с внутриутробного периода. Спокойствие матери во время беременности, правильное соблюдение ею всех гигиенических и профилактических требований являются весьма важными условиями рождения ребенка с здоровой нервной системой. В этом также велика и роль акушеров.

Забота о здоровых навыках ребенка должна начинаться с рождения. В воспитании ребенка большая роль принадлежит не только педагогике, но и педиатрии. Основы личности закладываются очень рано. В ранний период жизни ребенка большое психологическое значение имеет строгий режим кормления. Этот режим продолжает играть большую роль и в дальнейшей жизни. Разумный и твердый режим дня приучает ребенка не подчиняться первым побуждениям и любым желанием, предупреждает развитие тенденции добиваться удовлетворения своих желаний криком, плачем. Удовлетворение необоснованных желаний ребенка является одной из наиболее важных причин развития капризности. На отношении к ребенку не должно отражаться настроение родителей. Последовательность, принципиальность, разумность, благожелательная требовательность родителей и окружающих — серьезнейшее условие предупреждения возникновения у ребенка невротических черт. Огромное значение имеет сдержанность родителей в проявлении своих эмоций, своего настроения. Раздражительность старших, необоснованные придирки к ребенку неблагоприятно отзываются на формировании его личности. Ребенок должен видеть в окружающих, прежде всего, в родителях и учителях положительные образцы разумного и достойного поведения. В высшей степени вредно для ребенка потакание его прихотям. Приучая детей и подростков к жизни в одних удовольствиях, в удовлетво-



рени желаний, противоречащих их собственным интересам и интересам других людей, можно воспитать личность, гонящуюся за «легкой» жизнью, за удовольствиями без труда, без мыслей о будущем, без сознания долга перед обществом, семьей, близкими, товарищами, самим собой. С малых лет ребенку в доступной форме нужно рассказать о выдающихся людях, которые могут стать для него идеалами, рассказать о В. И. Ленине.

Каждый ребенок нуждается в ласке, но он не должен быть «заласкан», не должен становиться объектом восхищения, неумеренно выраженной любви. Крики, шум, яркий свет перегружают нервную систему ребенка. Не следует чрезмерно торопить интеллектуальное развитие детей, но ни в коем случае нельзя подавлять интересы ребенка, его стремление объяснить себе окружающее.

Ребенок должен играть, но игру его необходимо направлять. Игра должна развивать привычки к труду, к порядку, формировать положительные чувства справедливости, честности, уважения к людям, к коллективу.

Ни в коем случае не следует развивать в ребенке неразумные страхи и опасения. Всегда надо помнить о влиянии, которое оказывают переживания раннего детства на формирование личности взрослого человека, хотя никак нельзя считать это влияние фатальным, непременно решающим, как это утверждают психоаналитики.

Нельзя перегружать ребенка ни играми, ни обучением, ни зачатками труда. Но вместе с тем, ребенок должен быть приучен к умственной и физической нагрузке, соответствующей его возможностям, и ответственному отношению к своим обязанностям. Эти обязанности должны расширяться по мере развития ребенка.

Важно, чтобы ребенок, сталкиваясь с дурным, антиобщественным, неэтичным, негуманным поведением окружающих, мог знакомиться в доступной ему форме с отрицательной оценкой такого поведения, с его осуждением, которое четко и последовательно должны уметь выражать родители, учителя, окружающие.

Очень важно, чтобы у ребенка развивалось чувство уважения к коллективу, умение жить в коллективе. Это позволит в будущем строить правильные взаимоотношения с людьми и исключить неоправданные конфликты. Воспитание чувств должно приучить ребенка к сдержанным до известной степени формам их выражения. Ребенка нужно научить любить красивое.

Не приходится и говорить о важности психогигиены в школе. Особенно здесь следует учитывать вопросы нагрузки и перегрузки учащихся, школьные конфликты, возникающие как между учащимися, так и между учащимися и преподавателями.



Подростковый возраст и биологически и психологически является переходным. Подросток — это вчерашний ребенок, но еще не взрослый человек. Перед ним встает ряд сложных вопросов, к разрешению которых он психологически еще не готов. Здесь особенно легко могут возникнуть конфликты с окружающими. Приобретают значение сексуальные проблемы.

Появление менструаций у девочек может вызвать глубокие переживания. Очень важно, чтобы родители, учителя, близкие правильно понимали трудности подростка и могли быть для него подлинными друзьями и руководителями. В этот период значительную роль могут играть вопросы пола и любви, вопросы выбора жизненного пути, оценки окружающего. Правильно организованные занятия спортом, гимнастика, коллективный труд способны в высокой мере содействовать выработке дисциплины и самообладания, воспитанию характера. Опасно неосторожное подавление интересов и склонностей ребенка, и особенно подростка, или ограничение его свободы без достаточных на то оснований.

Большие и своеобразные психогигиенические проблемы возникают в пожилом и старческом возрасте. Очень осторожно должен решаться вопрос о труде пожилых и старых людей. Ломка стереотипа в пожилом возрасте наиболее трудна. Этому возрасту соответствует посильная работа в привычной или близкой области. По возможности в пожилом возрасте должны сохраняться или очень осторожно замещаться новыми стереотипы быта. На психике пожилого человека крайне вредно сказывается отказ в использовании сохранившихся у него возможностей для участия в труде и общественной жизни. Здесь особенно большое значение имеет поддержка врача и близких людей, их внимательность, теплота, забота. Весьма существенным для здоровья пожилого человека является правильное отношение к нему детей, если они у него имеются.

**Психогигиена труда.** Труд в капиталистических странах для миллионов трудящихся связан с неуверенностью в завтрашнем дне. Капитализм лишает трудящегося подлинной свободы творчества в труде, угнетает личность, подавляет развитие способностей человека.

В Советском Союзе, где уничтожены все виды эксплуатации, труд человека свободен, личные интересы людей и интересы общества объединены в одно гармоническое целое. Только в этих условиях, где требования общественной системы совпадают с потребностями личности, возможна реальная психогигиена труда.

В психогигиене труда нужно различать общие и частные или специальные вопросы. Говоря о последних, мы имеем в виду гигиену в различных формах труда, в различных профессиях.



Важнейшее значение имеет правильный выбор профессии. Если профессия максимально соответствует интересам, способностям, подготовленности человека, она является источником радости, удовлетворения, психического здоровья. Именно в такой профессии человек легче и ближе, чем в других условиях, сближается с коллективом, наиболее ощущает его поддержку. Именно в такой профессии получает удовлетворение и больной человек от сознания своей полезности.

Консультация молодежи в выборе профессии может быть в ряде случаев весьма полезной как в психогигиеническом, так и в производственном плане.

Дисциплина в труде, осознанная как подлинная необходимость, уже не являющаяся простым подчинением тем или иным требованиям извне, ставшая внутренней потребностью личности, является важнейшим условием эффективности труда. Такая дисциплина повышает способность к саморегулированию, снижает утомляемость, облегчает труд.

Особое психогигиеническое значение имеет система правильных отношений между членами работающего коллектива. Развивающееся у нас замечательное движение за коммунистический труд дает прекрасные образцы таких отношений.

Весьма важным является овладение каждым работающим в любой области труда наиболее совершенными приемами работы. В СССР созданы все возможности для того, чтобы каждый овладевал наиболее эффективными и наименее утомляющими методами и приемами работы. Это существенно не только для высокой производительности труда, но и для того, чтобы человек испытывал удовлетворение и радость от своей работы. Неумелая работа дает мало положительных эмоций, утомляет людей, делает труд неинтересным.

Некоторые специальности могут быть связаны с более или менее однообразным трудом. Эта монотонность может утомлять рабочего, и если она оказывает отрицательное влияние на нервную систему, то представляется целесообразным чередовать такую работу с другой, отличающейся характером или темпом.

Высокое развитие техники труда увеличивает значение этих разделов гигиены. Космический полет, полет на сверхскоростных самолетах, работа на автоматах, в химической промышленности, в производственных помещениях с высокой температурой воздуха — все это предъявляет серьезные общегигиенические, физиологические и психологические требования, которые глубоко разрабатываются в нашей науке.

Психогигиена должна учитывать особенности труда, возникающие при работе на сложнейших машинах.

Автоматизация производства, являющаяся часто врагом рабочего в капиталистических странах, в социалистических странах приносит рабочему облегчение труда, не нанося вреда его



материальному положению. Очень важно разрабатывать и проводить в жизнь мероприятия, ставящие обслуживающих автоматы рабочих в наилучшие гигиенические и психогигиенические условия. Необходимо, чтобы автоматы проектировались с учетом психофизиологических особенностей человека (длительность промежутка времени между раздражителем — сигналом автомата — и реакцией на него человека, количество информации, которое человек способен воспринять в соответствующее время, и пр.). Врачу также следует учитывать, что при работе на автоматах (и не только на автоматах) возможны кризисные ситуации, в которых от рабочего может потребоваться особенно большое умение владеть собой.

Эти вопросы в настоящее время разрабатываются в новой области науки — эргономике, создание которой было нами (В. Н. Мясищев) предложено в 1921 г. под названием эргологии — особой научной дисциплины о труде, объединяющей данные психологии, физиологии, анатомии, гигиены, педагогики и других областей знания о человеке. В широкий круг относящихся сюда физиологических и психологических исследований включаются, помимо вышеперечисленных, также вопросы организации рабочего места, наиболее благоприятных для работающих микроклимата, освещенности, цвета оборудования и помещений.

Проблема «сенсорного голода» (недостаточности впечатлений, воздействий извне) особенно привлекает в настоящее время внимание представителей космической медицины. Работа на автоматах ставит очень важный вопрос о количестве и темпе поступающей необходимой информации и ее соответствии возможностям оператора. Следует отметить, что эти возможности до известной степени повышаются в процессе тренировки.

Психогигиена требует возможного уменьшения количества раздражителей, способных отвлекать от задачи и предмета труда и нагружающих без нужды нервную систему, психику. Особенно вредны воздействия на человека в процессе труда раздражителей, способных вызвать отрицательные эмоции. Вместе с тем, надо иметь в виду, что там, где труд протекает в условиях, особо однообразных и бедных впечатлениями, где образуется своеобразный «сенсорный голод», для предупреждения отрицательных последствий, в частности сонливости, могут быть полезны для работающих некоторые дополнительные раздражители, некоторые добавочные впечатления. Развитие техники ставит перед психогигиеной труда ряд новых проблем, которые должны решаться в самой тесной связи с новым разделом психологии — инженерной психологией. Здесь остро ставится вопрос о соотношении особенностей функционирования автоматических устройств с общими и индивидуальными особенностями человека.



Труд в коллективе должен быть школой здоровых навыков, должен воспитывать в человеке, укреплять и развивать лучшие стороны психики, личности в целом.

В настоящее время у нас все больше внимания привлекают к себе вопросы научной организации труда. В разработке этой проблемы нам всегда необходимо в полной мере учитывать единство интересов производства и работающего человека. Медицинской психологии должна принадлежать здесь активная роль.

Очень важный раздел психогигиены труда — гигиена умственного труда. Одной из существенных особенностей умственного труда является то, что он в значительно большей мере, чем физический труд, включает в себя большой процент индивидуальной работы. В связи с этим умственный труд менее регламентируется извне, менее корригируется в отношении режима и применения отдельных методик и приемов работы. Поэтому в сфере умственного труда больше стихийности в выборе и усвоении методик. Тому, как думать, как читать, как писать нужную работу, как правило, не обучают. Больше того, в отношении этих процессов часто распространяется концепция, согласно которой им и нельзя специально обучать, что глубоко неверно. Психология, физиология, логика, гигиена умственного труда уже накопили и еще больше должны накопить общих теоретических положений и конкретных практических указаний в этой области труда.

Решению вопросов о наилучшей форме запоминания и обучения, о конспектировании, планировании, построении режима труда, чередования труда и отдыха, чередования трудных и более легких занятий должны прийти на помощь научные данные. Врачу особенно важно разрабатывать и учитывать вопросы гигиены труда, включая умственный труд. Большое значение имеет разработка дифференцированных гигиенических норм умственного труда для людей различных возрастов. Врач может помочь, в частности, воспитанию способности к переключению от умственного труда к полному отдыху, что особенно важно для людей пожилого возраста, которым нередко это дается особенно трудно и которые особенно нуждаются в своевременном отдыхе. Подлежит дальнейшей научной разработке вопрос об активном отдыхе, построенном в соответствии с условиями труда отдыхающего человека. Так, для человека умственного труда, с его преимущественно сидячим образом жизни, отдых особенно целесообразно сочетать со спортом, посильным физическим трудом, прогулками.

**Психогигиена быта.** У нас в стране все более и более полностью удовлетворяются бытовые потребности человека. В этих условиях наиболее важное значение в области психогигиены приобретают вопросы взаимоотношений людей в быту. Грубость,



невнимание к человеку, пренебрежение к его интересам могут в ряде случаев иметь более тяжелые для пострадавшего последствия, чем иная физическая травма. В ряде случаев источниками психической травмы являются невротики, психопаты и даже психически больные люди. Предупреждение таких травм и лечение больных, способных причинить вред окружающим, своевременная госпитализация тех из них, которые в ней нуждаются — важное психогигиеническое мероприятие.

Многолетние наблюдения говорят, что возможно патогенное влияние на предрасположенных лиц со стороны душевнобольных, психопатов и невротиков при длительной совместной жизни с ними.

Крепкий и дружный коллектив может оказать положительное влияние на находящегося в нем невротика или психопата. Но в ряде случаев такие больные оказывают вредное влияние на окружающих: создают беспокойную обстановку, подают примеры, отрицательно воздействующие на неустойчивых людей, особенно детей. Предупреждение таких отрицательных влияний со стороны нервнопсихически больных требует серьезной психопрофилактической и психогигиенической работы.

Психические заболевания и пограничные состояния, а также и некоторые соматические заболевания могут обостряться или возникать под влиянием неправильного поведения окружающих.

