

Орлова М.М.

Основы нейро- и патопсихологии.
Методическое пособие.

Саратов 2009

Орлова Мария Михайловна. Основы нейро- и патопсихологии. Учебно-методическое пособие. – Саратов. Изд-во Научная книга, 2007, **Здесь нужно указать кол-во страниц.** кратное 16.

В данное учебно-методическое пособие вошли материалы лекций по курсу «Клиническая психология», относящиеся к разделам история развития клинической психологии, патопсихологии и нейропсихологии.

В разделе «История развития клинической психологии» рассмотрены вопросы формирования клинической психологии в нашей стране, становление её в качестве самостоятельной дисциплины, основные направления и школы.

В разделе «Патопсихология» рассмотрены вопросы нарушения мышления и личности, принципы патопсихологического исследования, вопросы психодиагностики.

В разделе «Нейропсихология» рассмотрены вопросы представления о функциональной организации мозга, теории локализации высших психических функций, основных функциональных блоков мозга, особенностей нейропсихологических синдромов при черепно-мозговых травмах, а также подходы к восстановительному обучению.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение

5

Глава I. История и современные представления о структуре и основных направлениях клинической психологии

1.1. История клинической психологии

7

1.2. Структура и основные направления клинической психологии

14

1.2.1. Нейропсихология	14
1.2.2. Патопсихология	15
1.2.3. Психологическая служба в здравоохранении	16

Глава II. Патопсихология

2.1. Принципы построения патопсихологического эксперимента	18
2.2. Исследования мышления в патопсихологии	23
2.2.1. Нарушение операционной стороны мышления	26
2.2.2. Нарушение личностного компонента мышления	29
2.2.3. Нарушение динамики мышления	30
2.3. Нарушения личности психически больных	32
2.3.1. Нарушение структуры иерархии мотивов	39
2.3.2. Нарушение смыслообразования	41
2.3.3. Нарушение саморегуляции и опосредования	42
2.3.4. Нарушение критичности и спонтанности поведения	43
2.3.5. Нарушение формирования характерологических особенностей личности	44
2.4. Психодиагностика в патопсихологическом исследовании	45
2.4.1. Описание технологии проведения диагностики и ее интерпретации по методике пиктограмм	45
2.4.2. Описание типичных нарушений, выявляемых методикой пиктограмм	47
2.4.3. Построение заключения по данным пиктограммы	49
2.4.4. Основы интерпретации данных пиктограмм	50
2.4.5. Каталог образов, выбираемых здоровыми испытуемыми на применяемый набор понятий	55

Глава III. Нейропсихология

3.1. Подходы к исследованию функциональных систем мозга ..	59
3.1.1. Анализ сравнительно-анатомических данных	59
3.1.2. Метод раздражения	62
3.1.3. Метод исключения	62
3.2. Теории локализации высших психических функции	63
3.2.1. Концептуальные подходы к проблеме локализации высших психических функций	63
3.2.2. Высшие психические функции	64
3.3 Функциональные блоки мозга	73
3.4. Межполушарные взаимодействия мозга	75
3.5. Черепно-мозговая травма как социальная и медицинская проблема ..	77
3.6. Нейропсихологические нарушения у больных с черепно-мозговыми травмами	82
3.7. Познавательная деятельность и ее изменения при последствиях черепно-мозговой травмы	100
3.8. Принципы восстановительного обучения	109
Заключение	114

Введение.

Медицинская психология как область применения психологических знаний в медицине и здравоохранении уже сегодня участвует в решении широкого круга задач, относящихся к профилактике, диагностике, лечению, психологической коррекции и реабилитации больных с психосоматической и соматопсихической патологией, нервно-психическими расстройствами, преболезненными состояниями, связанными с нервно-психической напряженностью, хроническим стрессом, патогенными межличностными отношениями. Медицинская психология является действенным фактором гуманизации медицины, внося личностный подход в теорию медицины и практику здравоохранения, в сознание и деятельность медицинских работников.

Положение с обеспеченностью практических учреждений медицинскими психологами в количественном и структурном отношении является явно неудовлетворительным. Косвенным доказательством неудовлетворительной потребности населения в квалифицированной психологической помощи является резкое повышение мистического настроения общества и повышенной интерес к представителям альтернативной медицины.

Расширяются сферы приложения медицинской психологии. Незаменимо участие психологов в программах профилактики хронических неинфекционных заболеваний среди населения. Возрастает роль психологов при проведении реабилитации больных и инвалидов, в частности, ветеранов афганской и

чеченских войн, а также пострадавших в природных, техногенных (логических) и социальных катастрофах, в частности, жертв террористических актов.

Отечественный и зарубежный опыт убеждает, что психологи в медицине должны работать во всех клинических и лечебно-профилактических направлениях, в каждом из которых решаются свои специфические задачи. Можно выделить следующие приоритетные направления в развитии медико-психологической службы:

1. Создание широкой сети детской и подростковой медико-психологической службы с целью диспансеризации детей дошкольного возраста, консультирования родителей по проблемам аномалий развития, воспитания детей и подростков с соматическими и психическими расстройствами, отклоняющимися формами поведения, коррекции этих состояний, а также коррекции патогенных для ребенка семейных отношений.

2. Преимущественное развитие внебольничной медико-психологической помощи и создание широкой сети консультативных, диагностических и психотерапевтических кабинетов и служб, прежде всего в поликлиниках общего профиля и диспансерах. Создание службы психологического обеспечения профилактики нервно-психических расстройств, алкоголизма, наркомании, хронических неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни.

3. Психологическое обеспечение восстановительного лечения и реабилитации больных с соматическими и нервно-психическими расстройствами.

4. Организация в структуре экстренной медицинской помощи службы экстренной медико-психологической помощи лицам, пострадавшим в природных и техногенных (ических) катастрофах, социальных конфликтах.

5. Обеспечение медико-психологической экспертизы в службе медико-социальной экспертизы трудоспособности населения.

Указанные проблемы требуют участия специалиста-психолога, имеющего квалификацию в области медицинской психологии.

Настоящее учебное пособие включает в себя основы нейро- и патопсихологии, представляющее собой конспекты лекционных материалов, используемых при изучении курса «Клиническая психология».

Курс лекций ориентирован на отечественную школу клинической психологии и опирается на работы таких известных психологов, как Зейгарник Б.Ф., Братусь Б.С., Лурия А.Р., Хомская Е.Д.

В пособии представлены разделы, анализирующие историю развития клинической психологии в России, принципы построения патопсихологического эксперимента, вопросы психодиагностики, особенности нарушения мышления и личности, исследование локализации высших психических функций, нарушения познавательной деятельности при черепно-мозговых травмах.

Материал, представленный в курсе, изложен доступно, но без утраты научного языка. Издание может быть рекомендовано для подготовки и сдачи экзаменов по данному предмету при условии обращения к первоисточникам.

Глава I. История и современные представления о структуре и основных направлениях клинической психологии

1.1. История клинической психологии

Отечественная клиническая психология имеет собственную историю развития и отличается от современной клинической психологии на Западе.

До конца XIX в. большинство психиатров мира не использовали данных психологии. В психиатрических журналах 60-80-х годов прошлого века публиковалось немало работ по анатомии и физиологии нервной системы и фактически отсутствовали психологические статьи.

Интерес к психологии со стороны передовых психоневрологов возник в связи с коренным поворотом в ее развитии – организацией в 1879 г. В. Вундтом¹ в Лейпциге первой в мире экспериментально-психологической лаборатории. Психология становилась самостоятельной наукой. И дальнейшее развитие психиатрии было немислимо вне союза с экспериментальной психологией.

В лабораториях разрабатывались экспериментально-психологические методы исследования нарушенной психики. Одновременно для сопоставления результатов изучались особенности психики здоровых людей.

Смещение понятий "патопсихология" и "психопатология" происходило из-за отсутствия четкой дифференциации задач психологии и психиатрии в период первоначального накопления фактического материала в конкретных исследованиях аномалий психики, тем более что исследователи, как правило, в одном лице совмещали и психиатра, и психолога.

Анализ патологии психики способствовал постановке новых проблем в психологии.

¹ Вунд Вильгельм (1832-1920) профессор физиологии. Считал, что естествознание и психология являются эмпирическими науками.

Развитие отечественной патопсихологии с самых ее истоков отличалось прочными естественнонаучными традициями. На формирование ее принципов и методов исследования большое влияние оказала работа И. М. Сеченова "Рефлексы головного мозга"

Одним из основоположников патопсихологии является В. М. Бехтерев (1857-1927), психиатр по образованию, родоначальник материалистически ориентированной экспериментальной психологии и основоположник патопсихологического направления в России. Как представитель рефлекторной концепции он считал единственным научным объективный метод исследования психической деятельности, требующий по возможности охватывать всю совокупность факторов внешнего проявления невропсихики и сопутствующих условий. Представителями школы В. М. Бехтерева было разработано много методик экспериментально-психологического исследования душевнобольных. Некоторые из них (методика сравнения понятий, методика определения понятий) вошли в число наиболее употребляемых в психологии.

В работах бехтеревской школы отражен богатый конкретный материал о расстройствах восприятия и памяти, мыслительной деятельности, воображения, внимания и умственной работоспособности. Результаты экспериментов сопоставлялись с особенностями поведения больного вне экспериментальной ситуации. В историях болезни, написанных с позиций объективной психологии, содержатся ценные для психологического анализа сведения о нарушениях личности, сознания и самосознания, эмоционально-волевой сферы. Излагаются они в динамике, что позволяет видеть условия и стадии развития психических дефектов, проявляющихся в реальной жизнедеятельности человека.

Некоторые патопсихологические исследования школы представляют интерес как исторический факт "деятельностного" подхода к психическим явлениям. Так, в многосторонних исследованиях сотрудников В. М. Бехтерева ассоциации выступают не механическим сцеплением представлений, а результатом деятельности, зависимым от ее строения и динамики. Или, например, речь анализируется в системе целостного поведения; ее особенности в экспериментальной беседе сопоставляются с речью больного в иных обстоятельствах; показывается, что сходные речевые реакции могут иметь разную природу, отсутствие или извращение речевой реакции возможно не только из-за умственной недостаточности, но и как выражение негативизма. Весь этот объективный материал вполне может быть проанализирован в русле современной теории деятельности.

