

О психодиагностическом использовании кожно-гальванической реакции (Т. А. Немчин, Л. И. Вассерман)

В изучении личности человека особую сложность представляет разработка методов объективного исследования эмоциональной сферы. Наибольшие трудности в этом отношении представляют объективная оценка содержательной стороны эмоций и, в частности, уточнение степени значимости для индивидуума тех или иных эмоциональных переживаний. Разработка этого вопроса представляет интерес не только для клиники, но и для изучения здорового человека, поведение которого во многом определяется особенностями его эмоциональности.

В клинике неврозов и пограничных состояний весьма часто наблюдаются такие эмоциональные расстройства, как тревога, страх, навязчивые опасения, сниженное настроение. Эти же эмоции могут быть и у здорового человека, переживающего какую-либо жизненную неудачу. В данной работе была поставлена задача попытаться дать объективную оценку степени значимости эмоций тревоги, страха и фобий у больных неврозами и выяснить, какую роль играют эти состояния в формировании таких болезненных расстройств, как тревожно-фобический тревожно-депрессивный и "страховый" синдромы.

В качестве основной методики исследования был использован гальванометрический метод в модификации В. Н. Мясищева. Для записи кожно-гальванической реакции (КГР) мы пользовались двухканальным чернильно-пишущим осциллографом 04-2, изготовленным в мастерских института им. В. М. Бехтерева, простым и надежным в работе. Каналы осциллографа предназначались для регистрации КГР и кривой дыхания. Специальный писчик позволял также отмечать время подачи раздражителя. Технические условия регистрации КГР не отличались от стандартных.

В основу модификации данной методики был положен принцип, разработанный В. Н. Мясищевым и изложенный в его работах об использовании КГР для изучения личности (1939, 1945" 1960). Методика заключалась в регистрации КГР в состоянии покоя и при предъявлении испытуемым комплекса раздражителей. Все раздражители делились на две группы:

адресованные к сенсорно-вегетативной системе и содержательно-смысловые.

К первой группе относились вспышка света, укол булавкой в кожу предплечья, задержка дыхания, проба Ашнера. Ко второй - специально подобранные слова. Эти слова в свою очередь разделялись на три категории. В первую были включены такие, содержание которых не имело никакого специфического значения для испытуемых. Чаще всего при этом использовались слова "вода", "снег", "воздух", "бумага" и др. Вторая категория слов включала в себя такие, содержание которых отражало имеющиеся у больного неприятные ощущения и жалобы. Здесь использовались слова "головная боль", "сердцебиение", "страх", "тревога", "болезни" и др. К третьей категории относились слова, содержание которых было связано с особенностями той конкретной жизненной ситуации, в которой больной находился к моменту начала заболевания и в настоящее время. В этой группе были слова "работа", "семья", "жена", "муж", "неудача", "ссора", "измена" и другие.

Все вышеуказанные раздражители подбирались строго индивидуально на основании предварительного углубленного изучения истории заболевания и истории формирования личности. Особое внимание уделялось анализу содержания той психотравмирующей ситуации, которую переживал больной. Сенсорные раздражители подавались испытуемым однократно, а смысловые в виде серий по 3-5 слов с двух- и трехминутными перерывами. В каждую серию обязательно включались слова всех трех категорий. Предъявление каждого раздражителя фиксировалось. Полученные таким образом результаты анализировались на основании оценки двух показателей гальванограммы - ее амплитуды в милливольтгах и продолжительности (до полного исчезновения) в секундах.

Нами было исследовано 32 больных неврозами (12 мужчин и 20 женщин) - 22 из них предъявляли жалобы на страх и тревогу и 10 не имели этих жалоб. Возраст больных колебался от 20 до 50 лет. По клинко-нозологическому составу больные распределились следующим образом: истерический невроз - 16 человек, неврастения - 10 и невроз навязчивых состояний - 6 человек. Состояния тревоги и страха были у 11 больных истерией и у 7 больных неврастенией. У 4 больных неврозом навязчивых состояний наблюдались фобии. Заболевание в форме реактивного невроза отмечено у 26 больных и невроза в форме развития - у 6 больных.

Исследованные больные относились к 4 клиническим группам.

1. Лица с синдромом немотивированной тревоги, испытывавшие постоянное чувство тревоги, не связанное с какими-либо конкретными опасными обстоятельствами. Они не могли назвать точную причину своих опасений и мрачных предчувствий, но были убеждены, что такие события непременно наступят. Вследствие отсутствия фабулы переживания они не могли предпринимать никаких защитных мер и, таким образом, у них отсутствовали навязчивые и ритуальные действия. Синдром немотивированной тревоги наблюдался у 5 человек.