Весьма значительный процент невротиков и психопатов — члены семейств алкоголиков. Жены и дети алкоголиков живут в непрерывно травмирующей обстановке и нередко расплачиваются за пристрастие мужа и отца к алкоголю тяжелыми заболеваниями. Алкоголики мешают людям работать, нередко оказывают вредное влияние на окружающую молодежь, вредят производству и иногда повинны в тяжелых уголовных преступлениях. Под влиянием мужей и отцов-алкоголиков иногда начинают злоупотреблять алкоголем женщины, дети, подростки, что представляет зло, еще большее, чем алкоголизм мужчин. Если жена алкоголика становится алкоголичкой, это ведет к особо тяжелому разложению семьи, особо тяжелым условиям воспитания детей. Не приходится говорить, насколько тяжело влияет привычка употреблять алкогольные напитки на детей.

В ряде стран весьма распространена наркомания. Курение опиума и употребление наркотических средств особенно разрушительно действует на организм молодых людей, подавляя их волю, вызывая психические расстройства. Борьба с алкоголизмом и наркоманией — важная область общественной психогигиены.

В быту нередко вредное влияние на психику оказывают отрицательного характера мелочи, которым некоторые люди придают слишком большое значение. Психогигиена быта требует



правильной оценки происходящего, умения овладевать эмоциями, особенно подавлять эмоции, вызванные предметом или происшествием, значение которого кратковременно и невелико. Подчинение эмоций и их проявлений разуму особенно необходимо в быту с его еще неизбежными мелкими затруднениями. С другой стороны борьба за устранение самих этих мелочей, которые порой вовсе не оказываются мелочами, является и психогигиенической проблемой. Установление между людьми отношений благожелательности, тактичности, принципиального отношения к нарушителям морали социалистического общества — одно из важнейших требований психогигиены.

Серьезной проблемой психогигиены становятся телевидение и радио. Громкость передач, утомление от сидения за телевизором, недосыпание, особенно детей, просматривание и слушание неподходящих передач детьми, — вопросы, мимо которых не может пройти психогигиена.

Широко известны вредные влияния на психику и поведение детей и подростков многих детективных, порнографических фильмов, выпускаемых в капиталистических странах, особенно в США.

**Психогигиена семьи и сексуальной жизни.** Этот раздел психогигиены имеет огромное значение, не всегда правильно оцениваемое. Прочность семьи, дружба и взаимное уважение между собой старших, разумная любовь, справедливость в отношении к младшим, общность взглядов и интересов членов семьи, необходимая уступчивость в их взаимоотношениях — содействуют созданию счастливой семьи, обеспечивают правильное воспитание детей. Дурные отношения в семье образуют условия, тяжело отзывающиеся на нервнопсихическом состоянии ее членов. Неврозы особенно часто возникают у детей, растущих в неблагоприятно сложившихся семейных условиях.

Психогигиенический аспект может быть полезен в решении ряда вопросов брака: о благоприятном возрасте вступления в брак, о различии возрастов мужа и жены (особенно большое расхождение в возрасте супругов с психогигиенической стороны нельзя, как правило, считать желательным), о значении наследственной отягощенности. Психогигиеническая консультация в ряде случаев может быть полезна и в решении вопроса о разводе супругов, где этот вопрос поставлен. Психогигиена, где это возможно, должна быть защитником принципа сохранения семьи, особенно при наличии в семье детей.

Одной из важнейших задач психогигиены является работа в области упорядочения половой жизни. Нарушения в этой области, допускаемые мужчиной или женщиной, часто бывают чреватые тяжелыми последствиями для членов семьи. С позиций психогигиены, как и с позиций морали советских людей, врач должен отстаивать принцип верности супружескому долгу, ко-



нечно, учитывая все особенности семейной ситуации. Он должен принимать участие в борьбе с неупорядоченной половой жизнью, которая является источником многих психических травм и нервных расстройств.

Буржуазное общество и яркое выражение его морали — учение Фрейда возводят сексуальные влечения в основной закон жизни. Такая концепция сексуальной жизни низводит человека ниже уровня животного.

Вместе с тем, нельзя не понимать, что половое влечение — физиологически закономерное влечение, которое требует нормального удовлетворения. Но сексуальное влечение в разлагающемся буржуазном обществе приобретает неправомерно большое значение и носит нередко извращенный характер. Это поддерживается покупкой женщин, а нередко также мужчин в целях полового общения, лживостью, пронизывающей брачную жизнь и укрепляемой церковью, приниженным положением женщины. В нашем обществе нормальная половая жизнь в соответствующем возрасте, в условиях семейной жизни — интимная, не допускающая распущенного афиширования, но и не таинственная, не представляет конечно собой господствующей стороны ее.

Сексуальная распущенность, выдвигание полового влечения на первый план жизни человека являются выражением не врожденных инстинктов, как утверждают психоаналитики, а в основном — продуктом неправильного воспитания и развращенности. Неправильно построенная половая жизнь делается нередко мучительной тайной человека, источником внутренних и внешних конфликтов. Доминирующее значение половой жизни у отдельных людей и следует считать уродством развития личности. Именно на почве отклоняющейся от нормы половой жизни и неправильного отношения к ее этической стороне часто возникают такие расстройства половой функции, как *половая слабость* у мужчин и *фригидность* у женщин, которые нередко крайне тяжело переживаются человеком.

Было бы неправильно отделять половое воспитание от общего воспитания, психогигиену половой жизни от общей психогигиены. Распущенность, повышенная сексуальная возбудимость, раннее преувеличенное тяготение к «тайнам» половой жизни, погоня за мимолетным удовлетворением половой потребности тесно связаны с общими чертами характера человека, с общим моральным обликом личности.

Психогигиена требует строгости и чистоты половой жизни, взаимного уважения, верности, общности интересов и идеалов женщины и мужчины, наличия детей, где это возможно.

Психогигиена должна разработать формы освещения вопросов половой жизни в разных возрастах. Эту сторону психогигиенической пропаганды следует развивать. Врачам нужно расши-



рять психотерапевтическую помощь при психогенных и непсихогенных нарушениях половой функции, при патологических отклонениях от нормального полового развития и удовлетворения полового влечения.

**Психогигиена коллективной жизни.** Специального рассмотрения требует вопрос о взаимоотношениях людей в организованных коллективах и в относительно случайных общениях.

Взаимоотношения людей в семье, производственной бригаде, школьном классе, в общежитии, в клубе, в парках, театрах и т. п. ставят вопрос о теснейшей взаимосвязи интересов человека с интересами окружающих.

Ряд ученых в капиталистических странах, разрабатывая вопросы психологии, психогигиены и психотерапии, исходят из концепций микросоциологии в небольших коллективах и группах. При этом, как правило, не учитываются вопросы классовых различий, социальные взаимоотношения, особенности отдельных членов группы. Эти исследования теряют при этом конкретность и лишают возможности изучить подлинную реальность жизни в коллективе.

Близость мотивов и побуждений членов группы, готовность их к взаимной поддержке, имеет огромное психогигиеническое значение. Как показал ряд исследований при комплектовании трудовых коллективов (бригад, экспедиций, команд и пр.), может быть, в ряде случаев необходим учет, как говорят, «взаимной совместимости» участников по особенностям личности, иногда по возрасту, идейной направленности и пр. Это весьма сложный вопрос, который каждый раз должен решаться в зависимости от стоящей задачи, от условий работы и многих других моментов (задачи воспитания и обучения, подготовки смены и т. д.).

**Организационные вопросы.** Необходимо развивать теорию и практику психогигиены. Нужно обеспечить возможно более широкую исследовательскую комплексную работу в различных областях психогигиены с участием представителей разных специальностей.

Несомненно, что правильно поставленная физическая культура приобретает большое психогигиеническое значение. Все больше и больше людей всех возрастов вовлекаются в нее. Но, к сожалению, сознательное стремление, наряду с укреплением своего тела, специально заботиться о всестороннем укреплении психического здоровья получило еще недостаточное развитие. По вопросам психогигиены необходимо развить пропаганду, привлекая к ней не только врачей, но и педагогов, писателей, юристов и др. Большое значение могла бы иметь организация психогигиенических консультаций при заводах, высших учебных заведениях и пр.



## ВОПРОСЫ ПСИХОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОЙ ПЕДАГОГИКЕ

Врач и педагогика. Врачу приходится в ряде случаев сближать свою работу с воспитанием и обучением. В истории медицины образовалась пограничная область, связывающая медицину с педагогикой. В нашей стране к этой области было привлечено внимание ряда крупных ученых. Среди них должны быть в первую очередь названы В. М. Бехтерев, С. С. Корсаков, В. А. Гиляровский, А. С. Грибоедов, А. Ф. Лазурский, В. П. Кащенко. Список этот мог бы с полным основанием быть дополнен рядом весьма видных врачей и педагогов.

В специальной врачебной деятельности — в психотерапии врачу важно быть знакомым с педагогической теорией и практикой. Нередко ему приходится вести и собственно педагогическую работу, обучая и воспитывая своих товарищей по работе, а также, где это нужно, обучая и воспитывая больных, ведя санитарно-просветительную работу. Вся эта деятельность должна вестись на высоком методическом уровне и опираться на достижения педагогики и психологии.

Нередко врачу приходится непосредственно участвовать в работе педагога с детьми, а также с родителями, которые нуждаются в знаниях в области обучения и воспитания здоровых и больных детей. Здесь роль врача, значение его работы весьма велики. Участие врача в педагогическом процессе нужно и важно не только в специальных учреждениях для больных детей, но и в общей педагогической практике. Большое значение школьного врача, врача-психогигиениста в высших учебных заведениях и школах для взрослых не может вызвать сомнений.

Школьный врач среди других вопросов должен заниматься вопросами успеваемости и анализом причин неуспеваемости, вопросами целесообразной педагогической (а нередко и лечебной) помощи отстающим и переводом некоторых из них в спе-



циальные школы, направлением нуждающихся в лечебные учреждения. Школьный врач должен своевременно улавливать намечающиеся психопатологические черты у отдельных учащихся и оказывать помощь таким детям. Он должен обеспечивать психогигиенические и психопрофилактические мероприятия в школе, работая здесь в тесном контакте с педагогом. В связи с этим очень важно, чтобы школьный врач был достаточно компетентен в вопросах медицинской педагогики, медицинской и общей психологии, в вопросах психоневрологии. Врачу в этой работе может особенно помочь знакомство с трудами А. С. Макаренко. В школах для взрослых, в высших учебных заведениях, да и во всей школьной сети врач должен быть ориентирован в области гигиены, умственного и физического труда, для чего также необходима педагогическая и психологическая вооруженность.

Большое значение следует придавать участию врача в организации просвещения и воспитания детей и подростков в области взаимоотношений полов и половой гигиены, в воспитании и упрочении правильного отношения к своему здоровью. Мы в этой области делаем еще несомненно мало. Немало людей тяжело расплачивается за имеющееся еще пренебрежение к этой стороне деятельности врача. Неправильно построенные отношения детей с родителями нередко отрицательно влияют на состояние психики ребенка, юноши или девушки, являются источником конфликтов и психических травм. Здесь врач может во многом помочь детям, родителям, педагогам, обеспечив психогигиенические консультации по вопросам воспитания детей в семье.

Весьма значительна роль врача и психолога в воспитании и обучении детей и взрослых, которые требуют специализированной педагогической работы с учетом имеющихся у них патологических нарушений функций, где педагогический процесс есть одновременно этап и специальная задача лечебного процесса, где медицина и педагогика (в частности дефектология) объединены наиболее тесно и органично. Эта область лечебной и педагогической работы обычно и получает название медицинской педагогики. Мы полагаем, что понятие медицинской педагогики должно быть шире, охватывая все формы работы врача по связи с педагогами в области обучения, воспитания, психогигиенической и педагогической пропаганды.

**Медицинская педагогика в детских лечебных учреждениях и в специальных школах.** Совместная с педагогом медико-педагогическая работа врача должна осуществляться в процессе лечения некоторых больных детей. Здесь имеются в виду дети, проходящие лечение с отрывом от школы, в специальных лечебных учреждениях (непсихоневрологического профиля). Учебная и воспитательная работа на период пребывания ребенка



в лечебном учреждении служит задаче не допустить, по возможности, отставание ребенка в учебе. Но этим медико-педагогическая задача не исчерпывается.

Здесь важно не допустить образование у больного ребенка психопатологических черт личности под влиянием особых условий временного отрыва его от здорового детского коллектива, не допустить, по возможности, задержки не только в приобретении знаний, но и в развитии личности, в предупреждении инфантилизма, т. е. особенностей, присущих более раннему возрасту.

В некоторых медицинских учреждениях лечение по поводу соматических болезней требует мобилизации психической активности больных, и здесь врачу и педагогу необходимо учитывать психические особенности детей и воздействовать на их психику соответствующим образом, особенно при применении лечебных процедур или трудового режима. Если ребенку надо овладеть какими-либо компенсирующими устройствами, например протезами, или ортопедическим устройством, то здесь необходимо во всей полноте учитывать особенности его психики. М. С. Лебединский наблюдал детей, которые по своему сниженному интеллекту не могли использовать должным образом протезы или ортопедические приспособления без специальной медико-педагогической помощи. В работе с «трудными» детьми, с подростками-правонарушителями проблемы воспитания и лечения тесно соприкасаются.

Особые задачи стоят перед врачом, психологом и педагогом в их совместной работе при пребывании детей в нервно-психиатрических стационарах. Педагогические мероприятия в них еще более сближаются и даже сливаются с лечебными. Ребенка-невротика надо приучить к дисциплине, освободить его от вспыльчивости, укрепить его волевые качества. Здесь врач и педагог имеют единую задачу и средства, относящиеся к их компетенции. Они непрерывно взаимодействуют. Серьезные задачи может взять на себя специально подготовленный для такой работы педагог, чтобы помочь врачу в лечении больных с некоторыми психическими заболеваниями на определенных стадиях лечения. Например, многое может сделать участие педагога в преодолении аутизма больного, особенно ребенка, страдающего шизофренией, при выходе его из острого состояния.