Основными принципами патопсихологического исследования в школе В. М. Бехтерева были следующие: использование комплекса методик, качественный анализ расстройства психики, личностный подход, соотнесение результатов исследования с данными здоровых лиц соответствующего возраста, пола, образования. Использование комплекса методик — наблюдение за испытуемым по ходу эксперимента, учет особенностей его поведения вне экспериментальной ситуации, сочетание различных экспериментальных методик для исследования одних и тех же патологических явлений — все это способствовало получению богатого объективного материала.

Принцип качественного анализа, выдвинутый в период увлечения многих исследователей измерительными методами, стал традиционным в отечественной патопсихологии. В.М. Бехтеревым, также был выдвинут принцип личностного подхода, оказавшийся весьма плодотворным в ходе дальнейших исследований.

На взгляды отечественных патопсихологов оказали большое влияние работы заведующего психологической лабораторией Психоневрологического института А. Ф. Лазурского². Будучи учеником и сотрудником В. М. Бехтерева, он стал организатором собственной психологической школы. Сам А. Ф. Лазурский разрабатывал главным образом вопросы индивидуальной и педагогической психологии, но идеи из этих отраслей переносились и в патопсихологию. Например, принцип учета индивидуальных особенностей больных, поскольку в практической работе иногда находили дефекты там, где на самом деле, резко выражены индивидуальные особенности.

В клинику был внедрен разработанный А.Ф. Лазурским для нужд педагогической психологии естественный эксперимент. Он применялся в ходе организации досуга больных, во время их занятий и развлечений – с определенной целью предлагались счетные задачки, ребусы, загадки, задания по восполнению пропущенных в тексте букв, слогов и др.

Таким образом, патопсихология уже в истоках имела все признаки, необходимые для утверждения ее научной самостоятельности в качестве отрасли психологической науки: предмет исследования – нарушения психики; методы – весь арсенал психологических приемов и методов; концептуальный аппарат – аппарат психологической науки. Другое дело, какое содержание вкладывалось в понятие психики представителями различных психологических течений. В школе В. М. Бехтерева наметились широкие перспективы развития, обозначились теоретические и прикладные аспекты становящейся отрасли.

Связь с психиатрией осуществлялась благодаря участию в воссоздании психопатологического синдрома, характерного для разных психических заболеваний. Экспериментальные исследования использовались в решении задач дифференциального диагноза и в осуществлении контроля за динамикой психического расстройства в ходе лечения. Все это помогало проникать в механизмы психического расстройства. Так, В. М. Бехтерев экспериментально доказал, что в появлении и локализации галлюцинаций у больных играет роль их ориентировочная деятельность — тревожное прислушивание, всматривание; продемонстрировал родство галлюцинаций с иллюзиями.

В школе В. М. Бехтерева была начата разработка основ психорефлекторной терапии.

В качестве метода лечения истерических анестезий (нарушение чувствительности) и параличей, навязчивых состояний и патологических влечений применялось «воспитание» сочетательно-двигательных рефлексов, вытеснявших патологические рефлексy; проводилась работа над понятием умственной

² Лазурский Александр Федорович (1874-1917) приват-доцент Военно-медицинской академии, ученый секретарь Русского общества нормальной и патологической психологии.

активности путем определенной дозировки умственного труда в форме чтения и конспектирования и других форм умственных занятий взрослых людей. Терапия такого рода смыкалась с лечебной педагогикой, однако собственно психологические методы играли в ней весьма скромную роль. Лишь в наше время начинает вырисовываться в отечественной патопсихологии специфическое участие психологов при построении общих принципов и создании конкретных методических приемов психотерапевтического воздействия.

Патопсихологические методы использовались в детской и судебной экспертизах. В. М. Бехтерев писал, что данные патологической психологии позволяют почти безошибочно распознавать психически несостоятельных школьников, дабы выделить их в специальные учреждения для отсталых.

Практика судебно-медицинской экспертизы породила потребность в исследованиях на стыке патологической и индивидуальной психологии, что имело не только практическую, но и теоретическую ценность. Интересно, что в школе В. М. Бехтерева наметилась проблема соотношения развития и распада психики, которая нашла свое разрешение значительно позже, основываясь на теоретическом фундаменте работ Л. С. Выготского³ и прежде всего в школе Б.В. Зейгарник.

Без преувеличения можно сказать, что на становление патопсихологии как особой области знаний большое влияние оказали идеи выдающегося советского психолога Л. С. Выготского, а именно:

1) мозг человека имеет иные принципы организации, нежели мозг животного;

2) развитие высших психических функций не предопределено морфологической структурой мозга, они возникают не в результате одного лишь созревания мозговых структур, а формируются прижизненно путем присвоения опыта человечества в процессе общения, обучения, воспитания;

3) поражение одних и тех же зон коры имеет неодинаковое значение на разных этапах психического развития.

Теоретические идеи Л. С. Выготского, получившие дальнейшее развитие в работах его учеников и сотрудников – А. Р. Лурии⁴, А. Н. Леонтьева⁵, П. Я.

³ Выготский Лев Семенович. (1896-1934) Автор культурно-исторической концепции развития высших психических функций. Согласно Выготскому, все психические, данные природой функции с течением времени преобразуются в функции высшего уровня развития («культурного»): механическая память становится логической, ассоциативное течение представлений – целенаправленным мышлением или творческим воображением, импульсивное действие – произвольным и т.д. Все эти внутренние процессы зарождаются в прямых социальных контактах ребенка со взрослыми, а затем закрепляются в его сознании.

⁴ Лурия Александр Романович (1902-1977). Доктор медицинских психологических наук, основоположник отечественной нейропсихологии. Наиболее важное значение имеет его теория мозговой организации высших психических функций человека.

⁵ Леонтьев Алексей Николаевич (1903-1979). Доктор психологических наук. Предположил «культурно-историческую концепцию» развития психики. Леонтьев разработал новую концепцию психического развития животных как развития психического отражения действительности, обусловленного изменениями условий существования и характера процесса деятельности на разных этапах филогенеза. Данное направление было напрямую связано с разработкой проблем сознания.

Гальперина⁶, Л. И. Божович⁷, А. В. Запорожца⁸, в дальнейшем во многом определили пути патопсихологических и нейропсихологических исследований в нашей стране.

Экспериментальные исследования под руководством Л.С. Выготского положили начало многостороннему изучению распада мышления Б.В. Зейгарник⁹ и ее сотрудниками в патопсихологической лаборатории Института психиатрии МЗ РСФСР и МГУ.

Основными центрами развития клинической психологии в последующие годы явились: Психоневрологический институт им. Бехтерева и ЛГУ, где на протяжении нескольких десятилетий исследованиями по патопсихологии руководил В.Н. Мясищев¹⁰. В соответствии с традициями школы В.М. Бехтерева на новой методологической основе в русле теории отношений В.Н. Мясищевым осуществлялись исследования по разным направлениям медицинской психологии. В этих исследованиях были продолжены лучшие традиции школы В.М. Бехтерева – целостный подход к личности и непримиримость к функционализму.

Центральной научной проблемой в работах В.Н. Мясищева всегда была проблема целостной личности здорового и больного человека и, в частности, проблема нормы и патологии. В существующей литературе вопросы, связанные с разграничением нормы патологии, и даже сами понятия «психическая норма» и «психическая патология» до сих пор остаются дискуссионными.

Одна из самых больших сложностей в разрешении этой проблемы заключается в том, что организм и личность в своем многообразии проявлений и характеристик развиваются гетерохронно. Это обуславливает неодинаковую

⁶ Гальперин Петр Яковлевич (1902-1988). С 1971 г. заведующий кафедрой возрастной психологии МГУ. Создатель теории поэтапного формирования умственных действий и понятий.

⁷ Божович Лидия Ильинична (1908-1981). Автор теории концепции личности, основанной на культурно-исторической парадигме. Необходимой характеристикой личности, по мнению Божович, является «активность», заключающаяся в сознательном воздействии на окружающую действительность, изменении ее в своих целях, способности управлять своим поведением, деятельностью и своим психическим развитием.

⁸ Запорожец Александр Владимирович (1905-1981). Директор Института дошкольного воспитания. Разрабатывал пути решения проблемы аффилированных действий ребенка, теорию эмоций как особого звена смысловой регуляции деятельности. Подчеркивал, что социальная среда является не просто необходимым для ребенка внешним условием, а подлинным источником развития.

⁹ Зейгарник Блюма Вольфовна (1900-1985). Возглавляла лабораторию психологии в институте психиатрии. Автор «эффекта Зейгарник», суть которого заключается в том, что незавершенные действия сохраняются в памяти намного лучше, чем действия завершенные. Благодаря ей патопсихология выделена из разрозненной области значений в особую ветвь науки.

¹⁰ Мясищев Владимир Николаевич (1893-1973) Более 20 лет возглавлял Ленинградский научно исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, заведующий долгое время кафедрой психологии в Ленинградском университете. Сформулировал одно из важнейших положений теории личности о том, что система отношений человека к окружающему миру и к самому себе является наиболее специфической характеристикой личности.

зрелость отдельных подсистем организма человека и неодинаковый функциональный уровень развития подсистем в психической системе человека на каждом возрастном этапе. Наиболее остра проблема нормы и патологии в пограничных дисциплинах, к которым относится и медицинская психология.

Ряд работ был посвящен нарушению построения трудовой деятельности больных, изучению влияния отношения больных к труду и как это сказывается на их работоспособности. На основании этих исследований В. Н. Мясищев выдвинул положение о том, что нарушение работоспособности следует рассматривать как основное проявление душевной болезни человека и что показатель работоспособности служит одним из критериев психического состояния больного. Работы ленинградской школы патопсихологов этого периода не утратили до сих пор своего актуального значения как по содержанию, так и по экспериментальным методикам.

Сократила ссылки по занимаемому месту

Широко развернулись патопсихологические исследования нарушений познавательной деятельности и мотивационной сферы в лаборатории Центрального института психиатрии МЗ РСФСР на базе психиатрической больницы им. П. Б. Ганнушкина. Проводится большая работа по патопсихологии в Центре охраны Психического здоровья АМН СССР.