2. Больные с синдромом фиксированного страха в отличие от больных первой группы могли точно указать причины опасений и связывали чувство страха с каким-либо конкретным обстоятельством. Чаще всего в качестве таких причин выступали неприятные соматические ощущения, которые, по мнению больных, являлись симптомами тяжелых и опасных для жизни заболеваний, таких, например, как рак, кровоизлияние в мозг, шизофрения, "атрофия нервной системы" и др. Конечным итогом грозящих опасностей для них являлись предположения о смерти, сумасшествии, тяжелой инвалидизации - одним словом, о жизненном крахе. Поддерживали и фиксировали состояние страха у этих больных неприятные соматовегетативные ощущения. Синдром фиксированного страха наблюдался у 13 больных.

3. Синдром навязчивого страха (фобия) наблюдался у 4 больных. Здесь в каждом случае имелся детально разработанный сюжет страха, указывались конкретные причины не только этого симптома, но и всего заболевания в целом. Фобии у больных данной группы не связывались с неприятными соматическими ощущениями и психотравмирующими обстоятельствами, имеющими место в настоящее время. Страхи носили, как правило, отвлеченный, нередко абстрактный характер. Чаще других наблюдались: страх закрытых помещений (клаустрофобия), страх открытых пространств (агорафобия), страх покраснеть в присутствии посторонних лиц (эрейтофобия), страх внезапного возникновения паники (фобофобия) и многие другие. Почти всегда эти страхи сопровождались опасениями в конце концов сойти с ума (лиссофобия), умереть (танатофобия), стремлением избежать каких-то определенных ситуаций (ситофобия). Таким образом, мотивы переживания страха у больных этой группы не

были связаны с реальными опасностями и относились к категории воображаемых представлений об опасности.

4. Больные без жалоб на чувство страха или тревоги в количестве 10 человек рассматривались нами как контрольная группа.

Анализ полученных результатов показал, что основные характеристики КГР при предъявлении больным содержательных раздражителей существенно отличаются друг от друга в различных группах. Прежде всего, амплитуда и продолжительность реакции у больных с состояниями тревоги и страха были более выражены, чем у больных без этих симптомов. Значительное повышение этих показателей отмечено у 19 из 22 больных. Достоверность различий достигает 0,05%. Повышение амплитуды КГР свидетельствует о значительном увеличении силы реакции на стимулы и является показателем глубоких изменений в функциональной активности и возбудимости нервной системы.

В. Н. Мясищев считает, что величина КГР является объективным интериндивидуальным показателем эмоциональной возбудимости субъекта.

Аналогичная картина наблюдается и при анализе другого показателя КГР - длительности реакции. Общая длительность реакции у больных с тревогой и страхом значительно выше, чем у больных контрольной группы. Высокой оказалась и степень достоверности различий между показателями в основной и контрольной группах больных. Увеличение продолжительности КГР у больных с тревогой и страхом свидетельствует об усилении у них застойных явлений возбудительного процесса и склонности к фиксации и задержке отрицательных эмоций. У больных с тревогой и страхом часто наблюдались так называемые "двухфазные" кривые КГР, подтверждающие склонность больных к затяжным реакциям. В психологическом смысле этот феномен свидетельствует о наличии у них персеверирующих реминисценций и о тревожном ожидании неприятных событий.

На рис. 1. изображены профили КГР в усредненных величинах. Как видно из рисунка, состояние тревоги и страха не меняет качественной характеристики наиболее типичных для невротических соотношений величины КГР в ответ на сенсорно-вегетативные и содержательно-смысловые раздражители. Однако, несмотря на однонаправленность в изменении КГР при

стимуляции, сравнительные показатели увеличения КГР у больных с состояниями тревоги и страха и без этих симптомов настолько очевидны, что могут служить дифференциально-диагностическим целям. Так например, у больных с тревогой и страхом предъявляемые смысловые раздражители второй категории (слова, отражающие симптоматику заболевания и жалобы) сопровождаются увеличением КГР на 300% по сравнению с реакциями на индифферентные слова. У больных же без этих симптомов КГР увеличилась лишь на 260%. Предъявление больным с тревогой и страхом раздражителей третьей категории (слова, отражающие содержание психотравмирующей ситуации) сопровождалось увеличением КГР на 280% по сравнению с реакциями на индифферентные слова. У больных контрольной группы аналогичные раздражители вызывали увеличение КГР лишь на 240%.