При некоторых преходящих заболеваниях педагогу со специальной подготовкой приходится брать на себя основную роль в самом лечении заболевания. Это относится в частности к педагогу-логопеду при лечении детей от ряда расстройств речи (заикания, косноязычия и пр.). Задачей врача в этого рода случаях является клиническая диагностика заболевания, психотерапия, медикаментозное лечение, общее направление лечебной



работы логопеда и некоторых других видов лечения (ритмика, гимнастика и пр.).

К сожалению, число врачей, подготовленных к такой совместной работе с педагогом, еще невелико, и это весьма отрицательно отзывается на этих разделах лечебной помощи.

**Приспособление и компенсация.** Медико-педагогические мероприятия приобретают весьма большое значение, когда у ребенка или взрослого в результате болезни или несчастного случая образовался необратимый дефект, затрудняющий жизнь, и делающий человека наиболее жизнеспособным и трудоспособным лишь в результате *особого приспособления* или достаточно удовлетворительной *компенсации* дефекта.

Кратко касаясь этих понятий, весьма близких, но не тождественных, следует отметить: компенсация может привести к известному, хотя бы и частичному, восстановлению потерянных функций, вследствие перестройки обеспечивающей их анатомо-физиологической системы; приспособление может, например, быть выражено и в том, что человек, у которого ампутированы обе ноги, будет передвигаться по улицам на специально устроенном автомобиле, а в более тяжелых условиях жизни — ползти. Если первый вид приспособления в какой-то мере, особенно для отдельных случаев, может оказаться приемлемым (например, при невозможности пользования протезами), то второй случай — это приспособление на весьма низком и крайне неудовлетворительном уровне.

Обратимся к другому пути помощи, наиболее способному удовлетворить и самого подвергшегося ампутации и общество. У человека ампутировали ногу или две ноги. Его протезировали и он так развил функцию сохранившихся мышц, добился такой перестройки центрального управления конечностями, что ходьба этого человека стала почти такой же, как и ходьба человека со здоровыми конечностями. Здесь можно говорить о компенсации на основе протезирования и о компенсаторной перестройке двигательных функций. Среди молодых людей, подвергшихся ампутации двух ног, немало таких, которые могут танцевать, ездить на велосипеде и т. п. Некоторые молодые люди после ампутации двух рук прекрасно чертят при помощи протезов, производят и другие достаточно тонкие движения. У пожилых людей, у людей, перенесших нервно-психическое заболевание, тяжелую контузию и т. п. такие достижения удаются реже в силу, в основном, пониженной способности центральной нервной системы к перестройке, необходимой для процесса компенсации.

Конечно, различие понятий компенсации и приспособления является в какой-то мере условным. Механизм компенсации и приспособления всегда в какой-то мере проникают друг в друга. Ведь и для ползания безногому приходится в извест-



ной степени перестроить мышечные функции. Все же по значимости перестройки функции по степени и форме преодоления расстройства можно и должно, мы думаем, различать приспособление и компенсацию.

Приспособление и компенсация всегда регулируются центральной нервной системой. В ряде случаев они совершаются без участия сознания. Иногда — под контролем сознания, путем мобилизации активности человека, направленной на компенсаторно-приспособительный процесс.

Уже давно описаны замечательные возможности перестройки нервных процессов, ведущие к компенсации дефекта. Еще в 1915 г. Магина произвел операцию на обезьяне, переменив места прикрепления внутренней и наружной прямых мышц глаза таким образом, что прямая мышца действовала так, что сокращение наружной прямой мышцы поворачивало глаз уже не наружу, а внутрь, к средней линии. Но, когда рана зажила, было обнаружено, что движения глаз оперированного животного совершались как бы вопреки произведенной перемене места прикрепления мышц, т. е. так, как они совершались до операции, обеспечивая бинокулярное зрение. Позднее аналогичные операции на периферической нервной системе выполнили П. К. Анохин, Speggi.

Учитывая подобного рода факты, Ashby (1962) говорит об адаптации, как о свойстве «удерживать существенные переменные в физиологических пределах». Но далеко не всегда, как это отмечает и Ashby, адаптация осуществляется непосредственно на основе главным образом врожденных механизмов. Иногда для нее требуется как у животного, так и у человека более или менее длительный процесс обучения. В этих последних случаях очень важно, чтобы обучение осуществлялось не по случайному пути, а по пути, научно разработанному физиологами, клиницистами, психологами, педагогами.

Особым видом компенсаций, имеющим отношение к вопросам медицинской педагогики, является компенсаторное замещение одного анализатора другим. Глухой выучивается понимать чужую речь «чтением» движений мышц речевого аппарата. Здесь компенсация осуществляется за счет развития деятельности зрительного анализатора для замещения выпавшего слухового анализатора.

Центральная нервная система играет важную роль в компенсации дефектов на периферии, но она также способна и к самокомпенсации. Дефекты мозговых аппаратов, возникшие в результате повреждений различных участков головного мозга, могут быть компенсированы за счет перестройки внутри самого головного мозга.

При поражениях головного мозга возможно непосредственное восстановление функций, находящихся в состоянии



торможения, нередко наступающего в поврежденной зоне и вблизи ее. Такое восстановление функций надо отличать от компенсации. Оно особенно отчетливо бывает выражено при закрытых травмах черепа, при шизофрении, не говоря уже об истерических выпадениях тех или иных функций.

Нельзя не видеть, что в ряде случаев, при многих поражениях головного мозга имеется самая тесная связь между компенсацией и такого рода восстановлением.

Э. А. Асратян, опираясь на свой большой опыт исследования животных, обращает особое внимание на то, что освобождение не разрушенных, но глубоко альтерированных нервных структур от угнетения является не только обязательным условием для полноценного восстановления их деятельности, а значит и деятельности органически с ними связанных рецепторов и эффекторов, но и представляет собой необходимую предпосылку для последующего тренировочного усиления и функциональной перестройки их. Снятие торможения стимулируется тренировкой, активизацией пострадавшей функции. Вместе с тем, при этом создаются наиболее благоприятные условия для перестройки пострадавших нервных процессов. Это положение вполне соответствует ряду клинических наблюдений, сделанных в военное время, при которых была весьма заметна роль вовлечения раненого в возможно более активное общение с окружающими в течение восстановительного процесса при нарушении речи вследствие ранения. Само собой разумеется, что такая активизация должна строго соотноситься с состоянием больного, со степенью допустимой при его состоянии нагрузки.

Особенно важно уточнить понятие тренировки в отношении человека. Тренировка пострадавшей у человека функции требует воздействия не на одну изолированно взятую функцию, а на личность больного в целом, на все стороны его психики. При этом огромную роль играет отношение больного к дефекту, стремление преодолеть его, вера в возможность такого преодоления и сознательная активность.

Упражнения в кабинете лечебной гимнастики приводили к различным результатам в зависимости от того, решали ли они какую-либо осмысленную для раненого задачу. М. С. Лебединским установлено, что если раненому предлагалось достать предмет, он мог для этого поднять руку несколько выше, чем если ему просто предлагалось поднять ограниченную в движениях вследствие периферического или центрального ранения руку вверх «насколько возможно».

Тренировка пострадавшей функции нередко должна сопровождаться тренировкой других родственных функций, если они хоть сколько-нибудь пострадали или даже не пострадали. Врач и педагог-специалист в области восстановительной терапии



должны полностью учитывать значение осмысленности, осознанности, характера задачи при тренировочных занятиях. Тренировка перестраивает функции, вовлекая взамен необратимо нарушенных механизмов другие.

Восстановление функции может потребовать вовлечения в процессе тренировки сохранных отделов мозга в тот или иной пострадавший вид деятельности.

Такой вид компенсации можно с особой очевидностью обнаружить при ряде повреждений периферических органов. Достаточно для этого проследить, как пользуется человек, перенесший ампутацию, активным протезом руки и ноги. Подвергшийся ампутации руки производит хватательные движения кистью протеза путем ранее вообще ему не известных движений мышц плеча и туловища. Аналогичные явления имеют место и при повреждении участков коры головного мозга. Имеется достаточно доказательств того, что пострадавшая после кровоизлияния или травмы речевая зона коры в левом полушарии с последующей афазией может быть в какой-то мере замещена в процессе восстановления другими участками коры, как в пострадавшем полушарии (Моракон), так и в противоположном, особенно в симметричных зонах. В компенсаторный процесс, несомненно, при этом вовлекаются не только отдельные участки коры, но и мозг в целом, включая и подкорковые системы с ретикулярной формацией. В процесс компенсации пострадавших анализаторов или речи вовлекается интеллект больного, его память, внимание, эмоции, воля. И это, само собой разумеется, не позволяет в соответствующих случаях сводить механизм компенсации к вовлечению в процесс перестройки пострадавшей функции лишь отдельных участков мозга.

Наряду с компенсацией при нарушении отдельных мозговых процессов врачу и педагогу приходится нередко сталкиваться с вопросами компенсации более широких расстройств психической деятельности, главным образом при олигофрении, и некотором снижении интеллекта в результате более поздних поражений головного мозга. Возможная компенсация и приспособление к жизни здесь осуществляется в основном за счет всего, что в высшей нервной деятельности, в психике достигло удовлетворительного уровня развития или осталось сохранным.

Там, где удалось достигнуть компенсации, возможно впоследствии при неблагоприятных условиях наступление в той или иной мере выраженной *декомпенсации*.

Состояние декомпенсации бывает как длительным, так и быстро проходящим. Во время войны мы наблюдали больных, у которых декомпенсация наступала перед судорожным припадком. Так, у одного больного после ранения в затылочную область отмечались оптические галлюцинации и макропсии.



Позднее эти явления стали отмечаться только на короткое время перед припадком (травматическая эпилепсия).

При ряде наблюдений можно было отметить, что чем более широко вовлечены в механизм компенсации все стороны психики личности с их мозговыми механизмами, тем более шансов предупредить наступление декомпенсации, добиться большей устойчивости восстановленных процессов.

**Восстановительное лечение.** О восстановительном лечении можно говорить, когда больному оказывается специальная помощь в целях достижения наиболее успешных компенсаций и приспособления.

Известно, что эти процессы могут осуществляться до некоторой степени стихийно. В этих случаях далеко не обеспечено, что компенсация пойдет по наиболее целесообразным, обеспечивающим наибольшую эффективность и надежность путям. Но приспособление и компенсация могут быть построены по определенному, практически и теоретически обоснованному плану, как направленные процессы, с использованием различных технических средств, различных лечебных и педагогических приемов.

Ампутированному в большинстве случаев мало дать протез руки или ноги. Ему надо помочь овладеть протезом. Нужно показать приемы пользования протезом, организовать тренировку наиболее совершенных приемов пользования, нужно помочь преодолеть страх и неуверенность, часто наблюдающиеся в начале пользования протезом. Здесь можно, мы полагаем, говорить о характерной форме невроза у ампутированных. Таким образом, чтобы обеспечить наиболее эффективное пользование протезом, врачу необходимо ознакомиться с нервно-психическим состоянием пострадавшего и оказать ему дальнейшую врачебную и педагогическую помощь в соответствии с данными психоневрологического и общемедицинского исследования.

Обучение слепых или глухих детей также может быть успешным, если оно обеспечено тщательным медико-психологическим предварительным исследованием и дальнейшим наблюдением врача и педагога, научно обоснованным направлением ими компенсаторного процесса.

Именно знание этих требований дает возможность, в частности советским специалистам, достигать замечательных успехов в обучении и воспитании слепых, глухих и слепоглухонемых. Поистине выдающиеся успехи в медико-педагогической работе со слепоглухонемыми были у нас достигнуты видным педагогом и психологом И. А. Соколянским.

Значительных успехов достигла у нас медико-педагогическая помощь детям-олигофренам и слабоумным детям, детям с интеллектном, сниженным после перенесенного органического заболевания головного мозга. Здесь также важно добиться



того, чтобы процесс направленного компенсирующего обучения и воспитания строился на основе глубокого изучения состояния психики и организма больных врачами-специалистами (А. Р. Лурия, М. С. Певзнер, Т. П. Симсон, Г. Е. Сухарева и др.).

Отметим огромное значение как для приспособления олигофренов в жизни, так и для некоторой компенсации интеллектуальных расстройств у них, специально организованного, индивидуализированного в необходимой мере трудового обучения, развития их интеллекта на основе практических действий.

У нас достигла больших успехов разработка вопросов теории и практики восстановительного, компенсаторного обучения при очаговых поражениях головного мозга, особенно при афазии (А. Р. Лурия, Э. С. Бейн, В. М. Коган и др.).

В качестве примера психологического анализа нарушенной речи и роли полученных при этом анализе данных для организации тренировочных занятий больными можно сослаться на материалы, относящиеся к аграфии. Как известно, аграфия может возникать при поражении теменно-затылочной области (оптическая аграфия), при височной локализации поражения сенсорной афазией и др. Совершенно очевидно, что путь тренировки следует избрать в зависимости от характера аграфии. Очень многое сделано, в частности, для углубленного медико-психологического анализа и соответствующего обучения и тренировки при различных формах афазии.

В свое время такое исследование дало (М. С. Лебединский) основания, чтобы обратить внимание на возможность использования фантомных переживаний для эффективного обучения пользованию протезом конечности. Позднее эта зависимость была подтверждена и особенности ее разработаны рядом отечественных и зарубежных авторов (Д. К. Языков, М. А. Клыков, Wilm и др.).

Все эти и многие другие, здесь не упоминавшиеся исследования, убедительно показали, как велика роль психологии при разработке и использовании методов восстановительной и компенсирующей терапии, методов медицинской педагогики в целом.

**Медицинская педагогика и санитарное просвещение.** Санитарное просвещение представляет один из видов медицинской педагогики.

Особенно важным представляется медико-психологический анализ того раздела санитарного просвещения, который включает освещение различного рода болезней.