Социальный аспект патопсихологических исследований представлен в психологической лаборатории Центрального научно-исследовательского института экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов, созданного впервые в мире в советские годы..

Новизна и оригинальность нейропсихологии в том, что она, будучи синтезом трех наук – психологии, медицины и физиологии является, прежде всего, отраслью психологической науки, непосредственно связанной с общепсихологическими идеями А. Р. Лурия. Большой вклад в развитие клинической психологии внесла его психологическая теория нейропсихологии.

Александр Романович Лурия – основоположник отечественной нейропсихологии *нового типа*, не имеющей аналогов за рубежом. В отличие от западной нейропсихологии, которая в значительной степени «выросла» из медицины и до сих пор является своеобразной частью медицины – «высшей неврологией», изучающей психологические симптомы поражения мозга аналогично неврологическим симптомам и непосредственно сопоставляющей их с очагами поражения мозга, лурьевская нейропсихология берет свое начало в психологии, ее источником являются общепсихологические представления о структуре и строении психических функций.

Центральной проблемой нейропсихологии является проблема мозговой организации (локализации) психических функций. Эта теория разработана А.Р. Лурия и его учениками на базе факультета психологии МГУ, Института нейрохирургии им. Н.И. Бурденко, Клинике нервных болезней ММА им. И.М. Сеченова, НИИ психиатрии и др.

Разработка проблем клинической нейропсихологии велась в нескольких направлениях:

- изучение нейропсихологических синдромов в контексте проблемы межполушарной асимметрии и межполушарного взаимодействия;
- нейропсихология детского возраста;
- положено начало формирования геронтопсихологии.

В последние десятилетия клиническая психология в нашей стране формировалась в результате интеграции ряда смежных дисциплин, но имеющих разную предысторию и проблематику.

Прежде всего, это признанные всем мировым психологическим сообществом такие области психологии как нейропсихология и патопсихология, а также сформировавшиеся несколько позже – психология телесности (психосоматика), психология аномального онтогенеза, психологическая коррекция, психология здоровья.

Клиническая психология изучает общие и частные закономерности изменений и восстановления психической деятельности при различных патологических состояниях и аномалиях развития, роль психических факторов в возникновении и преодолении различных недугов, в укреплении здоровья.

Наряду с этим клинические психологи решают многообразные практические задачи в разных сферах жизни (здравоохранение, народное образование, социальная помощь населению). В центре внимания клинической психологии – человек с душевными «болями» и проблемами, с трудностями адаптации и самореализации, связанными с состояниями его здоровья. Психологическая диагностика, экспертиза, реабилитация и коррекция являются необходимыми составляющими современных комплексных мер профилактики и преодоления не только заболеваний, но и различных состояний дезадаптации человека.

Социальная значимость клинической психологии выражается и в том, что в психологических ассоциациях различных стран мира около 60% составляют клинические психологи. Признание значимости клинической психологии в нашей стране ознаменовано официальным государственным утверждением этой (пока единственной) отрасли психологии в качестве отдельной самостоятельной специальности.

В соответствии со своей фундаментальной и специальной подготовкой клинические психологи могут выполнять самые различные функции: диагностические, коррекционные, экспертно-консультативные, профилактические, реабилитационные, научно-исследовательские, учебно-педагогические и др.

В области здравоохранения клинические психологи участвуют в решении широкого круга задач, работая во всех типах лечебно-профилактических учреждений, начиная с онкологической, кардиологической, хирургической клиник, вплоть до стоматологических учреждений, где также нередко требуется участие психолога в связи с «устрашающим» эффектом зубоврачебного кабинета.

Клинические психологи активно включаются в решение круга задач охраны психического здоровья подрастающего поколения, работая в детских дошкольных заведениях, в школах, в детских санаториях-профилакториях, в интернатах для

детей с задержкой и недоразвитием психики, в Центрах коррекционной и лечебной педагогики, в службах семьи и детства и др.

Все более активно клинические психологи привлекаются для работы в службах социальной защиты населения. Сегодня их можно встретить в центрах занятости, службах по подбору кадров, учреждениях социальной помощи населению, службах планирования семьи, центрах психологической помощи жертвам насилия, социальных, стихийных и природных катастроф, в службах кризисных состояний и многих других.

Таким образом, для развития отечественной клинической психологии характерны: естественнонаучные традиции, экспериментальный подход, принципы качественного анализа. В современном здравоохранении клиническая психология решает диагностические коррекционные профилактические задачи.

1.2. Структура и основные направления клинической психологии

Клиническая психология с одной стороны реализует связь теоретических и практических областей человекознания, а с другой стороны – обеспечивает непосредственную связь с мировоззрением и философским осмыслением человеческого бытия.

Клиническую психологию в наиболее общей форме сегодня можно определить как прикладную отрасль психологической науки, преследующую следующие цели:

- изучение психических факторов, влияющих на развитие болезней, их профилактику и лечение;
- изучение влияния тех или иных болезней на психику;
- изучение психических проявлений различных болезней в их динамике;
- изучение характера отношений больного человека с окружающей его средой;
- разработка и изучение психологических методов воздействия на психику человека в целях лечения и сохранения его здоровья.

В настоящее время наиболее разработанными и востребованными являются такие разделы клинической психологии, как нейропсихология и патопсихология.

1.2.1. *Нейропсихология* (представители А. Р. Лурия, Е. Д. Хомская, Л. С. Цветкова) развивалась в тот период, когда неврология стала особенно отчетливо ощущать необходимость в новых, дополнительных способах исследования больного; в методах, позволяющих получить значительно большую информацию о нарушениях, вызванных очаговым поражением мозга.

Известно, что невропатолог обладает относительно ограниченными возможностями исследования больного. Исследование чувствительности, рефлекторной сферы, тонуса и движений позволяет ему описать ряд очень четких и полностью надежных симптомов. Однако зоны больших полушарий, непосредственно связанные с этими процессами, составляют лишь сравнительно небольшую часть головного мозга. Едва ли не две трети мозговой коры – ее вторичные и третичные зоны – определяют организацию сложных форм

психической деятельности. Их поражение ведет не к нарушению чувствительности и движений, тонуса и рефлекторной сферы, а к дезорганизации сознательной деятельности человека, принимающей различные формы в зависимости от расположения и размера патологического очага.

Именно это обстоятельство вызвало острую необходимость в разработке новых экспериментально-психологических методов, позволяющих более детально изучить изменения психологических процессов, возникающие при поражении указанных зон коры мозга, описать их различные формы.

Отечественная нейропсихология рассматривает психологические процессы как сложные формы деятельности, включающие в свой состав движущие мотивы и цели. Работоспособность этих функциональных систем поддерживается целым комплексом совместно работающих зон мозговой коры и ближайшей подкорки, каждая из которых вносит свой вклад в тот или иной вид психологической деятельности.

Нарушение любого сложносоставного психического процесса может возникнуть как в результате поражения глубинных структур мозга (функционального блока, обеспечивающего тонус коры и устойчивости мотивов), так и отдельных зон коры, обеспечивающих получение информации от органов чувств, ее анализа и синтеза. Также причиной этих нарушений может быть поражение лобных отделов мозга, способных создавать сложные устойчивые программы поведения и обеспечивать контроль за выполняемыми действиями. И только детальное описание особенностей этих нарушений (иначе говоря – квалификация симптома) дает возможность решить вопрос о локализации очага, вызвавшего нарушение. Основную цель нейропсихологии таким образом можно определить как задачу квалификации симптома.

Одной из важнейших задач клинического нейропсихологического исследования является разработка методов восстановительного обучения и его использование в практической работе по реабилитации больных с локальным поражением мозга. Нейропсихологическое исследование позволяет оценить эффективность лечения в условиях динамики наблюдения за пациентом до и после операции, а также при медикаментозном, рентгенотерапевтическом и других методах лечения больных с локальным поражением мозга (при опухолях, травмах, кровоизлияниях, аневризмах и т.д.). Вместе с тем результаты нейропсихологического диагностического исследования могут использоваться и при оценке трудоспособности больного, степени его инвалидизации и прогнозе о возможностях трудовой или социальной реабилитации.

В последнее время нейропсихологические методы стали внедряться во внеклиническую сферу, в частности, в анализ проблем школьной неуспеваемости. Школьная неуспеваемость имеет многопричинную обусловленность. Затруднения в учебе могут быть вызваны недостаточной сформированностью отдельных функциональных систем психики. Это может быть следствием и внутрисемейных отношений, и плохими условиями жизни. Возникающие из-за этого трудности обучения могут иметь преходящий характер, но в то же время их следует обязательно учитывать.

Другая причина неуспеваемости – это минимальные мозговые дисфункции (ММД), являющиеся следствием патологии беременности и родов, наследственных и экологических, а также перенесенные в раннем детстве заболевания, черепно-мозговые травмы. По данным различных авторов, количество детей с ММД составляет порядка 30 % в популяции.

Подобная декомпенсация обнаруживается и приводит к сбоям в учебной деятельности не только (и не всегда) у детей 6-7 лет, но и позднее - в возрасте 9 и 11-12 лет. В это время ребенок сталкивается с резким возрастанием школьных нагрузок. Все это требует специальной диагностической и коррекционной работы.

1.2.2. *Патопсихология* (Б. В. Зейгарник, С. Л. Рубинштейн, Ю. Ф. Поляков), возникшая на границах психологии и психиатрии, тесно связана с созданием экспериментально-психологических лабораторий при психоневрологических клиниках в Петербурге, Москве, Харькове, Казани и формированием отечественной школы патопсихологического эксперимента.

Общая психопатология как раздел медицины изучает наиболее типичные симптомы и синдромы болезненных состояний. Патопсихология занимается исследованием структуры той или иной формы нарушения психической деятельности, исследованием закономерностей распада в их сопоставлении с нормой. Разрушая психическую деятельность человека, болезнь изменяет часто и прежде всего личностный компонент, мотивационную сферу, эмоциональные проявления, ценностные ориентации. Материал исследования патологии позволяет подойти ко многим теоретическим вопросам, их опосредованному строению, проблемам смены ведущей деятельности, целеобразования.