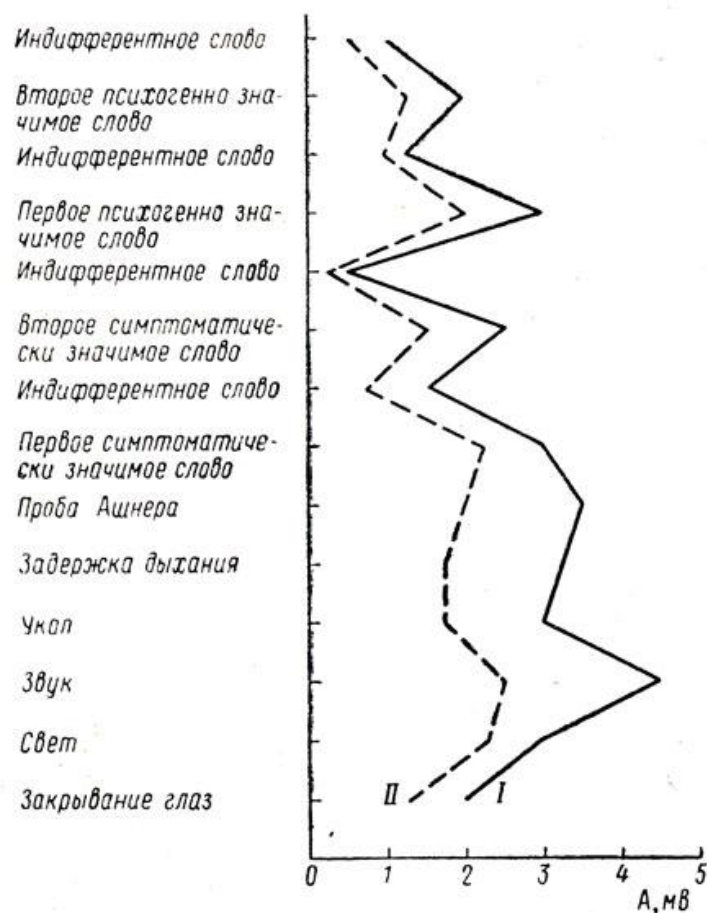


Рис. 1. Профиль КГР у больных с состояниями тревоги и страха (I) и у контрольной группы (II). По горизонтальной оси - величина реакции (то же на рис. 2)

Уместно подчеркнуть, что если абсолютная величина КГР является интериндивидуальным показателем возбудимости, то относительная величина изменения реакции индивидуума при предъявлении раздражителей различного содержания

указывает на степень значимости того или иного стимула. Этот последний показатель является интраиндивидуальным признаком, он помогает объективно рассмотреть иерархию патогенных переживаний и определить роль и значение болезненно измененных отношений и личностных ориентаций больного. Слово-раздражитель в этом случае служит символическим заменителем (сигналом) реального патогенного обстоятельства. Показатели величины КГР, изображенные на рисунках (профили), указывают на большую или меньшую значимость патогенных обстоятельств для больных.

Можно сказать, что примененная методика может быть полезной и вне стен клиники, например, для изучения значимости отношений у людей, не страдающих функциональными нервно- психическими расстройствами, а имеющих лишь временные невротические реакции, что довольно часто наблюдается в повседневной жизни.

Рассмотрим теперь особенности КГР при каждом из вышеназванных синдромов невротического страха. Из рис. 2 видно, что большое количество так называемых спонтанных колебаний у больных 1-й группы свидетельствует о напряженном ожидании предстоящих воздействий. По существу, каждое колебание (в том числе и спонтанное) детерминировано представлениями в сознании больного о предстоящем будущем, которое ему представляется в мрачных, отрицательных эмоциональных тонах. Подавляющее большинство реакций отличается большой выраженностью в ответ на стимулы. Это может указывать на то, что у больных с немотивированной тревогой само ожидание неизвестного стимула независимо от его содержания является не меньшим раздражителем, чем сам стимул. Не случайно поэтому предупреждение об уколе сопровождалось более выраженными реакциями, чем сам укол. Наконец, содержательные раздражители у больных с тревогой сопровождалась реакциями, близкими по амплитуде к реакциям на отрицательные стимулы, но более длительными и долго не затухающими. В целом КГР у больных с немотивированной тревогой были похожи на кривые КГР у контрольной группы, но имели более затяжной характер и перемежались большим количеством так называемых спонтанных волн. Отсутствие четких различий в силе реакций подтверждает недостаточную разработанность фабулы переживаний у этих больных.