Разные люди весьма по-разному относятся к информации о тяжелых заболеваниях. На перенесших смерть близкого человека от рака особенно может подействовать лекция об этой болезни уже просто потому, что она вновь оживит тягостные



воспоминания. У тревожно-мнительного человека даже оптимистически построенная лекция о раке может оставить, в основном, только мысли о возможности заболеть этой страшной болезнью. С этим приходится всячески считаться лектору. Учитывая это, прежде всего следует очень осторожно определять содержание лекции и ее словесное оформление и даже манеру читать ее. Здесь важно, чтобы все выразительные средства лектора были мобилизованы для предотвращения устрашения хотя бы малой части слушателей.

С позиций медицинской психологии можно пожелать, чтобы в лекциях по санитарному просвещению уделялось достаточно внимания особенностям психики больных и возникающим в связи с этим требованиям к окружающим.

Не только врач и его помощники могут нанести больному психическую травму. Это чаще делают окружающие его люди: родные, другие больные, знакомые и др. Очень важно обучать широко тому, как следует вести себя в отношении больных людей, чтобы не травмировать их психику. В санитарно-просветительной работе особенно следует рекомендовать воздержание от советов больным со стороны некомпетентных людей, от неуместных бесед между больными об их болезни, от излишней нагрузки на их нервную систему, на их психику.

В общей педагогике много исследований посвящено вопросу о наиболее целесообразном соотношении словесного и наглядного материала в лекции. Не касаясь здесь этого общего вопроса, несмотря на всю его важность для санитарного просвещения, отметим, что в лекции по санитарному просвещению не следует запечатлевать чрезмерно образ болезни в сознании слушателей.

Санитарно-просветительные лекции должны всегда иметь перед собой и психогигиенические и психотерапевтические задачи. Они должны просвещать, убеждать, внушать веру в медицину, укреплять бодрость, оптимизм.



## МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ВОСПИТАНИЕ ВРАЧА

**Особенности врачебной профессии.** В круг вопросов медицинской психологии следует включить также и вопрос о воспитании врача, которое не может быть оторвано от обучения будущего врача. В этом вопросе медицина соприкасается с педагогикой, как наукой об обучении и воспитании.

Трудно назвать профессию, которая была бы так ответственна, как профессия врача, которому доверяет человек свое здоровье, свою жизнь, здоровье и жизнь своих близких. Каждый поступок, каждое слово врача имеет нередко исключительно большое значение для людей, ждущих его помощи. Чтобы быть способным нести с честью возлагаемую на него обществом высокую ответственность, врач должен быть не только обучен своей специальности, но и воспитан в соответствии с ее требованиями.

Во врачебной работе представлены процесс руководства больным со стороны врача и взаимодействие его и больного. Так как болеют люди с разными особенностями личности, разным характером и разным интеллектом, а свойства личности играют роль в возникновении и течении болезни, то врачу нужно уметь эти свойства хотя бы до какой-то степени распознавать и соотносываться с ними. Врач должен быть внимателен не только к тому, что касается организма больного, но и его личности, его переживаний, потребностей, больного как человека.

Осуществляя лечебно-профилактическую работу, врач имеет перед собой не абстрактную и стандартную болезнь, а живого человека, реагирующего на болезнь, на врача, на течение болезни, на связанные с болезнью обстоятельства жизни. Врач, таким образом, должен разбираться не только в болезни, но и в личности больного. Он может быть очень предан делу



лечения, но незнание им психики больного может снижать его возможности оказать больному полноценную помощь. Врач должен уметь распознавать, с кем он имеет дело и в соответствии с этим детализировать свои задачи, свою тактику. Есть больные скрытные, застенчивые, стыдливые, есть, наоборот, откровенные, незастенчивые и нестыдливые. Это должен уметь оценить врач.

Некоторые больные склонны преувеличивать свою болезнь, другие склонны преуменьшать ее. Есть больные ипохондрически-мнительные и есть не чувствительные и не сознающие в достаточной мере свою болезнь. Все это не может не потребовать разных подходов врача к этим больным. Здесь указаны лишь немногие характерологические варианты особенностей личности больных, их отношения к своей болезни, к врачу, но на самом деле их много. Не имея возможности все их перечислить, ограничимся отдельными примерами.

Уже говорилось о ятрогении как болезненной реакции, вызванной неправильными словами или действиями врача. Ятрогенное действие может зависеть от неправильной оценки врачом особенностей больного, например, его отношения к своей болезни. Опасливого, тревожно-мнительного больного надо успокоить, снизить его напряжение и тревогу; легкомысленно относящемуся к болезни совершенно необходимо указать ее серьезность, нужно мобилизовать его осторожность. Недифференцированная тактика врача в отношении разных больных может, в отдельных случаях, оказаться для него вредной. Большую ошибку допустит врач, если станет успокаивать легкомысленно относящегося к болезни и повышать бдительность в отношении своего здоровья и без того тревожно-мнительного больного.

В вопросах терапии часто приобретает особое значение откровенность и доверие больного в отношении врача. Но для того, чтобы добиться такого доверия или откровенности, врачу нередко нужно уметь правильно подойти к больному, иногда нужно уметь заметить, что он что-то скрывает.

Лечение больного в ряде случаев может замедлиться и быть даже обречено на неудачу, если в происхождении и течении болезни значительную роль играют психические моменты, а врач этого своевременно не вскрыет. Отсюда ясно, что каждый лечащий врач должен быть психологически и психотерапевтически вооружен.

Важно тонкое понимание больного хирургом. Этого, в частности, требовал от хирурга Н. И. Пирогов. Но далеко не всегда хирурги уделяют внимание состоянию психики больного. Чем сложнее и ответственнее оперативное вмешательство, тем больше внимания должно быть уделено подготовке к операции больного, и в этой подготовке существенную и трудную



часть представляет область психологическая. Состояние психики больного в ряде случаев может требовать изменения даты операции, специальных лечебных мероприятий в предоперационном периоде. Больной перед операцией должен быть по возможности спокоен, надеяться на успех операции, верить врачу. Современная психофармакология располагает разнообразными «успокоителями». Отрицать или недооценивать их значение, конечно, нельзя. Но все же эти успокоители так меняют тонус и реактивность вегетативной нервной системы, что пока трудно сказать, в какой мере этот способ успокоения достаточен и безвреден.

Вместе с тем фармакологические «успокоители», ликвидируя возбуждение, далеко не всегда устраняют страх и тревогу перед операцией. Здесь нужна и психотерапия.

Важным моментом оперативного вмешательства является наркоз. Наркотизатор должен правильно сочетать поступление наркотизирующего вещества и воздуха. Больные по-разному реагируют на прекращение подачи воздуха. Одни спокойны, другие обнаруживают длительное возбуждение, третьи возбудимы, но сдержанны, проявляют возбуждение в значительных вегетативных реакциях. Возможно, что случаи шока при наркозе относятся сюда.

Так, больная И., 16 лет, подверглась операции по поводу нагноения шейных желез. Она была возбудима и экспансивна. Когда ей внезапно наложили на лицо маску (эфирно-хлороформный наркоз), она забилась, задыхаясь, и в тревожном возбуждении вырвалась, ударила нечаянно по лицу профессора, производившего операцию. Он приостановил наркотизацию, успокоил больную и дал указание о постепенном исключении воздуха под маской. После этого больная спокойно погрузилась в наркоз, и операция прошла благополучно.

В послеоперационном периоде состояние общего психического тонуса и психическое воздействие на него также, конечно, имеет немалое значение.

Все эти вопросы многократно освещались как в зарубежной, так и в отечественной литературе. С. Я. Мудров, Н. И. Пирогов, А. И. Яроцкий, В. Ф. Зеленин, Р. А. Лурья и многие другие авторы писали много и убедительно о том, как важно для врача разбираться в состоянии психики больного. И все же эти взгляды проникли в систему подготовки врачей далеко недостаточно.

Разумеется, при общем значении психического момента на разных этапах лечебного воздействия степень его зависит и от психических особенностей больного. Так, для больных возбудимого, тревожного, мнительного, впечатлительного характера роль различных моментов в условиях лечения особенно резко нарастает.

**Обучение и воспитание врача.** Учитывая необходимость получения врачом хотя бы элементарных знаний в области пси-



хологии больного, Министерство здравоохранения СССР постановило ввести в медицинских институтах курс медицинской психологии. Медицинская психология здесь должна быть частью общей медицинской пропедевтики и имеет значение для всех клинических дисциплин.

Также, конечно, необходимо расширение исследовательской работы в области медицинской психологии, которая могла бы стать опорой преподавания.

Существенную сторону подготовки врача представляет его воспитание. Каждая преподаваемая в высших учебных заведениях дисциплина должна быть оценена и с точки зрения ее воспитательного значения. В этом смысле роль медицинской психологии очень велика. Понимание больного, его моральных качеств, его подлинно человеческого облика, его переживаний, его страданий является важным моментом в деятельности врача. Он должен быть подготовлен и по знаниям, и по пониманию своего долга к тому, чтобы в его деятельности эта сторона была обеспечена. Это является одним из важных условий настоящей гуманности врачебной профессии. К сожалению, еще приходится встречать врачей, которые за болезнью желудка, глаз, даже мозга не видят страданий больного человека. Так, например, молодой врач (сторонник нового метода лечения) показал опытному хирургу больную и предложил применить для ее лечения новый метод. Хирург осмотрел больную и при этом сказал: «Это (у больной) — не нога, а деревяшка. Что Вы с ней собираетесь делать?» Впоследствии молодой врач существенно помог больной. Но не столь важно, что консультирующий хирург ошибся в прогнозе. Ошибка такого рода возможна. Но, конечно, недопустимо так говорить в присутствии больной, даже если врач не уверен в благополучном исходе лечения. Сколько здесь бесчеловечного игнорирования переживаний больного человека, пренебрежительного отношения к его чувствам. Обучение и воспитание врача в медицинском институте должно быть всячески направлено на предотвращение возможности столь грубых ошибок. Можно думать, что преподавание медицинской психологии сыграет в этом свою роль. Успешное решение задачи при этом требует, чтобы и все кафедры тесно сотрудничали с курсом психологии в обучении и воспитании студента-медика.

Слово «гуманный» означает человеческий. Врач, лишенный понимания особенностей индивидуальных свойств, присущих конкретной личности, не может иметь правильного подхода к больному.

Издавна существует *деонтология* как научная дисциплина о правилах поведения человека.

Медицинская деонтология — это система требований, которые предъявляются к медицинскому работнику, которыми он



должен руководствоваться в своей деятельности и которые он обязан выполнять.

У нас были опубликованы ценные работы по хирургической деонтологии и др.

Конечно, каждая медицинская специальность выдвигает свои дополнительные требования, но в основе всех их лежит моральный кодекс врача, т. е. система обязательств, которые принимает на себя врач, получая диплом, и которые раньше им скреплялись собственноручной подписью («врачебная клятва»).

Некоторые психологические и характерологические качества врача. Врачу прежде всего необходимо сознание долга и ответственное отношение к своим обязанностям, благожелательное, внимательное и сочувственное отношение к больному, приветливость в обращении с ним, выдержка и самообладание во взаимоотношениях с больными, которые нередко в результате болезни становятся раздражительными, нетактичными. Важны и необходимы для врача интерес и любовь к медицинскому делу, терпение и настойчивость в достижении лечебного результата, сочетание мягкости с разумной настойчивостью в отношении к больному, сочетание осмотрительности с решительностью. Перечисленные качества нужны, пожалуй, во всех случаях взаимодействия с людьми, но нет надобности доказывать, что они особенно важны в работе врача.

Здесь нет возможности объяснить и доказывать необходимость этих качеств, но по поводу некоторых нужно сказать дополнительно несколько слов. Разумеется сознание долга, интерес и любовь к делу безоговорочно необходимы для каждой специальности.

Однако, если в немедицинских профессиях эти качества требуются в общении, как правило, между здоровыми людьми, то не таково положение в медицине.

Врач общается с больным человеком, психика которого может быть изменена или непосредственно вследствие заболевания центральной нервной системы или же в результате переносимых им страданий. В этом общении врачу приходится занимать совершенно особое положение, от него здесь требуется особая чуткость, особый такт, особо тонкое понимание больного, обстоятельств, в которых находится больной, того, что ожидает от него больной.

Управление своим поведением является особенно важным условием успешной работы врача и всего медицинского персонала. Врач может быть утомлен, угнетен, перераздражен рядом трудностей, но, несмотря на это, с больным он должен быть бодр, приветлив и владеть собой. Теплота, приветливость необычайно ободряют и привлекают больного к врачу. Наоборот: скучное, неприветливое, холодное, формальное отношение отпу-



гивает, отталкивает, раздражает и угнетает больного. Мягкость и самообладание особенно необходимы при взаимодействии с раздражительными и раздражающими больными. Врач сам может обладать раздражительным характером. Некоторые больные могут особенно его раздражать. Но если врач не может совладеть при этом с собой, то это сильно снижает его врачебные достоинства или даже делает его непригодным для врачебной деятельности.

Перечисленные выше и другие положительные качества могут быть выражены в той или иной степени. От их развития зависит степень соответствия человека профессии врача. Этот комплекс свойств не является врожденным и неизменным, он развивается в процессе воспитания и опыта практической работы. Будущий врач должен знать, какие качества от него требуются, и всячески при помощи своих учителей и старших товарищей развивать в себе любовь к своему делу, к больному, являющуюся при этом решающим фактором. Можно ли любить врачебное дело и не любить больного? Так иногда бывает. Но при отсутствии любви к больному врач не только будет работать хуже, но ему будет гораздо труднее работать и гораздо труднее добиваться желательного результата. А что значит любить больного? Любовь к больному — это прежде всего живое сочувствие ему. У некоторых людей болезнь вызывает сочувствие и желание помочь, других отталкивает, третьих оставляет безразличными. Для врачебной профессии подходит именно первая категория людей. Сознание долга и сочувствие, желание помочь является силой, которая позволяет преодолевать многочисленные трудности врачебной профессии. И эти качества врача должны быть сформированы у него в процессе воспитания и образования преподавателями, а также в процессе постоянной его работы над собой, самовоспитания. Эти качества врач должен своим словом, примером воспитывать у своих сотрудников.