Качественный анализ, возможность ретроспективного анализа жизненного пути человека до болезни (анамнез), с одной стороны, и возможность прослеживания текущей жизни больного, с другой, позволяют выявить некоторые условия формирования и развития конкретной жизнедеятельности индивида и вскрыть закономерности его мотивационно-потребностной сферы. Так, например, исследования некоторых форм деградации личности больных алкоголизмом показали, каким образом ситуативно возникающие мотивы могут при определенных условиях переформироваться в устойчивые патологические влечения (Б. В. Зейгарник, Б. С. Братусь, 1980). Исследование больных нервной анорексией, проведенные М. А. Кареевой в 1975 году, показали, как при определенных жизненных условиях у девушек-подростков может возникнуть антивита́льная деятельность – целенаправленное голодание вплоть до нарушения жизненных функций. В ряде работ экспериментально показано, что формирование «аномальной личности» у больных шизофренией происходит вследствие сужения круга мотивов, разрыва их смыслообразующей и побудительной функций (М.М. Коченов, 1970, 1978).

Нередко в качестве механизма личностных изменений выступает нарушение подконтрольности поведения, критической оценки собственных поступков (Е. Т. Соколова, 1976, Е. Т. Соколова, В. В. Николаева, 1995). Решение традиционных для условий психиатрической клиники задач связано, прежде всего, с дифференциальной диагностикой, оценкой структуры и степени нервно-психических расстройств, диагностикой психического развития, оценкой

динамики нервно-психических нарушений и учетом эффективности терапии, экспертными задачами.

Развитие концепции реабилитации в медицине дополнило задачи медицинской психологии исследования личности, социальных позиций больного в целях получения данных для проведения работы по психокоррекции и реабилитации больных. Процесс реабилитации при этом не должен ограничиваться относительно узкими рамками мероприятий, имеющих своей целью восстановление отдельных функций. Это системная деятельность, направленная на восстановление личного и социального статуса больного особым методом, главное содержание которого состоит в опосредованном влиянии на личность лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий (М.М. Кабанов).

Такое понимание реабилитации обусловило актуальность разработки третьего, чрезвычайно важного раздела клинической психологии, который может быть определен как психологические основы психотерапии и реабилитации (М. М. Кабанов, Б. Д. Карвасарский). Этому способствует экспансия психотерапии и активное внедрение ее методов во внеклиническую среду.

1.2.3. Психологическая служба в здравоохранении

Сегодня клиническая психология в нашей стране претендует на создание и развитие психологической службы в системе здравоохранения. Медицинские психологи работают в психиатрии, неврологии, нейрохирургии, дефектологии, наркологии, соматической медицине, семейных детско-подростковых консультациях, учреждениях народного образования и социального обеспечения.

Можно выделить следующие приоритетные направления в развитии медико-психологической службы:

1. Создание широкой сети детской и подростковой медико-психологической службы с целью диспансеризации детей дошкольного возраста, консультирования родителей по проблемам аномалии развития, воспитания детей и подростков с соматическими и психическими расстройствами, отклоняющимися формами поведения.

2. Создание службы психологического обеспечения профилактики нервно-психических расстройств, алкоголизма, наркомании, хронических **неинфекционных** заболеваний и формирования здорового образа жизни.

3. Организация в структуре экстренной медицинской помощи службы экстренной медико-психологической помощи лицам, пострадавшим в природных и техногенных катастрофах, социальных конфликтах.

Глава II. Патопсихология

2.1. Принципы построения патопсихологического эксперимента

Патопсихология – область психологической науки, пограничная между психологией и психиатрией. Изучает закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме.

Метод эксперимента не является единственным путем познания в психологии. Он становится главенствующим по мере развития психологии как точной науки.

В отечественной патопсихологии эксперимент имеет определенное своеобразие. Если болезнь не приводит к количественному уменьшению той или иной способности, теряется смысл исследования, направленного на измерение ее уровня. В противоположность этому – если каждая болезнь создает особую качественно своеобразную структуру нарушений психики – экспериментальное исследование должно быть построено так, чтобы выявлять именно эти качественные особенности.

Качественный экспериментальный анализ патологических явлений, обусловленных различными поражениями головного мозга, отвечающий на вопросы клиники, восходит к традициям В.М. Бехтерева¹¹ и А.Н. Бернштейна¹².

Один и тот же патопсихологический симптом может быть обусловлен различными механизмами, он может явиться индикатором различных состояний. Поэтому характер нарушений должен быть оценен в комплексе с данными целостного патопсихологического исследования, т.е. необходим синдромальный анализ.

Психологическое исследование в клинике может быть приравнено к «функциональной пробе». В ситуации патопсихологического эксперимента роль функциональной пробы могут играть те задачи, которые в состоянии актуализировать умственные операции, используемые человеком в его жизнедеятельности, мотивы, побуждающие эту деятельность. Патопсихологический эксперимент должен актуализировать не только умственные операции больного, но и его личностное отношение. Психическое и психопатологическое явление могут быть поняты на основе учета отношения человека к работе, его мотивов и целей, отношения к самому себе. С.Л. Рубинштейн¹³ подчеркивал, что суждения, действия, поступки человека не являются непосредственной реакцией на внешние раздражители и что они опосредуются его установками, мотивами, потребностями.

О патологическом изменении личности мы говорим тогда, когда под влиянием болезни у человека скудеют интересы, мельчают потребности, когда у него появляется равнодушное отношение к тому, что его раньше волновало, когда

¹¹ Бехтерев В.М. Объективное исследование нервно-психической деятельности // Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии. 1907, № 11-12.

Бехтерев В.М., Владычко С.Д. Об экспериментально-объективном исследовании душевнобольных. СПб, 1911.

¹² Бернштейн А.Н. Клинические приемы психологического исследования душевнобольных. М., Госиздат, 1922.

¹³ Рубинштейн С.Л. О мышлении и путях его исследования. М., Изд-во АН СССР, 1958.

действия его лишаются целенаправленности, поступки становятся бездумными, когда человек перестает регулировать свое поведение, не в состоянии адекватно оценивать свои возможности, когда меняется его отношение к себе и окружающему. Само отношение больного к ситуации, к себе должно стать предметом исследования и должно быть отражено в построении эксперимента.

Патопсихологический эксперимент является взаимным общением экспериментатора и испытуемого. Поэтому его построение не может быть жестким. Его строение должно дать возможность обнаружить не только структуру измененных, но и оставшихся сохранными форм психической деятельности больного. Необходимость такого подхода важна при решении вопросов восстановления нарушенных функций.

Для того чтобы эксперимент мог выявить сохранные звенья измененной психической деятельности больного, он должен быть направлен на обнаружение не только результативной стороны деятельности больных, не только на анализ окончательной продукции. Построение экспериментальных приемов должно предоставить возможность учитывать поиски решения больного. Построение психологического эксперимента должно дать возможность экспериментатору «вмешаться» в стратегию эксперимента, чтобы обнаружить, как больной воспринимает «помощь» экспериментатора.

Основное отличие клинического эксперимента от эксперимента, направленного на выяснение особенностей психики здорового человека, состоит в том, что мы не всегда можем учесть своеобразие отношения больного к опыту, зависящее от его болезненного состояния. Кроме того, для исследования в клинике характерно многообразие, большое количество применяемых методик. Не каждый методический прием позволяет с одинаковой очевидностью судить о той или иной форме или степени нарушения. Выполняя то или иное задание, больной не только правильно или ошибочно его решает; решение задания часто вызывает осознание своего дефекта; больные стремятся найти возможность компенсировать его, найти опорные пункты для исправления дефекта. Разные задания предоставляют различные возможности для этого. Поэтому сопоставление результатов различных вариантов какого-нибудь метода дает право судить о характере, качестве, динамике нарушений мышления больного.

Одним из основных принципов построения экспериментальных приемов, направленных на исследование психики больных, является *принцип моделирования* обычной психической деятельности, осуществляемой человеком в труде, учении, общении. Моделирование заключается в том, что вычленяются основные психические акты и действия человека, и он провоцирует их, а лучше сказать, организует выполнение этих действий в непривычных, несколько искусственных условиях. Так, например, если одним из типичных интеллектуальных процессов учащегося является ориентировка в тексте, его запоминание и краткое воспроизведение, то и эксперимент может состоять в том, что больному предлагают какой-либо ранее ему незнакомый текст, ему дают возможность определенное число раз прочесть его и спустя фиксированное время просят воспроизвести этот текст.

Количество и качество такого рода моделей очень многообразны: здесь и анализ, и синтез, и установление различных связей между предметами, комбинирование, расчленение и т.д. Практически большинство экспериментов заключается в том, что больному предлагают выполнить какую-либо работу, предлагают ряд практических заданий либо действий «в уме», а затем тщательно регистрируют, каким способом больной действовал, а если ошибался, то чем были вызваны и какого типа были эти ошибки.

Создать экспериментальный прием, который в подлинном смысле слова моделировал бы суть какой-либо психической деятельности, очень непросто.

Кроме того, даже создание принципиально правильной модели тех или иных психических актов еще не означает создание удачного экспериментального приема. Эта модель должна быть так подана больному, чтобы суть исследуемого психического процесса не зависела от намерений больного, была бы от него во многих случаях скрыта. Это достигается с помощью измененной мотивировки задания. Например, возникает задача исследовать содержание и связность свободных ассоциаций больного, но больного спрашивают о том, может ли он быстро говорить и предлагают «на скорость», как можно быстрее, назвать 60 любых слов. Та же задача выявления содержания и связности ассоциаций больного может быть проведена с помощью методики пиктограммы. Предлагая эту методику, экспериментатор спрашивает обычно у больного, хороша ли у него зрительная память и предлагает проверить ее с помощью рисунков, подбираемых к каждому запоминаемому слову. Больной старается запомнить слова, а предметом исследования становятся выбранные больным для опосредования образы.

В другом эксперименте у больного проверяют «слух», а предметом анализа становятся провоцируемые вследствие прислушивания к тихим звукам вербальные слуховые обманы.

Примеров такой измененной мотивировки задания можно привести много. Главный их принцип в том, что моделируемый психический акт или процесс должен быть воспроизведен в эксперименте иначе, в мотивированное, простое, доступное разумению психически больного человека действие.

Вторым принципом построения патопсихологического эксперимента является *направленность на качественный анализ психической деятельности*.