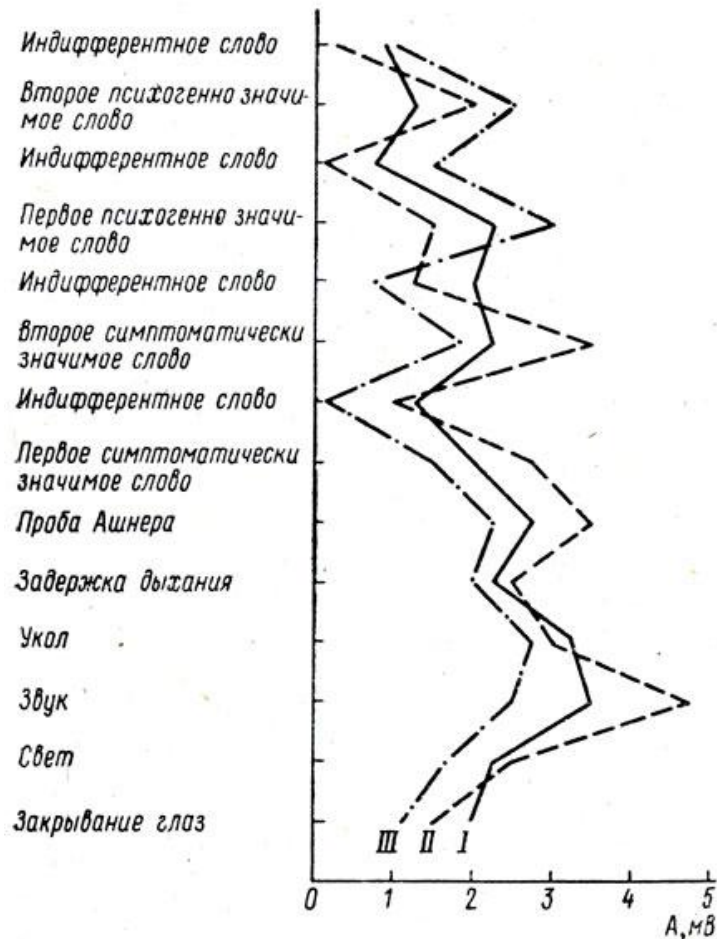


Рис. 2. Профили КГР у больных невротами с различными формами синдрома страха. I - немотивированная тревога; II - фиксированный страх; III - Невротическая фобия

Для больных с фиксированным страхом, во-первых, характерно обилие высоких реакций в ответ на сенсорные стимулы, во-вторых, при предъявлении слов-раздражителей второй категории у больных развивались также высокоамплитудные, но сравнительно непродолжительные колебания, в-третьих - колебания КГР при предъявлении слов-раздражителей третьей категории сопровождались реакциями меньшей степени выраженности. Эти данные свидетельствуют о том, что больные данной группы весьма слабо осознают значение психотравмирующей ситуации в происхождении у них болезненных расстройств.

Для больных с навязчивыми страхами (фобиями) характерным явилось, во-первых, увеличение амплитуды реакций и, в особенности, их продолжительности. Во-вторых, предъявление сенсорных раздражителей сопровождалось сравнительно невысокими, но продолжительными реакциями. Предъявление смысловых раздражителей первой категории (индифферентные слова), по существу, не вызывало увеличения амплитуды и длительности реакций. Вторая

категория раздражителей (симптоматических) сопровождалась реакциями средней степени выраженности и большой продолжительности. Наибольшая выраженность КГР как по амплитуде, так и по продолжительности, наблюдалась у больных этой группы при предъявлении им раздражителей третьей категории. Эти раздражители отражали смысл и содержание тех переживаний, которые были связаны со страхом разоблачения скрываемых ими фобий, с угрозой нарушения взаимоотношений с окружающими, со страхом быть подвергнутыми осмеянию, критике, насмешкам со стороны друзей, знакомых, прослыть "чужаком", "странным", услышать о себе другие нелестные отзывы.

В заключение следует сказать, что предлагаемая в настоящей статье модификация использования гальванометрической методики представляет собой средство для более глубокого проникновения в патогенные переживания больных неврозами с состояниями страха и тревоги. Она может помочь при построении патогенетически обоснованной индивидуализированной психотерапии, дать более точную, объективную оценку значимости патогенных переживаний, более рационально строить психоигрофиллактические, психогигиенические и другие лечебные мероприятия. Наконец, эта методика может быть применена не только в условиях клиники, но и вне ее.



<http://psychologylib.ru/books/item/f00/s00/z0000049/st020.shtml>

'Экспериментальная и прикладная психология. Выпуск 6' - Ленинград: Ленинградский университет, 1975