Существенным для врача является большая работоспособность. Врач для нее черпает силы из сознания врачебного долга, помноженного на живое сочувствие больным, нуждающимся в его помощи.

Качества врача, его способность привлекать к себе добрые чувства больных в большой мере зависят от его общей культуры. 40 лет тому назад известный физиолог В. Я. Данилевский писал, «что для выполнения своих широких профессиональных задач врач прежде всего должен быть представителем общего научного образования, с широким кругозором, а не простым специалистом-ремесленником».

Обучение и воспитание врача не должно допускать, чтобы умение применять различные точные методы исследования, различные эффективные методы лечения, ослабляло бы его внима-



ние к больному со всеми его индивидуальными особенностями, заслоняло бы от него больного.

Врач должен в пределах своей специальности в полной мере владеть новейшей техникой, но только никогда техника не должна овладевать им, подчинять его себе.

Сказанное о качествах врача имеет значение и для молодежи, которая стоит перед проблемой выбора профессии. Знание особенностей профессии и медицинской деонтологии является важным не только для решения вопроса о том, быть врачом или нет, но также и для выбора определенной медицинской специальности.

Нельзя забывать о том, что врач является руководителем медицинского среднего и младшего персонала, что он — руководитель режима отделения и отвечает за всю атмосферу, которая должна быть психотерапевтической.

В процессе обучения необходимо развивать у будущего врача соответствующую направленность и интерес к организаторской работе.

**Пригодность к медицинской деятельности.** Врачебная профессия относится к трудным профессиям. Еще имеется в медицине много неизвестного, много нерешенных вопросов, существует много тяжелых заболеваний с роковым исходом. Порой усилия врача оказываются бесплодными. Болезнь может оказаться смертельной. Иной раз жизнь больного может быть спасена, но он выходит из болезни с тем или иным дефектом, приводящим его в ряде случаев в отчаяние, иногда вызывающим у него необоснованную обиду на врача. Больной может оказаться неблагодарным и неправым в отношении врача. Врач, будучи до конца добросовестным, может все же допустить и ошибку, которую нелегко переживает, даже если она оправдана обстоятельствами. Все это требует от врача большой стойкости, способности правильно оценить и свои действия, и отношение окружающих, умение подчинить личные чувства высокому долгу.

Среди больных врачу-непсихиатру могут встретиться невротики и психопаты, и даже душевнобольные, люди с тяжелым характером, алкоголики и пр. В этих условиях врачу приходится особенно проявлять выдержку, продолжать усилия в борьбе с болезнью, иногда даже вопреки противодействию больного, вопреки его неправильным установкам.

Если же сам врач является невротиком, психопатом или алкоголиком, то для него профессиональная деятельность становится особенно трудной.

Пессимизм и скептицизм, если они овладевают врачом, губительно отзываются на его работе.

В условиях советского здравоохранения важнейшим фактором, определяющим оптимизм врача, является его уверенность



в том, что больным у нас доступна любая показанная им форма лечения, обеспеченная успехами медицины и прогрессом медицинской науки.

Можно бы отметить еще ряд общих и более частных черт личности, которые нужно воспитывать у врача. Сюда относятся общая высокая культура, специальная культура врачебной деятельности, организованность в работе, любовь к порядку, аккуратность и чистоплотность врача, т. е. черты, на которые указывал еще Гиппократ. Дополнительные требования, предъявляемые к различным медицинским специальностям, относятся скорее к профессиональной подготовке, чем к общему воспитанию врача.

В заключение нужно сказать, что гуманнейшая из профессий — медицинская в условиях советской действительности обеспечивает величайшие возможности творческого приложения усилий медицинского работника и является самым мощным источником его преданности врачебному делу.



## ЛИТЕРАТУРА

- А д а м о в и ч В. А. 3-я конф. по вопр. электрофизиол. нервн. сист., Киев, 1960, 10—13.
- А м о с о в Н. Моделирование мышления и психики. Киев, 1965.
- А н о х и н П. К. Физиол. журн. СССР, 1957, 43, 11, 1072—1085.
- А с р а т я н Э. А. Физиология центральной нервной системы. М., 1953.
- А с т в а ц а т у р о в М. И. Учебник нервных болезней. Л., 1938.
- Б а с с и н Ф. В. Докл. на совещ. по философск. вопр. физиологии высшей нервной деятельности и психологии, М., 1963, 425.
- Бессознательное. Новые идеи в философии. Сб. 15, СПб., 1914.
- Б е х т е р е в В. М. Объективная психология. СПб., 1906—1912.
- Б е х т е р е в В. М. Душевные болезни как болезни личности. Вопросы изучения и воспитания личности. Пг., 1920.
- Б е х т е р е в В. М. Избранные произведения. М., 1954.
- Б о б к о в а В. В. Тр. IV Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. М., 1965, т. V, 280.
- Б о т к и н С. П. Курс клиники внутренних болезней и клинические лекции. М., 1950.
- Б ы к о в К. М. Кора головного мозга и внутренние органы. М. — Л., 1944.
- Вопросы восстановления психофизиологических функций. Уч. зап. Московск. гос. ун-та, М., 1947.
- Вопросы психотерапии. Под ред. М. С. Лебединского. М., 1958.
- Вопросы психологии личности. Под ред. В. И. Игнатьева. М., 1960.
- В ы г о т с к и й Л. С. Избранные психологические исследования. М., 1960.
- Г а н н у ш к и н П. Б. Избранные произведения. М., 1964.
- Г е л л е р ш т е й н С. Г., Ц ф а с м а н И. Л. Принципы и методы трудовой терапии психических больных. М., 1963.
- Г е л ь г о р и Э., Л у ф б о р р о у Д. Эмоции и эмоциональные расстройства. Пер. с англ. М., 1966.
- Г е р ц б е р г М. О. Очерки по проблеме сознания в психопатологии. М., 1961.
- Г е р ш у н и Г. В. Общие результаты исследования деятельности звукового анализатора человека при помощи реакций. М. — Л., 1957.
- Г и л я р о в с к и й В. А. Психиатрия. М., 1944.
- Г и л я р о в с к и й В. А. Старые и новые проблемы психиатрии. М., 1946.
- Г о л а н т Р. Я. О расстройствах памяти. Л., 1935.
- Г р а щ е н к о в Н. И. Гипоталамус, его роль в физиологии и патологии. М., 1964.
- Г р и б о е д о в А. С. Трудные дети. Л., 1930.
- Г у р е в и ч М. О. Психопатология детского возраста. М., 1932.
- Г у р е в и ч М. О. Сов. невропатол., 1932, 5—6, 152—160.



- Давиденков С. Н. Эволюционно-генетические проблемы в невропатологии. Л., 1947.
- Дамир Е. А., Гуляев Г. В., Соломоник В. З., Татарский М. Л. *Вопр. нейрохир.*, 1965, 3, 36—41.
- Доклады на совещании по вопросам психологии личности. (А. Г. Ковалев, В. Н. Колбановский, Н. С. Мерлин, В. Н. Мясищев, К. К. Платонов, С. Л. Рубинштейн). Изд. АПН РСФСР. М., 1956.
- Жинкин Н. И. Механизмы речи. М., 1958.
- Завилянский И. Г. *Врач и больной*. (Вопр. врач. деонтологии). Киев, 1964.
- Зачепицкий Р. А., Яковлева Е. К. Роль неправильного воспитания в происхождении неврозов. Л., 1960.
- Зейгарник Б. В. Патология мышления. М., 1962.
- Ибн-Сина. Закон врачебной науки. Книга 1-я, Ташкент, 1951.
- Иванов-Смоленский А. Г. *Очерки патофизиологии высшей нервной деятельности*. М., 1949.
- Канаев И. И. Близнецы. М. — Л., 1959.
- Кандинский В. Х. *О псевдогаллюцинациях*. СПб., 1890.
- Каннабих Ю. *История психиатрии*. М., 1930.
- Кашенко В. П. *Дефективные дети и школа*. М., 1912.
- Кербиков О. В. *Генетическая динамика психопатий и неврозов*. Актовая речь. М., 1962.
- Ковалев А. Г. *Психология личности*. Л., 1963.
- Ковалев А. Г., Мясищев В. Н. *Психические особенности человека*. Т. 1. Характер. Л., 1957.
- Ковнер К. *История средневековой медицины*. Киев, 1893.
- Коган А. Б. *Вопросы электрофизиологии и энцефалографии*. М., 1960, 263—265.
- Кононова М. П. *Руководство по психологическому исследованию психически больных детей*. М., 1963.
- Консторум С. И. *Опыт практической психотерапии*. М., 1959.
- Крылов В. А. *Тр. физиол. лаборат. им. акад. И. П. Павлова*, т. II, в. 2. М., 1952, 179—186.
- Лазурский А. Ф. *Очерк науки о характерах*. Изд. 3, Пг., 1917.
- Лазурский А. Ф. *Естественный эксперимент и его применение в школе*. Пг., 1918.
- Лебединский М. С. *Афазии, агнозии, апраксии*. Харьков, 1941.
- Лебединский М. С. *Очерки психотерапии*. М., 1959.
- Левитов Н. Д. *Вопросы психологии характера*. М., 1956.
- Леонтьев А. Н. *Проблема развития психики*. М., 1959.
- Леонтьев А. Н., Запорожец А. В. *Восстановление движений*. М., 1945.
- Лейтес Н. С. *Об умственной одаренности*. М., 1960.
- Лосский Н. О. *Психология с точки зрения волюнтаризма*. Учебник. СПб., 1911.
- Лубоцкая-Россельс Е. М. *Профилактика нервно-психических отклонений у учащихся*. М., 1963.
- Лурья А. Р. *Высшие корковые функции у человека*. М., 1962.
- Лурья А. Р. *Мозг человека и психические процессы*. М., 1963.
- Лурья А. Р. *Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания*. М., 1944.
- Манассеин В. А. *Материалы для вопроса об этиологическом и терапевтическом значении психических влияний*. СПб., 1876.
- Меерович Р. И. *Расстройства схемы тела при психических заболеваниях*. Л., 1948.
- Меграбян А. А. *О природе индивидуального сознания*. Ереван, 1959.
- Меграбян А. А. *Деперсонализация*. Ереван, 1962.
- Мерлин В. С. *Очерки психологии личности*. Пермь, 1959.
- Механизмы целого мозга*. Под ред. П. К. Анохина. М., 1963.
- Морозов В. М. *О современных направлениях в зарубежной психиатрии и их идейных истоках*. М., 1951.
- Мудров М. Я. *Избранные произведения*. М., 1949.



- Мясищев В. Н. *Вопр. изуч. и воспит. личности*, 1930, 1—2, 24—32.
- Мясищев В. Н. В сб.: *Новое в рефлексологии и физиологии нервной системы*, в. 2. Л., 1926, 201—217.
- Мясищев В. Н. *Тр. ин-та мозга*, т. II. Л., 1939, 125—127.
- Мясищев В. Н. *Личность и неврозы*. Л., 1960.
- Новое в рефлексологии и физиологии нервной системы*. Под ред. В. М. Бехтерева. Л., 1926.
- Оганесян Л. А. *О взаимоотношениях между психической и соматической сферами*. Ереван, 1961.
- Озерецкий Н. И. *Психопатология детского возраста*. Л. — М., 1938.
- Орбели Л. А. *Вопросы высшей нервной деятельности*. Л., 1949.
- Павлов И. П. *Полн. собр. соч.*, тт. I и III. Л. — М., 1952.
- Панов А. Г. В сб.: *Психофизиологический эксперимент в клинике нервных и душевных болезней*. Л., 1933, 5—23.
- Певзнер М. С. *Дети-олигофрены*. М., 1960.
- Петров Н. Н. *Вопросы хирургической деонтологии*. Л., 1948.
- Платонов К. И. *Слово, как физиологический и лечебный фактор*. М., 1963.
- Проблемы высшей нервной деятельности*. Под ред. П. К. Анохина. М., 1949.
- Проблемы сознания*. Под ред. В. М. Банщикова. М., 1966.
- Психологическая наука в СССР*, тт. 1, 2. Под ред. А. Р. Лурия. М., 1959—1960.
- Психические нарушения у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями*. Под ред. В. М. Банщикова и М. С. Вовси. М., 1959.
- Психофизиологический эксперимент в клинике нервных и душевных болезней*. Под ред. В. Н. Мясищева. Л., 1933.
- Психология*. Учебник под ред. А. А. Смирнова, А. Н. Леонтьева, С. Л. Рубинштейн, Б. М. Теплова. М., 1962.
- Рожнова М. А., Рожнов В. Е. *Легенды и правда о гипнозе*. М., 1964.
- Рохлин Л. Л. (ред.) *Тр. Куйбышевск. гос. мед. ин-та, Куйбышев*, 1956.
- Рубинова Р. С. *Организация стационарной и амбулаторной трудовой терапии психически больных*. Метод. письмо, Л., 1962.
- Рубинштейн С. Л. *Общие основы психологии*. М. — Л., 1947.
- Рубинштейн С. Л. *Бытие и сознание*. М., 1957.
- Рубинштейн С. Л. *Принципы и пути развития психологии*. М., 1959.
- Рубинштейн С. Я. *Методика экспериментальной патопсихологии*. М., 1962.
- Саркисов С. А. *Очерки по структуре и функции мозга*. М., 1964.
- Свядош А. М. *Вопр. психол.*, 1962, 1, 65—80.
- Соколянский И. А. В сб. к 30-летию Октябрьской революции, М., изд. АН СССР, 1947.
- Сеченов И. М. *Рефлексы головного мозга*. СПб., 1863.
- Сеченов И. М. *Избранные философские и психологические произведения*. М., 1947.
- Симсон Т. *Неврозы, их предупреждение и лечение*. М., 1958.
- Случевский И. Ф. *Психиатрия*. Л., 1957.
- Смирнов А. А. *Психология запоминания*. М., 1948.
- Спиркин А. Г. *Происхождение сознания*. М., 1960.
- Сухарева Г. Е. *Клинические лекции по психиатрии детского возраста*, тт. I, II, III, Л. — М., 1955—1964.
- Суханов С. А. *Патологические характеры*. СПб., 1912.
- Теплов Б. М. *Проблемы индивидуальных различий*. М., 1961.
- Типологические особенности высшей нервной деятельности*, тт. I—IV. М., 1956—1963.
- Тонконогий И. М., Кайданова С. И. *Журн. невропатол.*, 1963, 11, 1614—1619.
- Тоноконогий И. М., Цуккерман И. П. *Вопр. психол.*, 1965, 1, 83—92.
- Трошин Г. Я. *Сравнительная психология нормальных и ненормальных детей*. Тт. 1, 2, М., 1916.