Для толкования экспериментальных данных существенно не то, решена или не решена предложенная больному задача, существенно не то, сколько процентов предложенных задач выполнено, а сколько нет. Лишь в редких, специально направленных заданиях, ограничивается время их выполнения. Главным для толкования экспериментальных данных являются качественные показатели, которые свидетельствуют о способе выполнения заданий, о типе и характере ошибок, а также об отношении больного к своим ошибкам и критическим замечаниям экспериментатора.

Принцип качественного анализа не следует понимать как нечто противоположное количественной статистической обработке данных. При сравнительном анализе всех экспериментальных данных, обработка их

обязательно проводится, но подсчитываются способы выполнения заданий или ошибки и их типы.

Так, например, исследование, проведенное Б. В. Зейгарник, показало, что при использовании метода «пиктограммы» у больных шизофренией рисунки в 64% случаев носили бессодержательный, формальный характер. В «классификации предметов» ошибки больных по типу конкретно-ситуационных сочетаний встречались в 95% случаев при олигофрении и только в 9% случаев при шизофрении.

Таким образом, количественные показатели являются обязательным условием качественного анализа данных.

Излишней и просто невозможной при исследовании психически больных является чрезмерная стандартизация условий исследования, ограничение времени. Напротив, желательной, нужной оказывается помощь экспериментатора испытуемому, индивидуальный подход к нему в процессе исследования. Совместное преодоление ошибок, возникающих у больных в процессе выполнения экспериментальных заданий, учет того, какая помощь оказалась больному необходимой и достаточной, представляет наиболее интересный и показательный материал. Лишь в отдельных случаях сохраняет значение измерительный характер исследования: при анализе утомляемости, психического и моторного темпа.

Третий принцип – это *принцип строгой фиксации данных*.

Эксперимент требует точной и объективной регистрации фактов. При всех вариациях и видоизменениях конкретных методических приемов недопустимо сводить эксперимент к свободной беседе с больным или ограничиваться субъективной интерпретацией экспериментальных данных.

Таковы общие принципы построения патопсихологического эксперимента.

Наибольшую трудность представляет собой анализ экспериментальных данных. Важно суметь отграничить проявления патологии психической деятельности от особенностей психики, связанных с индивидуальными свойствами личности больного, или от неправильного отношения к исследованию. Во избежание ошибок желательно, чтобы экспериментатор, во-первых, приобрел личный опыт экспериментального исследования психически здоровых людей, и, во-вторых, рассматривая полученные им экспериментальные данные при исследовании больных сопоставлял их с клиническими. Психолог должен перед исследованием тщательно изучить историю болезни больного, включая последние дневники, и анализировать экспериментальные факты с большой сдержанностью и осторожностью.

На первых этапах ведения экспериментальной работы следует больше всего остерегаться произвольных, мало обоснованных толкований. Поэтому, делая в заключение какой-либо вывод из полученных экспериментальных данных, нужно обязательно записать те факты (действия или слова больного), из которых этот вывод следует. Полезно также проверить этот вывод с помощью других методик при повторном исследовании.

Приведем пример заключения экспериментально-психологического исследования.

Больной Е. учился, но не закончил вспомогательную школу. Во время стационарной психиатрической воинской экспертизы была диагностирована олигофрения в степени дебильности. Во время настоящего поступления поведение больного показалось врачу странным. Был направлен на исследование для разграничения олигофрении и шизофрении.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования.

В начале исследования больной сидит, отвернувшись, односложно, неохотно отвечает на вопросы. Говорит, что «память пропала, а старое вспоминать неохота». Постепенно втянулся в экспериментальную работу, стал более разговорчив, выполнил много заданий.

Предлагавшиеся больному тексты, картинки, слова он часто сам связывал с вопросами своей жизни и с пережитыми невзгодами.

При выполнении экспериментальных заданий выявилось, что больному доступно понимание довольно сложных для его образовательного уровня обобщений, он легко, без помощи, выполняет классификацию, самостоятельно устанавливает группу измерительных приборов, одушевленных, неодушевленных предметов и т.д. Речь больного отличается богатым словарным запасом, выявляется также неожиданно большой запас представлений. Больной сообразителен (иногда это и не выявляется из-за медлительности, инертности и отсутствия направленности на задание).

В ряде экспериментальных заданий выявилась большая причудливость суждений и ассоциаций больного. Так, в опыте на опосредованное запоминание больной для запоминания слова «собрание» выбрал рисунок кровати, отвергнув рисунки стола и стула, «так как кровать большей вместимости». К слову «сосед» он выбрал рисунок с двумя ученическими перьями, объяснив это тем, что «хотя это и неодушевленные, но их два рядышком». Для запоминания слова «праздник» больной выбрал кошку. Для слова «пожар» – солнце.

Классифицируя предметы, больной наряду с правильно обобщенными группами пытался объединить карточки по признаку элементов движения, изображенных на рисунке. «Кузнец двигает молотком, а ребенок двигает зубами».

Исключая предметы, выделяет в одной из задач «барабан», так как «зонтик, наган и фуражка являются средством защиты». Относительно рисунка лыжника сказал, что это «видимость движущегося одушевленного предмета в виде человека». Сравнивая понятия, больной говорит, что «дождь – это капля, снег – пушинка, если погреть, то когда масса сгущается, получается влага».

Объединяя в классификации посуду, называл ее «вместимости». Подобного рода причудливых выражений и своеобразных изменений слов у больного было много. Так, например, исключая предметы, больной говорит: «Конверт – это «письменное», а остальное «всеслуховое». И далее «Барабан осуществляет мелодию своим стуком». Правильно исключая солнце, больной говорит: «Солнышко всходит ежедневно и находится на просторах независимо от масштабов его окружения, а остальное в помещении».

Таким образом, на первый план при исследовании больного выступили явления разноплановости, инертности мышления, причудливость ассоциаций при хорошем уровне обобщения.

В данном случае доступность обобщений, сообразительность, богатый запас представлений – все это говорило против олигофрении, а наличие разноплановости и причудливости ассоциаций свидетельствовали в пользу диагноза шизофрении.

Клинический диагноз больного по получении дополнительных объективных данных и после длительного наблюдения – шизофрения.

Практическое использование психологического эксперимента в психиатрической клинике очень многообразно. Оно должно отвечать на конкретные вопросы клинической практики.

Какие же задачи могут быть поставлены перед психологическим исследованием?

1. Во-первых, психологический эксперимент может быть использован для дифференциально-диагностических целей.

2. Перед психологическим экспериментом может быть поставлена задача анализа структуры дефекта вне зависимости от дифференциально-диагностической задачи. Подобный анализ структуры нарушений психических процессов может оказаться чрезвычайно важным при описании новых или мало изученных форм заболеваний.

3. Следующей задачей, которая ставится перед экспериментально-психологическим исследованием, является установление степени психических нарушений больного. С особой значимостью эта задача встает при анализе динамики заболевания, например, при учете эффективности лечения.

Установление степени и динамики психических нарушений необходимо также при проведении трудовой, судебной и воинской экспертизы.

2.2. Исследование мышления в патопсихологии

Нарушения мышления являются одним из наиболее часто встречающихся симптомов при психических заболеваниях. Клинические варианты расстройств мышления чрезвычайно многообразны. Некоторые из них считаются типичными для той или другой формы болезни. При установлении диагноза заболевания клиницисты часто руководствуются наличием того или другого вида нарушений мышления.

Проблема мышления как предмет психологии возникла в начале 20-х годов прошлого века в Вюрцбургской психологической школе. Господствовавшая до этого ассоциативная психология не ставила перед собой решения проблемы анализа мыслительной деятельности. Мышление сводилось психологами к сцеплению ассоциаций, за реальность принимались лишь ощущения и их копии (идеи, образы).

Психологический анализ мышления заключался в выяснении законов ассоциаций, по которым сложные идеи или образы создаются из элементарных. Один из основоположников ассоциативной психологии А. Бине¹⁴ отводит

¹⁴ Бине Альфред, (1857-1911), патопсихолог. Занимался проблемами измерения умственного развития у детей. Создатель методики определения умственного развития ребенка.

ассоциациям по сходству основную роль в мышлении. Введение Вундтом в психологию экспериментального метода было, безусловно, прогрессивным фактором в истории психологической науки. Однако психологические исследования, проведенные Вундтом и его последователями, опирались на основы ассоциативной психологии.

Г. Эббингауз¹⁵ – крупнейший представитель экспериментальной психологии того времени – считал, что универсальным законом в психологии являются законы ассоциации. Так, понятия, суждения, умозаключения характеризуются как ассоциации представлений.

Проблема репродукции идей стала краеугольным камнем ассоциативной теории мышления. Само мышление стало называться репродуктивным. Мышление рассматривается нередко как производная функция от других психических функций: памяти, внимания.

Представители Вюрцбургской школы выдвинули положение, что мышление не сводимо к процессу ассоциаций, что оно имеет свою специфику. Эта специфика не сводима к наглядно-образному содержанию ощущений и восприятия. Механизмом мышления является детерминирующая тенденция, идущая от представления цели, часто не осознаваемая самим человеком. Таким образом, вюрцбургцы выдвинули впервые понятие цели, задачи, однако этот механизм мышления, детерминирующая тенденция его противопоставляются чувственному познанию. Мышление объявляется актом «чистой» мысли, не связанной ни с прошлым опытом, ни со знанием. Опираясь на положения Brentano¹⁶ об интенции, представители Вюрцбургской школы оторвали мышление от чувственного познания.

Подобная трактовка мышления как особого вида «духовной активности» особенно выражена у К. Ясперса¹⁷, который противопоставил интеллект мышлению. Мышление определялось им как проявление интрапсихической активности, а интеллект рассматривался как совокупность способностей. Память, внимание и речь выступали в качестве «предпосылок интеллекта».

Такое противопоставление интеллекта мышлению привело к тому, что исследователи пытались найти различный генез мыслительных нарушений при грубых органических заболеваниях и при шизофрении. Нарушения познавательных процессов, выступающие при грубых органических заболеваниях, например, при травмах, определялись как нарушения интеллекта или «предпосылок интеллекта»; нарушения же высших познавательных процессов при шизофрении трактовались как нарушения собственно мышления.