- Узнадзе Д. Н. В сб.: Экспериментальные исследования по психологии установки, Тбилиси, 1958, 5.
- Ухтомский А. А. Собр. соч., т. IV. М., 1945.
- Фаддеева В. К. Методика экспериментального исследования высшей нервной деятельности. М., 1960.
- Философские вопросы физиологии высшей нервной деятельности и психологии. М., 1963.
- Царегородцев Г. И. Диалектический материализм и медицина. Изд. 2, М., 1966.
- Шорохова Е. В. Проблема сознания в философии и естествознании. М., 1961.
- Штернберг Э. Я. Клиника деменции пресенильного возраста. Автореф. дисс. М., 1963.
- Щелкунов Е. Л. Журн. высш. нервн. деят., 1962, 1, 173—180.
- Эфроимсон В. П. Введение в медицинскую генетику. М., 1964.
- Ярмоленко А. В. Очерк психологии слепоглухонемых. Л., 1961.
- Adler A. Über den nervösen Charakter. Wiesbaden, 1912.
- Adler A. Menschenkenntniss. Leipzig, 1927.
- Alexander F. Psychosomatische Medizin. Berlin, 1951.
- Allport G. Personality: a psychological interpretation. N. Y., 1937.
- Allport G. The nature of personality. N. Y., 1950.
- Azam M. Hypnotismus double conscience et altération de personnalité. Paris, 1887.
- Balint M. u. Balint E. Psychotherapeutische Techniken in der Medizin. Stuttgart, 1962.
- Bard. Am. J. Physiol., 1928, 84, 490.
- Bernheim H. De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique. Nancy, 1886.
- Binet A. Les altérations de personnalité. Paris, 1893.
- Binet A. La psychologie individuelle. Paris, 1892.
- [Binet A., Simon T.] Бинэ А., Симон Т. Ненормальные дети. Пер. с франц. СПб., 1911.
- Binswanger L. Nervenarzt, 1951, 1, 35—40.
- Birnbaum K. Handwörterbuch der medizinischen Psychologie. Leipzig, 1930.
- Blondel Ch. La Psychoanalyse. 1924.
- [Baldwin D. M.] Болдуин Д. М. Духовное развитие с социологической и этической точки зрения. (Исследование по соц. психологии). Пер. с англ. М., 1913.
- Bourgu H. et Birot P. Variations de personnalité. Paris, 1888.
- Braid J. Neurohypnologie or the rationale of nervous sleep. London, 1843.
- Brain Mechanisms a. Consciousness. A symposium. Oxford, 1954.
- Bracken H., von, u. David H. Perspektiven der Persönlichkeitstheorie. Stuttgart, 1959.
- Braun E. Hdb. d. Geisteskrank., V. 1928, 112—226.
- Brodman K. Vergleichende Lokalisationslehre der Grosshirnrinde in ihren Prinzipien dargestellt auf Grund des Zellenbaues. Leipzig, 1925.
- Cattell R. B. Personality a. systematic, theoretical a. factorial studies. N. Y., 1950.
- Charcot J. M. Leçons sur les maladies de la système nerveuse. Paris, 1887.
- Davenport Ch. B. Proc. Soc. Biol., 1913, 12, 17—28.
- De Frees H. Die Mutationen in der Erblchkeitslehre. Berlin, 1912.
- Delay J., Pichot P., Perse J. Les méthodes psychométriques cliniques. Paris, 1955.
- Delgado M. R. EEG a. Clin. Neurophysiol., 1963, suppl. 24.
- Delgado M. R. Free behavior and brain stimulation. N. Y., 1964.
- Del Greco F. Traité international de psychologie pathologique. Paris, 1910, 42.
- Destunis G. Einführung in die medizinische Psychologie. Berlin, 1955.
- Doll E. A. The measurment of social competence. N. Y., 1952.
- Dunne D. Die Hypnose, Stuttgart, 1960.



- Economio K. u. Koskinas G. Die Cytoarchitektonie der Hirnrinde des erwachsenen Menschen. Wien, 1926.
- Eccles J. C. The neurophysical basis of mind. Oxford, 1953.
- [Eshby W. R.] Эшби У. Р. Конструкция мозга. Пер. с англ. М., 1962.
- Ewald G. Temperament u. Character. Berlin, 1924.
- Eysenk H. Behaviourtherapy and the neurosis. Oxford, 1964.
- Frankl V. Theorie u. Therapie d. Neurosen. Wien, 1956.
- Freud S. Das Ich und das Es. Wien, 1923.
- Freud S. Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalysen. Leipzig, 1933.
- Friedreich I. B. Systematische Literatur d. ärztlichen u. gerichtlichen Psychologie. Berlin, 1833.
- Fromm E. Men for himself. Chicago, 1947.
- Galton F. Hereditary Genius. London, 1869.
- Gantt W. H. The oridon development of behavior disorders in dogs. N. Y., 1943.
- Gantt W. H. Principles of nerven breakdown in schisoamnesia and autoamnesia. Gompative conditioned reflexes. N. Y., 1953.
- Cantl W. H. Pavlovian Principe and psychiatry. Progress in psychotheparie. II. Moreno, 1957.
- Garfield S. Introductory clinical psychology. N. Y., 1957.
- Goldstein K. The organism. N. Y., 1939.
- Gross O. Über psychopatische Minderwertigkeiten. Leipzig, 1909.
- Granit R. Receptors and sensory perception. N. Haven, 1956.
- Gruhle G. Verstehende Psychologie. Stuttgart, 1956.
- Gruhle G., Berze G. Psychologie der Schizophrenie. Berlin, 1929.
- Guilford J. Persönlichkeit. Logik, Methodik und Ergebnisse. Wertheim, 1964.
- Haeberlin P. Der Charakter. Basel, 1923.
- Handbook of abnormal psychology. London, 1961.
- Hawort M. Child psychotherapy N. Y. — London, 1964.
- Hellpach W. Klinische Psychologie. Heidelberg, 1949.
- Heller T. Grundriss d. Heilpädagogik. Leipzig, 1912.
- Hennig W. Beiträge zur Erforschung des Stofferns. München, 1959.
- Hess W. R. Hypothalamus und Thalamus. Leipzig, 1956.
- Heymans G., Wiersman E. Z. Psychol., 1906—1912, 46—62.
- Hiltmann H. Kompendium psychodiagnostischen Tests. Bern u. Stuttgart, 1960.
- Hoffmann H. Charakter u. Umwelt. Berlin, 1928.
- Hoffmann H. Das Problem des Charakter aufbaus. Berlin, 1926.
- Hollender M. The psychology of medical practice. Philadelphia, 1958.
- Homburger A. Psychopatologie des Kindesalters. Berlin, 1926.
- Horney K. Our inner conflicts. N. Y., 1945.
- Hypnosis throuhout the world. Illinois, 1964.
- Jackson J. H. Selected writing. V.v. 1—2, London, 1931.
- [Janet P.] Жанэ П. Психический автоматизм. Пер. с франц. М., 1913.
- [Janet] P. Жанэ П. Неврозы и фиксированные иден. Пер. с франц. СПб., 1903.
- Janet P. La medicine psychologique. Paris, 1923.
- Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. Berlin, 1948.
- Jores A. Der Mensch und seine Krankheit. Stuttgart, 1956.
- Jung C. C. Psychologische Typen. Zürich, 1921.
- Jung C. G. Über die Psychologie des Unbewussten. Zürich, 1943.
- Kadinsky D. Strukturelemente der Persönlichkeit. Berlin, 1963.
- Kahn E. Hdb. Geisteskrankh., V, 1928, 227—478.
- Klages L. Die Grundlagen d. Charakterkunde. Leipzig, 1926.
- Köhler W. Gestalt Psychology. London, 1930.
- Kleinsorge H. u. Klumbies G. Psychotherapie in Klinik und Praxis. Berlin, 1958.
- Koffka K. Die Grundlagen der psychischen Entwicklung. München, 1925.
- Kretschmer E. Körperbau u. Charakter. 10, Berlin, 1931.
- [Kretschmer E.] Кречмер Э. Строение тела и характер. Пер. с нем. М., 1924.



- [Kretshmen E.] Кречмер Э. Медицинская психология. Пер. с нем. М., 1927.  
 Kretschmer E. Medizinische Psychologie. Stuttgart, 1956.  
 Kronfeld A. Lehrbuch d. Charakterkunde. Berlin, 1932.  
 Langen D. Methodische Probleme der klinischen Psychotherapie. Stuttgart, 1956.  
 Langen D. Anleitung zur gestuften Aktivhypnose. Tübingen, 1961.  
 Langley J. N. Das autonome Nervensystem. Berlin, 1922.  
 Langmeier J., Malejcek Z. Psychická deprivace v detství. Praha, 1963.  
 [Lashley K.] Лешли К. Мозг и интеллект. Пер. с англ. М., 1933.  
 Lilly Am. J. Psychiat., 1958, 127, 1181.  
 Lotze R. H. Medizinische Psychologie. Leipzig, 1852.  
 Luchsinger R. Poltern. Berlin, 1963.  
 Luria R. Charakter a. Personality. N. Y., 1936.  
 Magoun H. W. a. Moguzzi G. EEG a. Clin. Neurophysiol., 1949, 1, 455—473.  
 [Magoun H. W.] Мэгун Г. В. Бодрствующий мозг. Пер. с англ. М., 1961.  
 Maurer O. H. Learning theorie a. personality dynamics. N. Y., 1950.  
 Meng H. Psychohygienische Vorlesungen. Basel, 1958.  
 Meyerhoff H. Leitfaden der klinischen Psychologie. München—Basel, 1960.  
 Monakow K. Die Localization im Grosshirn und der Abbau der Funktion durch Kortikale Herde. Wiesbaden, 1914.  
 Monakow K. Gehirn u. Seele. Wiesbaden, 1914.  
 Müller-Hegemann D. Psychotherapie. Berlin, 1957.  
 Murray H. Thematik apperception test manual. Cambridge, 1943.  
 [Penfield W., Jaspers H.] Пенфилд У., Джаспер Г. Эпилепсия и функциональная анатомия головного мозга. Пер. с англ., М., 1958.  
 Penrose L. The biology of mental defects. N. Y., 1963.  
 Pende N. La biotypologie humaine. Paris, 1912.  
 Peters W. Vererbung geistiger Eigenschaften und psychische Konstitution. Jena, 1925.  
 Pick A. Psychol. Forschung, 1922, 1, 224—237.  
 Pötz. Z. Neurol. Psych., 1924, 93.  
 Poincaré H. Science et méthode. Paris, 1908.  
 [Polant F.] Полан Ф. Психология характера. Пер. с франц. М., 1896.  
 Problem of Consciousness transactions of the 1—5 conferences 1950—1954. N. Y., 1955.  
 Prince M. The dissociation of a personality. London, 1907.  
 Projective techniques with children. N. Y. — London, 1960.  
 Psychologische Diagnostik. Hsg. von R. Heiss. Göttingen, 1964.  
 Reil U. C. Rhapsodien über die Anwendung d. psychischen Curmetoden auf Geisteserschütterungen. Halle, 1803.  
 Rewers W. Der thematische Apperzeptiwntest. Bern, 1958.  
 [Ribot Th.] Рибо П. Болезни памяти. Пер. с франц. СПб., 1881.  
 Ribot Th. La maladie de personnalité. Paris, 1885.  
 Richet P. L'homme et l'Intelligence. Paris, 1884.  
 Richec P. Bulletin de l'Institut generale psychologique. Paris, 1905.  
 Roback A. The psychology of charakter. N. Y., 1931.  
 Rohrachertz H. Kleine Charakterkunde. Aufl. 10, Wien, 1963.  
 Rostan L. Cours elementaire d'Hygiene. Paris, 1824.  
 Rosenzweig S. Der Bilder--Frustration-Test. Cöttingen. 1953.  
 Schilder P. Körperschema. Berlin, 1923.  
 Schilder P. Medizinische Psychologie. Berlin, 1924.  
 Schulz J. H. Autogene Training. Stuttgart, 1964.  
 [Selye H.] Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. Пер. с англ., М., 1960.  
 Sharpless S. a. Jasper. H. Brain, London, 1956, 79, 655.  
 Sheldon W., Steewens S. The varieties of temperaments: a psychology of constitutional differences. N. Y., 1942.  
 Sherrington C. The brain and his mechanisms. Cambridge, 1934.  
 Sherrington C. Man in his nature. London, 1948.  
 Simon H. Allg. Z. Psychiatr., 1927, 87, 97—145.