¹⁵ Эббингауз Герман (1850-1909), один из основателей экспериментальной психологии. Его научная деятельность была в основном посвящена проблемам памяти.

¹⁶ Brentano Франц (1838-1917), профессор философии. Главной идеей психологической теории Brentano была возможность трактовки психологических явлений как интенциональных, т.е. таких, которые имеют направленность на предмет.

¹⁷ Ясперс Карл (1883-1969), видный представитель немецкого экзистенциализма. Ясперс видит в психопатологических явлениях не выражение распада личности, а обостренные поиски человеком собственной индивидуальности. Разрешить вопрос о связи разума и экзистенции Ясперс пытается на основе коммуникации.

Концепция противопоставления «интеллекта» «мышлению», сведения последнего к некой особой сущности получила особое распространение при характеристике психической деятельности больных шизофренией.

Особенно большое распространение получила точка зрения, согласно которой «основным нарушением» больного шизофренией является его аутичность, обуславливающая распад его мышления.

Е. Блейлер¹⁸ противопоставил реальному, отражающему действительность мышлению, мышление аутистическое, которое якобы не зависит ни от действительности, ни от логических законов и управляется не ими, а «аффективными потребностями». Под «аффективными потребностями» Блейлер подразумевает стремления человека испытывать удовольствие и избегать неприятных переживаний.

В отечественной психологии преодолены представления о мышлении как о врожденном, имманентно развивающемся процессе или как об акте «сцепленных» ассоциаций. Одно из основных положений о мышлении (Л. С. Выготский^{19 20}, П. Я. Гальперин²¹, А. П. Леонтьев²², С. Л. Рубинштейн²³) состоит в том, что мышление является процессом овладения системой общественно-исторически выработанных операций и знаний. Мышление определяется как обобщенное и опосредствованное отражение действительности, тесно связанное с чувственным познанием мира и практической деятельностью людей.

Рациональное познание не ограничивается отражением единичного, частного, а отражает наиболее существенные связи действительности.

Процесс познания выражается не только в переходе от чувственного познания к рациональному, но и в том, что оно должно вновь вернуться к практике. Этот процесс, наиболее полно отражая действительность, возможен лишь благодаря языку.

Для понимания природы мыслительной деятельности большое значение имеет исследование ее генезиса.

Психические свойства формируются в процессе онтогенетического развития. Толкование психических процессов, в том числе и мышления, как внутренних духовных свойств, как замкнутых в себе духовных функций, пытался своими исследованиями опровергнуть Л.С. Выготский. Он неоднократно высказывал мысль, что психические процессы возникают в совместной деятельности людей и в их общении друг с другом, что действие, сначала разделенное между двумя людьми, становится способом собственного поведения человека.

Положение о том, что психическая деятельность формируется из внешней деятельности, наиболее последовательно развито А. Н. Леонтьевым и П. Я.

¹⁸ Блейлер Е. - цит. по Зейгарник Б.В. Введение в патопсихологию. Изд-во МГУ, 1969.

¹⁹ Выготский Л.С. Проблема умственной отсталости. // Избранные психологические исследования. М., Изд-во АПН РСФСР, 1956.

²⁰ Выготский Л.С. Нарушение понятий при шизофрении // Избранные психологические исследования. М., Изд-во АПН РСФСР, 1956.

²¹ Гальперин П.Я. Умственное действие как основа формирования мысли и образа // Вопросы психологии, 1957, №6.

²² Леонтьев А.П. Проблемы развития психики. МГУ. Четвертое издание, 1981.

²³ Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. В двух томах. – М., 1989.

Гальпериним. В работах П. Я. Гальперина указывается, что всякий процесс усвоения начинается с конкретного действия с предметами. В дальнейшем операция утрачивает характер внешнего действия с предметами и производится во внешней речи, а потом «про себя», «в уме». Благодаря этому она абстрагируется от конкретных предметных условий и приобретает более обобщенный характер. Происходит, по выражению автора, специфическое «сокращение процесса», его автоматизация и переход в динамический стереотип.

А. Н. Леонтьев называет это моментом образования механизма соответствующей психической функции, указывая далее, что многие звенья процесса становятся излишними, не получают подкрепления, затормаживаются и выпадают. Вместе с этим сокращением процесса происходит закрепление соответствующих рефлекторных связей «редуцированной системы».

А. В. Запорожец²⁴ проводит далее эту точку зрения на основании экспериментального изучения формирования произвольных движений у ребенка. Мыслительная деятельность малыша заключается не только в умении познать окружающие явления, но и в умении действовать адекватно поставленной цели. Мыслительный процесс является активным, целеустремленным процессом, направленным на разрешение определенной задачи.

Данные отечественных психологов показали, что мышление является деятельностью, которая опирается на систему понятий и которая в свою очередь направлена на решение задач. Эта деятельность подчинена цели, учитывает условия, в которых данная задача осуществляется. Для успешного выполнения задачи необходимо постоянно удерживать эту цель, осуществлять программу операций, сличать ход выполнения с ожидаемым результатом. На основе этого сличения происходит коррекция неправильных ходов.

Эти положения о структуре мышления должны лечь в основу анализа различных форм патологии мышления.

Нарушения мышления, встречающиеся в психиатрической практике, носят разнообразный характер. Их трудно уложить в какую-нибудь жесткую схему, классификацию. Речь может идти о параметрах, вокруг которых группируются различные варианты изменений мышления, встречающиеся у психически больных.

На основании многочисленных исследований, накопленных в психологической лаборатории Московского института психиатрии, можно выделить следующие три вида патологии мышления:

- 1) нарушение операционной стороны мышления;
- 2) нарушение динамики мышления;
- 3) нарушение целенаправленности мышления.

Особенности мышления каждого отдельного больного далеко не всегда могут быть квалифицированы в пределах одного вида (или подвида) нарушений мышления. Нередко в структуре патологически измененного мышления отдельного больного наблюдаются более или менее сложные сочетания разных видов нарушений. Так, например, нарушение обобщения в одних случаях соче-

²⁴ Запорожец А.В. Развитие произвольных движений. М., Изд-во АПН РСФСР, 1960.

тается с нарушением целенаправленности мышления, а в других – с различными подвидами нарушений его динамики.

2.2.1. Нарушения операционной стороны мышления

Мышление как обобщенное и опосредствованное отражение действительности выступает практически как усвоение и использование знаний, как приобретение и применение новых способов интеллектуальных операций. Это усвоение происходит не в виде простого накопления фактов, а в виде процесса синтеза, обобщения и отвлечения. Мышление опирается на известную систему понятий, которые дают возможность отразить действие в обобщенных и отвлеченных формах.

Как указывает в своей работе «О мышлении и путях его исследования» С. Л. Рубинштейн, обобщение есть следствие анализа, вскрывающего существенные связи. Категориальное мышление должно означать иное отношение к объекту, возможность установления иных связей между объектами. С другой стороны, оно должно предоставить возможность установления связи между самими понятиями. Установленные и обобщенные в прежнем опыте системы связей не аннулируются, образование обобщения идет не только путем заново совершаемого обобщения единичных предметов, а путем обобщения прежних обобщений.

Обобщение дано в системе языка, который служит передаче общечеловеческого опыта и позволяет выйти за пределы единичных впечатлений.

Приводим варианты соотношения видов нарушения операционной стороны мышления и заболеваний:

Заболевание: Олигофрения, эпилепсия (рано начавшаяся), тяжелые формы энцефалита, тяжелые органические поражения мозга.

Нарушение и проявления.

Снижение уровня обобщения. Психотическая симптоматика (бред, галлюцинации) отсутствует, общий интеллект снижен. Нарушение процесса обобщения в виде конкретно-ситуационного характера суждений, непонимания переноса, условностей. В суждениях больных доминируют непосредственные представления о предметах и явлениях, оперирование общими признаками заменяется установлением сугубо конкретных связей между предметами. Больные не в состоянии из всевозможных признаков отобрать те, которые наиболее полно раскрывают понятие. При классификации больные создают большое количество мелких групп на основании чрезвычайно конкретной предметной связи. Иногда они объединяют предметы как элементы какого-то сюжета. Такого рода ошибочные решения обозначаются как конкретно-ситуационные сочетания. Больные могут выполнять какую-нибудь несложную работу, изменение условий ее вызывает затруднения. Они легко подчиняются режиму, но часто вступают в конфликты с окружающими, не понимают шуток. При более выраженной степени заболевания больные затрудняются даже при объединении слов по конкретному признаку. Часто больные оперируют такими свойствами вещей и устанавливают такие взаимосвязи, которые являются несущественными для выполнения задания. При более выраженной степени интеллектуального снижения больные не могут

понять самой сути задания. Сама умственная операция объединения и противопоставления (четвертый лишний) оказывается им недоступной. Больные подходят к изображенным предметам с точки зрения их жизненной пригодности и не могут выполнить того теоретического действия, которого требует от них задача. Факты полного непонимания переносного смысла наблюдаются редко, как правило, оно бывает неполным, частично измененным. Вследствие того, что слово выступает для больных в его конкретном значении, они не могут осмыслить условность, которая кроется в поговорке. В некоторых случаях отсутствие свободного охвата условного значения выражается в том, что хотя больные способны понять переносный смысл, пословица кажется им недостаточно точной, не отражающей все фактически возможные жизненные случаи. Больные не могут отвлечься от того, что смысл пословицы не совпадает с частными жизненными ситуациями. В этих случаях выступает чрезмерная связанность суждений больных с реальными жизненными фактами, неумение абстрагироваться от них, что приводит к непониманию условности пословицы и метафоры. Особенно четко выступает непонимание условности в опыте на опосредованное запоминание (в методе пиктограмм). Иногда больные не могут остановиться на каком-нибудь определенном рисунке, так как ни один не передает достаточно полно и точно конкретное значение слова. Больные часто пытаются уточнить буквальный смысл слова. Ассоциации носят также необобщенный характер: в 33% случаев ответная реакция отсутствует, в 34% ответ является обозначением свойства или признака предмета, 11% являются синонимами предъявленного слова или эхолоалиями и только 21% ответов носит адекватный характер.

В опыте на последовательное раскладывание сюжетных картинок больные описывают лишь их отдельные детали, не увязывая в одно целое. Ситуация в целом не осмысливается.