- Sidis B. Multiple personality. N. Y., 1905.
- Sjgaud C. La forme humaine. Paris, 1914.
- [Simon B.] Саймон Б. Английская школа и интеллектуальные тесты. Пер. с англ. М., 1958.
- Smuts J. Holism. a. Evolution. N. Y., 1926.
- Sneck J. Hypnosis in modern medicine. Springfield, 1959.
- Sommer R. Lehrbuch d. psychopathologischen. Untersuchungs Methoden. Berlin — Wien, 1899.
- Speer E. Klinische Psychotherapie. München, 1959.
- Strabs G. Der Szenotest. Bern, 1964.
- Stern W. Differenzielle Psychologie. Leipzig, 1911.
- Stern W. Menschliche Persönlichkeit. Leipzig, 1922.
- Stern W. Allgemeine Psychologie auf Personalistischem Grundlage. Berlin, 1935.
- Stern E. Hdb. klin. Psychologie. Zürich, 1954—55.
- [Strohmayer W.] Штромайер В. Психология детского возраста. Пер. с нем., М. — Л., 1926.
- Sullivan H. S. The interpersonal theory of phychiatry. N. Y., 1953.
- Szondi L. Exper. Triebpathologie. Bern, 1952.
- Trelat U. Recherches historique sur la folie. Paris, 1839.
- Tuke D. H. Distionary of psychological medicine. London, 1892.
- Ziehen Th. Die Geisteskrankheiten des Kindesälter. Berlin, 1906.
- Zilboorg M. a. Henry G. History of medical psychology. N. Y., 1941.
- Utitz E. Characterologie. Scharlottenburg, 1925.
- Thurstone L. Factorial studies of intelligence. Chicago, 1941.
- Vogt O., Vogt C. Allgemeine Ergebnisse unserer Hirnforschung. Leipzig, 1919.
- Wallon H. D. L'enfant turbulent. Paris, 1925.
- Wallon H. D. Psychologie pathologique. Paris, 1926.
- Wertheimer M. Über Gestalttheorie. Erlangen, 1925.
- Wechsler D. The Measurement and appraisal of adult intelligence. Baltimore, 1958.
- Wiesenhütter E. Medizinische Psychologie für vorkliniker. München—Berlin, 1960.
- Wolf S. a. Wolf H. Contribution toward medical Psychologie, v. I. N. Y., 1953, 290.
- Wolpe J. Psychotherapie of Reciprocal inhibition. Stanford, 1958.



## ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

- Абстиненция 370  
Абулия 250  
Автоматизм 145  
— амбулаторный 198  
— патологический 145  
Автоматические действия 250  
Автоматическое письмо 64  
Автоматы 391  
Агнозия оптическая 134  
— пальцевая 197  
Аграфия 405  
Адаптационный синдром 269  
Адаптация 129, 401  
Адреналин 235—238  
Адренергический эффект 235  
Акалькулия 37  
Акинезии 231, 263  
Акуфены 127  
Алгометр 136  
Алексия 37, 181  
Алкоголизм 298, 393  
Альфа-ритм 227  
Амбулаторный автоматизм 64, 198  
Амимия 172  
Аминазин 361  
Амнезия 38, 65, 205, 206  
Амнестический синдром 193, 203  
Амузия 123  
Анализаторы 32, 108, 109  
Анамнез 300—302  
Анестезия 119  
Анозогнозия 126, 218  
Аномалии 84  
Анорексия 248  
— психическая 146  
Антидепрессанты 40, 361  
Апатия 227  
Апраксия 134, 260  
— конструктивная 262, 319  
Апрактогнозия 262  
Артериосклероз 143, 146, 227, 386  
Артикуляция 174  
Архикортекс 31  
Асимболия 369  
Асимметрия полушарий 42  
Астения 93, 95, 246  
Астереогноз 114  
Атлас Рабкина 134  
Атропин 362  
Аудиометрия 136  
Аутизм 142, 234  
Афазия 39, 41, 184—188  
— амнестическая 42, 188  
— моторная 185  
— семантическая 188  
— сенсорная 38, 186  
Афония 174  
Аффект 222  
— патологический 222  
Аффектогении 274, 275  
Афферентация 254  
Ацетилхолин 237  
Базедова болезнь 364  
Бессознательное 60, 61, 67, 352  
Бихевиоризм 251  
Бодрствование 62  
Болезнь Альцгеймера 41, 54  
Болезнь Дауна 46  
— Пика 41, 54  
Боль 129  
— фантомная 132  
Больной пункт 273  
Бред 147, 168, 277  
Булимия 248  
Вдохновение 225  
Вегетативная нервная система 235  
Вживленные электроды 223  
Вербигерация 179  
Вигильность 66



- Влечения 247  
 Внимание 212—226  
 Внутренняя картина болезни 12, 13  
 Внушение 22, 274, 335  
 Возбудимость 273  
 — аффективная 227  
 Волевые действия 250  
 Волюнтаристическое направление 251  
 Воля 252  
 Воображение 165, 273  
 Воспитание 53, 118, 158, 225, 398  
 Воспоминание 194  
 Восприятие 107—136  
 Впечатление 122  
 Врачебная клятва 411  
 — профессия 413  
 Вторая сигнальная система 109  
 Высшая нервная деятельность 96, 270  
  
 Галлюцинации 127, 128  
 Галлюциногены 362  
 Гальванограмма 225  
 Гемипарез 134  
 Генетика 46  
 Генотип 105  
 Гештальтизм 77  
 Гипербулия 250  
 Гиперкинезы 263  
 Гипермия 172  
 Гипермнезия 201  
 Гиперпатия 130, 132  
 Гипертиреоз 364  
 Гипертоническая болезнь 11  
 Гипестезия 119  
 Гипноз 22, 335  
 Гипнопедия 71, 198  
 Гипокинезия 263  
 Гипоманиакальное состояние 7  
 Гипобулия 250  
 Гипомимия 172  
 Гипотаксия 336  
 Глубинная психология 343  
 Глютаминовая кислота 364  
 Головной мозг 30—32  
 Голос 173  
 Гомеостаз 385  
 Гомеостат 316  
 Графология 184  
  
 Дальтонизм 117  
 Движения 244  
 — выразительные 172  
 — привычные 248  
 Дебильность 49  
 Деграция личности 80  
 Дезоксирибонуклеиновая кислота 45  
 Дескомпенсация 403  
 Действие 244  
 Dējāvu 204  
 Деменция 142  
  
 Демонология 18  
 Деонтология 410  
 Десперсонализация 81  
 Депрессия 80  
 — психогенная 80  
 Депривация 52  
 Дерсализация 121  
 Дермолексия 110  
 Дейтеранопия 117  
 Деятельность 245  
 Дискордантность 140  
 Доминанта 268  
 Диэтиламидлизергиновая кислота 128, 362  
  
 Евгеника 46  
 Естественный эксперимент 88, 318, 378  
 Jāmaisvu 204  
  
 Жесты 172  
  
 Задержка психического развития 48, 82  
 Заикание 177, 309  
 Замешательство 232  
 Запоминание 195—198  
 — механическое 198  
 — опосредованное 195  
 Запредельное торможение 273  
 Заучивание 198  
 Зрительный бугор 131  
  
 Игра 388  
 Иден бредовые 147, 232, 276, 278  
 — ипохондрические 312  
 — навязчивые 72  
 Идеогении 274, 275  
 Идеомоторный акт 274  
 Идиотия 48, 49  
 Иероглиф 181  
 Иллюзии 126  
 Имбецил 49  
 Импрессивный тип 100  
 Импульсивные действия 249  
 Инволюция психическая 53  
 Ингибиторы 361, 365  
 Индивидуальная психология 23, 24, 102  
 Инертность патологическая 146, 158, 210, 255, 257  
 Инстинкт 7  
 Интеллект 7  
 Интересы 247, 248  
 Интероцепторы 272  
 Интероцепция 109  
 Интонация 177  
 Интравертированный тип 100  
 Интуиция 143  
 Инфантилизм 141, 399  
 Информация 304  
 Ипохондрический синдром 302



- Исследование интеллекта 56, 57  
 Исследование личности 88  
 Истериоз 272  
 Истерия 278, 348, 349  
 Итерация 179  
 Кардиофобия 224  
 Каталепсия 336  
 Катарзис 342  
 Кататимный 202  
 Кататимное мышление 234  
 Катехоламины 238, 364  
 Каузальгия 131  
 Кибернетика 169, 170  
 Клаустрофобия 224  
 Кожная дискриминация 112  
 Компенсация 400—403  
 Комплекс 241, 242  
 Конверсия 268, 352  
 Константность 108  
 Конституция 93, 94, 95  
 Конфабуляции 156, 202  
 Конфликт 344  
 Космическая медицина 125, 391  
 Косноязычие 174  
 Кретинизм 51  
 Кривая заучивания 209, 210  
 — работы 246  
 Криптомнезия 201  
 Культтерапия 374  
 Либи́до 354  
 Личность 74—90  
 Лобные доли 30  
 Логопат 276  
 Логопедия 174  
 Локализация 31, 33, 37  
 Локализационизм 31  
 Любовь 233  
 Макропсия 124  
 Маннакальное состояние 232  
 Маниакально-депрессивный психоз 48, 81  
 Мантизм 164  
 Математизация психических процессов 316  
 Медиатор 26, 237  
 Медицинская педагогика 398, 405  
 Меланхолическое состояние 232  
 Мескалин 121, 128, 362  
 Месмеризм 22  
 Метаморфопсия 120  
 Метапсихология 23  
 Мечта 166  
 Микрография 183  
 Микропсия 124  
 Микросоциология 396  
 Микседема 51  
 Мимика 172  
 Мнемотехника 199  
 Минимая ярость 239  
 Мнительность 102  
 Множественная личность 81  
 Моделирование 109, 169  
 Мозолистое тело 198  
 Морфемы 173  
 Морфин 360  
 Моноаминоксидаза 361, 365  
 Мотивы 247  
 Мутизм 179  
 Мышление 137—170  
 — архаическое 140  
 — конвергентное, дивергентное 158  
 — нарушенное 141  
 — эвристическое 140  
 — разорванное 147  
 Наблюдательность 118, 136  
 Наркогипноз 370  
 Наркоз 360, 409  
 Наркомания 360, 370  
 Наследственность 45, 46  
 Настроение 148  
 Неврастения 351  
 Невроз 80, 85, 277—279  
 — навязчивости 278, 344—347, 350  
 — ожидания 273  
 — развития 86  
 Невропсихология 9  
 Невротическое развитие 52  
 Неокортекс 31  
 Несофрейдизм 76  
 Норадреналин 235—238  
 Нервизм 92  
 Ноцицептор 131  
 Обнубиляции 68  
 Обучение 159, 244  
 Общее чувство 122  
 Олигофрения 48  
 Ориентировочная реакция 119  
 Ориентировочный рефлекс 97, 213  
 Осязание 113  
 Отношения 45, 59, 78, 79, 105  
 — эмоциональные 233  
 Отражение 59, 139  
 Отреагирование 342  
 Отчуждение мысли 145  
 Ощущения 107—136  
 — подпороговые 111  
 Палеокортекс 31, 239  
 Память 192—211  
 — оперативная 205  
 — чувств 200  
 Парабиоз 270  
 Парамнезии 202  
 Параноид психогенный 276  
 Паранойя 87



- Паранояльная идея 147  
 Парапсихология 137  
 Паратип 105  
 Парафазия 187  
 Парэйдоллизм 116, 127  
 Патогенез 353  
 Патологический аффект 148  
 Патологическое развитие личности 80  
 Педагогика медицинская 405  
 Патофизиология 8  
 Педагогика медицинская 405  
 Первая сигнальная система 109  
 Переживание 10, 80  
 — болезни 55  
 Персеверация 256  
 Персонализм 77  
 Пиктограмма 181  
 Письмо 181—183  
 Писчий спазм 184  
 Пикническое телосложение 93, 95  
 Плацебо 367  
 Плетизмограмма 165, 356  
 Подражание 244  
 Побуждения 248  
 Поле зрения 134  
 Полиглот 182  
 Полисемантизм 147  
 Понимание 161  
 Понятие 149, 150  
 Порроексия 124  
 Последовательный образ 115  
 Пословицы 153  
 Поступки 248  
 Потребности 246  
 Почерк 184  
 Предвестники 54  
 Представление 199, 275  
 Преступление 247  
 Примечание 205  
 Припоминание 204  
 Прожективные тесты 168  
 Протанопия 117  
 Протрептика 335  
 Профилактика 13, 243, 386  
 Псевдоамнезия 207  
 Псевдогаллюцинации 127, 128  
 Псевдодеменция 148  
 Псевдополиметрия 43  
 Псевдореминисценции 202  
 Психалгия 275  
 Психастения 349  
 Психика 29, 34, 386  
 Психики 21, 22  
 Психоз 80, 81  
 Психология 5—14  
 Психиатрия 21  
 Психологический функционализм 31  
 Психическая травма 273, 333  
 Психоанализ 23, 24, 342  
 Психогенез 274, 343, 352  
 Психогенные заболевания 271—277  
 Психогения 9, 10, 11, 267, 343  
 Психогигиена 14, 384  
 Психопатия 48, 51, 52, 82, 85, 104  
 Психопатология 8  
 Психопрофилактика 13  
 Психосенсорные нарушения 135  
 Психосоматическое направление 9, 267  
 Психотерапия 12, 331  
 — групповая 341  
 Психотропные средства 12  
 Психофармакология 13, 360—365  
 Развитие психическое 45—55  
 Раздвоение личности 81  
 Расовая теория 46  
 Рассеянность 216  
 Рассуждение 158  
 Расстройство схемы тела 81, 125, 196  
 Реадаптация 55, 377  
 — социально-трудовая 374  
 Реактивное состояние 202  
 Резерпин 361  
 Репродукция 140  
 Ретикулярная формация 32, 66, 131  
 Рефлекс мнимой смерти 231  
 Речь 35, 171—191  
 — внутренняя 179  
 — жестовая 172  
 — звуковая 172  
 — импрессивная 180  
 — письменная 181  
 — экспрессивная 176  
 Рибонуклеиновая кислота 36, 45  
 Самосознание 61  
 Санитарное просвещение 405, 406  
 Сверхценная идея 146  
 Сексуальные расстройства 395  
 Сенестопатия 133  
 Сензитивный 11  
 Сенсibilизация 118, 130  
 Сигнальные системы 103  
 Символика 35, 36  
 Симпатия 233, 299  
 Синестезия 110  
 — оптическая 110  
 Слабоумие старческое 54  
 Словарь активный 178  
 — пассивный 178  
 Сновидение 62, 63, 199  
 Сознание 59—73  
 — нарушенное 68, 69  
 Соматика 359  
 Саматикки 21  
 Соматогенный 10, 279  
 Сон 62, 314  
 Спектроаномалоскоп 134



- Стереогноз 114  
Стереотип 293  
Стереотипии 257  
Стоячие обороты 41  
Страх 224, 238  
Стресс 269  
Ступор 276  
Сублимация 268  
Суждение 156  
Сумеречное нарушение сознания 68  
Сцонди-тест 234, 315
- Тахистоскоп 135  
Тесты 56, 57  
— Binet-Simon 56  
— Wechsler 57, 315  
— Rorschach 57, 88, 315  
Тематико-апперцептивный 88, 169  
Тембр 174  
Темперамент 79, 91—98  
— меланхолический 91  
— сангвинический 91  
— флегматический 91  
— холерический 91  
Тип высшей нервной деятельности 92, 96  
Типы памяти 199  
Торможение 270  
Тоска 224, 238, 246  
Тофранил 40, 361  
Транквилизаторы 361  
Тренировка 374, 402, 405  
— аутогенная 125, 338—341  
Труд 373  
Трудовая терапия 373—383
- Убеждение 334  
Угасание функции 217  
Узнавание 203  
Умозаключение 156  
Умственный труд 392  
Условные рефлексы 35, 270  
Условный смысл 152  
Условно-рефлекторная терапия 371  
Усталость 246  
Установка 126  
— на болезнь 312  
Утомление 246
- Фазовые состояния 270  
Фантазия 165, 166, 167  
— бредоподобная 168  
Фантом 196  
Феноменология 29  
Феноменологическое направление 29  
Фенотип 105  
Фобия 224  
Фонема 173
- Фосфены 127  
Фрейдизм 9, 23, 71, 75, 76, 353, 354  
Френология 25  
Фрустрация 232  
Функционализм 31  
Функция 34
- Характер 98—106  
— истерический 156, 278  
— психастенический 105,  
— патологический 83, 104  
Холизм 77  
Холинергический эффект 236  
Холинэстераза 237
- Центрэнцефалическая система 66, 194  
Циклотимия 276  
Циклофрения 81  
Цитоархитектоника 25
- Чтение 37  
Чувство 222  
— общее 122  
Чувствительность эпикритическая 131  
— протопатическая 131
- Шизонд 81  
Шизокинез 101  
Шизотимия 81, 94  
Шизофрения 48, 81, 143  
Шутка 155
- Щитовидная железа 288
- Эгоцентризм 105, 233  
Эйдетизм 116  
Эйфория 44, 228, 232, 313, 370  
Эквипотенциализм 29, 30  
Экзистенциализм 76  
Экзорцизмы 19  
Экмнезия 201  
Экспансивный тип 100  
Экстероцепция 110  
Экстравертированный тип 100  
Электромиограммы 266, 326  
Электроэнцефалограммы 35, 67—68, 226, 326  
Эмоция 121, 222—243  
Эндогенные психические заболевания 81  
Эпилепсия 48  
Эргономика 391  
Эрготерапия 383  
Этика 16  
— врача 297
- Юмор 155
- Ятрогенная 294, 308



## ОГЛАВЛЕНИЕ

От авторов . . . . .	3
Глава I. Предмет, задачи и значение медицинской психологии . . . . .	5
Норма и патология в психике (5). Медицинская психология и психопатология (8). Психология и этиология заболеваний (9). Медицинская психология и вопросы лечения (12). Психофармакология (13). Психология и профилактика (13). Психогигиена (14). Психология и теория медицины (15). Подготовка кадров (16).	
Глава II. Краткий очерк истории медицинской психологии . . . . .	18
Примитивные представления о психике в связи с болезнями (18). Средневековая медицина и психология (18). Медицинская психология в XIX и начале XX веков (21). Формирование материалистической медицинской психологии (24).	
Глава III. Психика и мозг . . . . .	28
Идеалистическое и материалистическое понимание взаимоотношения психики и мозга (28). Динамическая локализация (34). Психологический эксперимент и локализация (36). Асимметрия полушарий (42).	
Глава IV. Процессы психического развития . . . . .	45
Наследственность и психика (45). Патология психического развития (47). Психическое недоразвитие (48). Основные формы патологии психического развития (48). Соматические болезни ребенка и психическое развитие (53). Процесс психической инволюции (53). Психика соматически больного и выздоравливающего (54). Методы диагностики (55).	
Глава V. Проблема сознания в медицине . . . . .	59
Сознание и бессознательные процессы (59). Сон и бодрствование (62). Расстройства сознания (68).	
Глава VI. Понятие личности и его значение для медицины . . . . .	74
Природа личности (74). Структура личности (77). Проблема личности в советской психологии (77). Лич-	



ность и болезнь (80). Психопатии (82). Неврозы как реакции и как нарушения развития личности (85). Исследование личности (88). Личность, гигиена и профилактика (88).

**Глава VII. Характер и темперамент . . . . . 91**

Темпераменты и их классификация (91). Тип высшей нервной деятельности в экспериментальной физиологии человека (96). Эмоциональность и тип темперамента (97). Особенности характера и их медицинское значение (98). Патологические характеры и психопатии (104).

**Глава VIII. Ощущение и восприятие . . . . . 107**

Ощущение и восприятие — источник познания (107). Физиологические основы восприятия и ощущения (108). Подпороговые ощущения и восприятия (111). Некоторые закономерности развития ощущения и восприятия (113). Восприятие как особая форма деятельности (114). Последовательные образы (115). Ощущение и восприятие у ребенка (116). Восприятие и личность (117). Активность и направленность восприятия. Восприятие и внимание (117). Восприятие и сознание (119). Восприятие и эмоции (121). Общее чувство (122). Дифференцированность восприятия (123). О некоторых нарушениях восприятия пространства, величины и формы (124). Некоторые нарушения восприятия собственного тела (124). Иллюзии (126). Галлюцинации и псевдогаллюцинации (127). Боль (129). Исследование ощущений и восприятий (134).

**Глава IX. Мышление . . . . . 137**

Мышление и ощущение (137). Возникновение и развитие мышления (139). Патологические формы мышления (141). Мышление и индивидуально-психологические особенности (142). Интуиция (143). Мышление и сознание (143). Отчуждение мысли (145). Направленность мышления (145). Мышление и эмоции (147). Понятийное мышление (149). Особенности владения понятиями у некоторых больных (150). Операции условными смыслами и понимание юмора (152). Суждение (156). Рассуждение (158). Понимание (161). Динамические особенности мышления (163). Воображение (165). Патология воображения (167). Экспериментально-психологическое исследование мышления в клинике (168).

**Глава X. Речь . . . . . 171**

Речь — язык — психика (171). Жесты и мимика (172). Звуки речи (172). Голос (173). Тембр (174). Смысловая сторона речи (174). Развитие речи (175). Экспрессивная речь (176). Внутренняя речь (179). Импрессивная речь (180). Письменная речь (181). Афазии (184). Исследование речи в клинике (189).

**Глава XI. Память . . . . . 192**

Память — свойство психики (192). Память и мозг (193). Процессы памяти (194). Запоминание (195). Прочность запоминания (197). Заучивание (198). Процессы репро-



душирования (200). Узнавание (203). Припоминание (204). Формы амнезий (205). Исследование нарушений памяти и его значение в клинике (206).

- Глава XII. Внимание . . . . . 212**  
Сущность внимания (212). Развитие внимания (212).  
Общая характеристика внимания (216). Исследование нарушения внимания в клинике и его значение (218).
- Глава XIII. Эмоции и их болезненные изменения . . . . . 222**  
Общее понятие (222). Виды эмоций (222). Эмоциональные состояния (227). Эмоциональные отношения (233).  
Исследование мимических реакций (234). Вегетативная нервная система и эмоции (235). Связь эмоций с состоянием головного мозга (238). Новейшие данные о мозговом механизме эмоций (239). Эмоции в формировании характера и его дефектов (242).
- Глава XIV. Движения, действия, потребности . . . . . 244**  
Движение и действие (244). Деятельность человека (245). Потребности, влечения, мотивы побуждения и деятельность (246). Волевые действия и их детерминированность (250). Цель и задачи волевого действия (252). Планирование действий (253). Некоторые особенности процесса действия в норме и патологии (254).  
Заключительный этап действия (259). Обстановка действия (260). Апраксии (260). Конструктивная апраксия (262). Исследование действий и движений (263).
- Глава XV. Проблемы психогении и соматогении . . . . . 265**  
Взаимоотношение психического и соматического (265). Психосоматическая медицина (267). Теория Селье (269).  
Действие сильных раздражителей по Н. Е. Введенскому и И. П. Павлову (270). Психогенные заболевания (271). Психотические психогенные заболевания (275). Неврозы (277). Соматогении (279).
- Глава XVI. Врач и больной . . . . . 281**  
Взаимоотношения врача с больным (281). Некоторые особенности переживаний больных (283). О тактике врача в лечебном процессе (288). Ознакомление врача с больным (289). Обстановка лечебного учреждения (289).  
Поведение врача (291). Ятрогения (294). Этика врача (297).
- Глава XVII. Исследование психики больного и вопросы анамнеза . . . . . 300**  
Значение исследования психики для врачей любой специальности (300). Психологические вопросы анамнеза (300). Психологический анализ жалоб больного (311).  
Оценка личности и поведения больного (313). Экспериментально-психологическое исследование (314). Общие методические положения (321). Индивидуальный план исследования (327). Заключение по психологическому исследованию и математическая обработка материала (328). Некоторые вопросы организации психологического исследования и его применимости (328).



<b>Глава XVIII. Психологические основы психотерапии . . . . .</b>	<b>331</b>
Общие вопросы (331). Психотерапевтическое убеждение (334). Внушение в бодрствующем состоянии (335). Гипноз (335). Отношение к врачу (337). Выбор метода психотерапии (337). Аутогенная тренировка и некоторые другие методики психотерапии (338). Психоанализ (342). Раскрытие психогении (343). К вопросу о психогенезе в учении Фрейда (352). Дополнительные замечания о психотерапии при неврозах (354). Психотерапия при соматических заболеваниях (355). Научное значение психотерапии (357).	
<b>Глава XIX. Психология и фармакология . . . . .</b>	<b>359</b>
Общие вопросы (359). Лечебные психофармакологические вещества (360). Психотомиметические средства (362). Неспецифические средства при лечении психических нарушений (362). Лечение нарушений обмена и психика (363). Воздействие психики на эффект фармакотерапии (365). Наркопсихотерапия (370). Привыкание (370). Заключительные замечания (371).	
<b>Глава XX. Трудовая терапия и медицинская психология . . . . .</b>	<b>373</b>
Общие вопросы (373). Место лечения трудом в общей системе лечения (375). Научно-исследовательские задачи (377). Характеристика видов лечебно-трудовой деятельности (378). Показания и противопоказания к трудовой терапии (379). Виды лечебного труда (380). Некоторые организационные моменты трудотерапии в лечебных учреждениях с психологической точки зрения (381). Заключительные замечания (383).	
<b>Глава XXI. Психологические основы психогигиены . . . . .</b>	<b>384</b>
Общие вопросы (384). Возрастная психогигиена (387). Психогигиена труда (389). Психогигиена быта (392). Психогигиена семьи и сексуальной жизни (394). Психогигиена коллективной жизни (396). Организационные вопросы (396).	
<b>Глава XXII. Вопросы психологии в медицинской педагогике . . . . .</b>	<b>397</b>
Врач и педагогика (397). Медицинская педагогика в детских лечебных учреждениях и в специальных школах (398). Приспособление и компенсация (400). Восстановительное лечение (404). Медицинская педагогика и санитарное просвещение (405).	
<b>Глава XXIII. Медицинская психология и воспитание врача . . . . .</b>	<b>407</b>
Особенности врачебной профессии (407). Обучение и воспитание врача (409). Некоторые психологические и характерологические качества врача (411). Пригодность к медицинской деятельности (413).	
<b>Литература . . . . .</b>	<b>415</b>
<b>Предметный указатель . . . . .</b>	<b>422</b>



**МАРК САМУИЛОВИЧ ЛЕБЕДИНСКИЙ**  
**И**  
**ВЛАДИМИР НИКОЛАЕВИЧ МЯСИЩЕВ**  
**ВВЕДЕНИЕ В МЕДИЦИНСКУЮ ПСИХОЛОГИЮ**

**M. S. LEBEDINSKI, V. N. MYASISHCHEV**  
**INTRODUCTION TO MEDICAL PSYCHOLOGY**

**M. S. LEBEDINSKI, W. N. MJASSISCHTSCHEW**  
**DIE EINFÜHRUNG IN DIE MEDIZINISCHE PSYCHOLOGIE**

Рецензенты: чл.-корр. АМН СССР проф. Н. И. ГРАЩЕНКОВ  
и доктор философских наук, профессор Г. И. ЦАРЕГОРОДЦЕВ


Редакторы Р. А. Зачепиский и А. Н. Петров  
Художественный редактор А. Д. Бухаров  
Оформление художника В. Н. Сабурова  
Техн. редактор Т. И. Бугрова  
Корректор В. Д. Чаленко

Сдано в набор 12/IV 1966 г. Подписано к печати 15/VI 1966 г.  
Формат бумаги 60×90<sup>1/16</sup>. Бум. л. 13,5+0.063 вкл. Печ. л. 27,0+  
+0,125 вкл. Учетно-изд. л. 27,58. Тираж 17 000 экз. ЛН-71.  
Заказ № 324. М-41051. Цена 2 р. 17 к.  
Бум. № 1 на текст, наклейки на мелов.

Издательство «Медицина». Ленинградское отделение.  
Ленинград, Д-104, ул. Некрасова, д. 10

Ленинградская типография № 1 «Печатный Двор» имени  
А. М. Горького Главполиграфпрома Комитета по печати при  
Совете Министров СССР, Гатчинская, 26.





МЕДИЦИНА • 1966