Суждения больных о предмете не включают в себя всего того существенного, что действительно к нему относится, поэтому познание больных неполное, несовершенное, скудное. Из-за чрезвычайно суженного круга ассоциаций, малого круга знаний и умений больные крайне ограничены в возможностях и могут действовать лишь при жестко определенных условиях. Слово у таких больных не выступает в качестве носителя обобщения, а остается «именем» предмета.

Заболевание: шизофрения, психопатия.

Нарушение и проявления.

Искажение процесса обобщения. В чрезвычайно утрированной форме выражен «отлет» от конкретных связей. Больные в своих суждениях отражают лишь случайную сторону явлений, существенные отношения между явлениями мало принимаются во внимание, предметное содержание вещей и явлений часто не учитывается. Выполняя задание на классификацию, такие больные часто руководствуются чрезмерно общими признаками неадекватными реальным отношениям между предметами (бессодержательные, выхолощенные выполнения задания). Больные живут в мире своих бредовых переживаний, мало интересуясь реальной обстановкой. Их речь носит вычурный характер. Классификацию

проводят либо на основании слишком общих признаков, которые выходят за пределы содержательной стороны явлений, либо на основании чисто внешних, несущественных признаков. Отчетливо бессодержательный, выхолощенный характер суждений больных выступает при выполнении задания на составление пиктограммы. Больные, как правило, выполняют это задание с большой легкостью, так как могут образовать любую связь, безотносительно содержания поставленной перед ними задачи. Условность рисунка становится столь широкой и беспредметной, что не отражает реального содержания слова.

В ассоциативном эксперименте адекватные ответы составляют 30 % случаев, 49% – эхолалии, ответы по созвучию и речевые штампы, реакции, обозначающие конкретную функцию предмета или его свойства – 11 %, небольшая часть отказов от ответа была вызвана не затруднениями, а негативистским отношением к заданию.

При описании сюжетных картинок больные не вникают в их конкретное содержание, а воспринимают их с точки зрения общих положений. Преобладание формальных, случайных ассоциаций создает основу для резонерства, которое особенно резко выступает при толковании пословиц и метафор. Несмотря на то, что больному доступна операция переноса, его высказывания лишь частично касаются определения метафорического смысла. В основном он резонерствует по поводу обсуждаемого предмета. Резонерские высказывания обусловлены разными причинами: слово выступает для больного в различных значениях, но подбора адекватного значения не происходит; задача, поставленная перед больным, не направляет его мысли, он исходит из более общих «принципов», стремясь подвести любое незначительное явление под определенную «концепцию». Из-за отсутствия проверки практикой мыслительная деятельность больных становится неадекватной, их суждения превращаются в «умственную жвачку». Речь не облегчает выполнения задания, а затрудняет его, поскольку произносимые слова часто вызывают новые случайные ассоциации, которые больным не отгораживаются. Реальные различия и сходства между предметами не принимаются больным во внимание, не служат контролем и проверкой их суждений и действий и заменяются чисто словесными, формальными связями. В целом в мышлении больных доминируют словесно-логические связи, которые не контролируются реальными отношениями и недостаточно опираются на чувственные представления. Обобщение приобретает утрированный характер. Мышление больного недостаточно адекватно отражает конкретное содержание вещей и явлений и протекает на уровне бессодержательной абстракции.

2.2.2. Нарушение личностного компонента мышления

К таким нарушениям можно отнести разноплановость мышления, нарушение критичности и саморегуляции.

Некоторые формы нарушения мышления выходят за пределы познавательных процессов и должны рассматриваться как проявление невозможности осознания своего поведения, нарушение подконтрольности своих действий. Такие нарушения познавательных процессов при относительной

сохранности логических операций обуславливаются смещенностью жизненных установок и мотивов, неумение сделать экспериментальные задания центром сознательной деятельности.

Приводим варианты соотношения видов нарушения целенаправленности мышления и заболевания.

Заболевание: поражение лобных долей мозга.

Нарушения и проявления.

Нарушения мыслительной деятельности не сводятся к нарушениям интеллектуальных операций, являются проявлением общей аспонтанности поведения.

Заболевание: вялотекущая форма шизофрении.

Нарушения и проявления. Больные не могут выполнить задания, требующего обобщения, несмотря на отсутствие грубых нарушений в сфере логических операций.

Заболевание: шизофрения параноидная форма.

Нарушения и проявления.

Разноплановость мышления. Суждения больных о каком-либо явлении протекают в разных плоскостях. Больные могут правильно усваивать инструкцию и образовывать актуальные связи, но их суждения часто протекают в разных руслах. Основа классификации не носит единого характера. Больные объединяют предметы то на основании их объективных свойств, то на основании личных вкусов, установок. Направленность на объективное содержание действия утрачивается. Суждения, определения и выводы больных не представляют собой планомерного целенаправленного выполнения задания. В мыслительной деятельности логические суждения переплетаются с обрывками представлений, элементами воспоминаний, желаниями. Выполнение задания часто подменяется выявлением субъективного отношения к нему. Наряду с актуальными связями оживляются ассоциации, имеющие отношение к болезненным установкам пациента. Для больного становится возможным рассмотрение самых обычных вещей в неадекватных ситуационных аспектах, которые выявляют неадекватность их жизненных установок, парадоксальность их мотивов и эмоциональных реакций. Парадоксальность установок таких больных приводит к глубокому изменению структуры любой деятельности, как предметной, так и умственной.

Заболевание: психопатия, шизофрения.

Нарушения и проявления.

Резонерство. «Склонность к бесплодному мудрствованию», тенденция к непродуктивным многоречивым рассуждениям. Механизмом резонерства являются не столько нарушения интеллектуальных операций, сколько повышенная аффективность, неадекватное отношение, стремление подвести любое явление под какую-то «концепцию». Резонерство выражается в претенциозно-оценочной позиции больного и склонности к большому обобщению

по отношению к мелким вопросам, они не вникают в суть задания, импульсивно приступают к выполнению. Возникающие ассоциации носят хаотичный характер и не отторгаются. Понимая смысл поговорки, больные не могут ее объяснить, их мысль протекает в случайном направлении. Направляющая помощь экспериментатора может повысить продуктивность выполнения задания. Иногда у таких больных возникает повышенная откликаемость на любой раздражитель, к ним не адресованный.

2.2.3. Нарушение динамики мышления

Использование обобщенных способов решения задач, актуализация адекватных знаний о предметах, требует не только сохранности интеллектуальных операций, но и динамики мышления. С. Л. Рубинштейн подчеркивал неоднократно, что свести мышление к операционной стороне и не учитывать его процессуальную сторону, означает устранить само мышление.

Определение мышления как процесса применимо не только к общей теоретической характеристике мышления, но и к каждой отдельной мысли человека. Даже элементарные психические акты человека, такие, как ощущение и восприятие, являются процессами в том смысле, что они протекают во времени, обладают некоторой изменчивой динамикой, осуществляются как активная деятельность человека.

Для успешного выполнения интеллектуального акта необходимо выделять адекватные системы связей, отбрасывать побочные, оценивать каждую мыслительную операцию по ходу ее выполнения.

Особенности выполнения такой сложной, многоэтапной по своей структуре деятельности составляют ее динамическую характеристику.

Приводим вариант соотношения видов нарушения динамической стороны мышления и заболевания.

Заболевание: Маниакально-депрессивный психоз в маниакальной фазе болезни.

Нарушение и проявления.

Лабильность мышления. Распространенным в психиатрии термином «скачка идей» обозначается повышенная лабильность мышления, наблюдающаяся у больных маниакально-депрессивным психозом в маниакальной фазе болезни.

Маниакальное состояние характеризуется повышенным настроением и самочувствием, психомоторным возбуждением больных. Больные беспрерывно громко говорят, смеются, шутят, сопровождая свою речь живой, экспрессивной жестикуляцией и мимикой. Они чрезвычайно отвлекаемы. Каждое новое впечатление, сказанное слово, воспринятый предмет направляют их мысли и представления, которые так быстро сменяют друг друга, что больные не могут регистрировать их в своей речи. Больные не успевают закончить одну мысль, как уже переходят к другой; иногда они выкрикивают лишь отдельные слова. Характерно, что, несмотря на чрезвычайную отвлекаемость и разбросанность внимания, больные в маниакальном состоянии живо наблюдают за происходящим

вокруг них, часто поражая своей сообразительностью и тонкостью отдельных замечаний.

Как правило, экспериментировать с больными в маниакальном состоянии не представляется возможным из-за резко выраженной отвлекаемости больных, исключающей их фиксацию на экспериментальной ситуации. Экспериментальному обследованию больные поддаются только в разных степенях гипоманиакального состояния, при котором можно отметить некоторые патологические изменения их мыслительной деятельности.

Осмысление ситуации, возможность анализа и синтеза у этих больных часто не нарушены, однако при выполнении любого экспериментального задания превалирует большая поверхностность их суждений. Больные мало задумываются над вопросом, адресованным к ним, не вникают в смысл задания. При раскладывании картинок в последовательном порядке больные такого типа сразу же осмысливают их сюжет, но вместе с тем допускают ошибки, раскладывая картинки в любом порядке. При отнесении фраз к пословицам гипоманиакальные больные часто выбирают фразы по сходству слов, а не по смыслу, хотя по существу эта интеллектуальная операция вполне им доступна. Если обратить внимание больных на неправильность ответов, они легко исправляют ошибки.

Но не только известная поверхностность суждений характеризует мыслительную деятельность больных в гипоманиакальном состоянии. Возникающие ассоциации носят хаотичный случайный характер и не оттормаживаются. Отдельные слова вызывают новые мысли, которые больные тут же высказывают; любое возникающее представление, любое эмоциональное переживание получает свое отражение в речи больных. Если это нарушение выражено очень резко, то больные способны сосредоточиться на экспериментальном задании лишь на короткие промежутки времени.

Таким образом, анализ нарушения мышления позволяет уточнить характер психической патологии и выявить механизм дезадаптации, обеспечивающий непродуктивность познавательной деятельности.

2.3. Нарушения личности психически больных

Анализ любого проявления нарушений психики требует учета личностных особенностей больного.

Душевная болезнь нередко поражает личность в целом, меняет систему ее потребностей, эмоционально-волевых особенностей.

Об изменениях личности мы говорим тогда, когда под влиянием болезни у больного скудеют интересы, мельчают потребности, когда у него проявляется равнодушное отношение к тому, что его раньше волновало, когда действия его лишаются целенаправленности, поступки становятся бездумными, когда человек перестает регулировать свое поведение, не в состоянии адекватно оценивать свои возможности.

Из всего сказанного следует, что исследование личности, ее формирования и изменения чрезвычайно сложно и многослойно.

Основными аспектами изучения личности в отечественной патопсихологии считаются:

1. Изучение самой структуры деятельности, мотивов, их иерархии и построения.
2. Изучение их формирования.
3. Исследование патологически измененной деятельности.

Исследование нарушений в области мотивов наталкивается на трудности. Прямой путь невозможен, поскольку мотив не всегда осознан. Поэтому изучать мотивы, их иерархию, а, следовательно, и их патологию можно опосредованно, через анализ деятельности человека при изменении мотивов, в частности, экспериментальным путем.

Остановимся на экспериментальных путях исследования личностных изменений и на тех данных, которые с помощью этих приемов обнаружены. Одним из путей исследования патологии является наблюдение общего поведения личности больного во время эксперимента. Даже то, как больной «принимает» задание или инструкцию, может свидетельствовать об адекватности или неадекватности его личностных проявлений. Любое экспериментально-психологическое задание может явиться индикатором эмоционально-волевых личностных особенностей.

При любом исследовании должно быть учтено это отношение личности, совокупность ее мотивационных установок. Данное положение было высказано В. Н. Мясищевым²⁵ еще в 30-х годах прошлого столетия. Он указывал на существование двух планов отношений, возникающих в процессе патопсихологического эксперимента: отношения, созданного экспериментатором, и отношения, порождаемого самой задачей. Некоторыми пациентами ситуация эксперимента воспринималась как некое испытание их умственных способностей, нередко больные считали, что от результатов исследования зависит их срок пребывания в больнице или назначение лечебных мероприятий, или установление группы инвалидности. Поэтому сама ситуация эксперимента приводила к актуализации известного отношения. Так, например, некоторые больные, опасаясь, что у них будет обнаружена плохая память, заявляют, что «они всегда плохо запоминали слова». В других случаях необходимость выполнения счетных операций вызывает реплику, что они «всегда терпеть не могли арифметику». Любое задание, даже несложное, может вызвать в ситуации эксперимента личностную реакцию.

У некоторых же больных (например, в условиях экспертизы) появляется установка на болезнь. В этом случае ведущим мотивом становится стремление проявить свою умственную интеллектуальную несостоятельность, то есть не решить задачу. Этот мотив вступал в конфликт с адекватно действующим мотивом, исходящим от самой задачи. В результате интеллектуальное действие больного оказывалось сложным, двухактным, но структурно сохранным. Больные обычно сначала верно решали задание для себя, а затем произвольно извращали ответ (данные С.Я. Рубинштейн²⁶).

²⁵ Мясищев В.Н. Личность и труд аномального ребенка. Психические особенности трудновоспитуемых и умственно отсталых детей. Л., 1936.

²⁶ Рубинштейн С.Я. Методики экспериментальной патопсихологии. М., 1962.

В других случаях в первую очередь актуализируется отношение, порождаемое самой задачей. Задание содержало в себе внутренний мотив самопроверки, самоконтроля, то есть само задание приобретало для больного смысл. Задание как бы адресуется в таких случаях к самолюбию, к известному уровню притязаний личности и является как бы объективированным для личности мотивом ее решения. Эта мотивированность, мобилизующая интеллектуальные ресурсы личности, является основой надежности экспериментально-психологических методик. Поэтому могло оказаться, что у некоторых личностно сохранных, но астенизированных и истощающихся больных условия эксперимента стимулировали активность и способствовали частичному преодолению истощаемости. Такие явления наблюдались у больных сосудистыми заболеваниями головного мозга.

Следовательно, поведение и высказывания больного, его реакции на ситуацию эксперимента могут послужить материалом для анализа его личностных отношений и степени их сохранности.

Другой методический путь исследования изменений личности – это путь опосредованного выявления ее изменений с помощью методик, направленных на исследование познавательных процессов. Этот путь кажется вполне правомерным и оправданным, ибо познавательные процессы не существуют оторвано от установок личности, ее потребностей, эмоций.

К этой же мысли приводят и исследования не критичности мышления, при котором бездумные суждения и ненаправленные действия больных вызываются не снижением уровня обобщения, а безразличным инактивным отношением к результату своей деятельности.

Подобного рода больные, например больные с поражением лобных долей мозга, не справлялись с некоторыми простыми заданиями, несмотря на то, что интеллектуальные операции ими относительно сохранены. Так, понимая переносный смысл пословиц, условность инструкции, они не могут разложить в последовательном порядке серию картинок, изображающих несложный сюжет. Любое простое задание, требовавшее выбора, планирования, не выполнялось этого рода больными и, наоборот, более сложные задания, выполнение которых не требовало соблюдения этих условий, выполнялись ими довольно легко. Таким образом, ошибочные решения заданий являлись не следствием нарушения логического строя мышления больных, а результатом их бездумного отношения. Изменения, выявленные в сфере их познавательной деятельности, являлись следствием их личностных изменений.

Путь опосредованного изучения личности не ограничен. Принципиально любая экспериментальная методика может оказаться пригодной для этого, так как построение любой модели человеческой деятельности (а приемы экспериментально-психологического исследования являются таковыми) включает в себя и отношение человека.

Наконец, одним из путей исследования изменений личности является применение методик, направленных непосредственно на выявление эмоционально-волевых особенностей больного человека, на выявление его измененного отношения к ситуации эксперимента.

К таким методикам относятся «исследование уровня притязаний», «исследование уровня пресыщения», «исследование самооценки».

Уровень притязаний, типичные для данного человека особенности выбора жизненных целей составляют существенную характеристику динамической стороны личности. Разного рода нарушения этой стороны нередко весьма типичны для аномального развития личности. Можно, например, с полным основанием думать, что ключ ко многим событиям жизни людей, страдающих неврозами и психопатиями, надо искать именно здесь – в способах реагирования на успех и неуспех и в особенностях целеполагания.

В многочисленных экспериментальных исследованиях уровня притязаний основное внимание обычно уделяется особенностям реакций испытуемого на успех и неуспех, зависимости притязаний от материала предложенных заданий, от отношения испытуемого к ситуации опыта, к оценкам экспериментатора и т.п.

Значение и несомненная продуктивность этих исследований состоит не в констатации внешних атрибутов уровня притязаний и совершенствовании методических приемов, а в усмотрении внутренних механизмов притязаний тактики и стратегии личности.

Анализ этих механизмов позволяет вычленить два типа целей: реальная цель – та, которая непосредственно вытекает из структуры задания, и идеальная цель, которую хотелось бы достичь, хотя в данный момент она не является актуальной. От умения развести во времени эти два вида целей во многом зависит уравновешенность уровня притязаний.

Уровень притязаний с резкими колебаниями указывает на неумение развести идеальную и реальную цели.

У людей в норме обычно вырабатывается умение различать, разводить в текущей деятельности разноуровневые цели, способность встать в некоторую как бы отстраненную позицию наблюдателя по отношению к возникшей ситуации, будь то ситуация экспериментальная или жизненная. Однако в практике психолога встречаются люди (чаще психопатического склада), которым это разведение в нужной мере не удается, которые не умеют примириться с часто возникающей необходимостью разделить реальную и идеальную цели. Вместо выработки временных целей они стремятся сразу, минуя необходимую стадию проверки, примеривания, к реализации идеальной цели.

Подобное строение притязаний встречается не только во многих случаях выраженного развития психопатий или неврозов. Оно может встречаться и определять различные стороны динамического развития личности, ее стиля жизни и при других душевных аномалиях.

Известно, что процесс решения трудной задачи (не только интеллектуальной, но, что важнее для психологии личности, жизненной) состоит обычно, из трех этапов. Этапа непосредственных решений, когда человек пытается сразу найти нужный выход: затем после ряда неудач начинается трудный этап более глубокого осознания ситуации, поиска адекватных путей выхода, который, наконец, приводит к нужному принципу, к третьему этапу – собственно решению. В случае патологии процесс решения встающих перед человеком задач нередко ограничивается первым этапом или не до конца

пройденным вторым этапом, что, естественно, не приводит к адаптивному результату.

Скачкообразный характер уровня притязаний приводит к тому, что все время как бы «проскакивается» та зона, где лежат максимально трудные, требующие напряжения, но все же посильные для данного человека цели (Братусь Б. С., 1977²⁷; Зейгарник Б. В., Братусь Б. С., 1980²⁸). Поэтому, несмотря на нередко внешнюю активность, люди такого типа обычно малопродуктивны и неспособны показать свои подлинные возможности.

Самолюбие и притязания требуют обязательного преодоления неудач, если не сразу, то через определенное время, когда разовьются и укрепятся соответствующие способности и задатки.

Таким образом вырабатывается крайне нужное в жизни умение – более или менее объективно оценивать возникшую ситуацию, возможность увидеть ее не только в актуальной сиюминутности, но и в развернутой временной перспективе и найти возможность постановки посильных реальных целей, успешное выполнение которых приблизит в будущем к идеальной.

Люди же психопатического склада, мало дифференцируя разноуровневые цели, видят в каждой ситуации как бы непосредственное испытание своего «Я» и потому так зависят от внешних оценок, болезненно реагируют на экспериментально и жизненно вызванные успехи и неудачи. У них часто отсутствует умение стать в позицию отстранения не только по отношению к своим актуальным потребностям, к текущей деятельности, но и по отношению к себе самому, ко всей ситуации в целом.

Зрелость, как правило, подразумевает достаточно высокие идеальные устремления, но в то же время готовность добросовестно выполнять самые скромные, земные задачи ради этих высоких устремлений. Причем в последнем случае отвлеченные, казалось бы, нравственные идеалы не есть лишь красивые, тешащие самолюбие, но практически бесполезные украшения, обрамления реальных действий; они – необходимое условие, момент, во многом определяющий ход человеческой жизни, его стабильность и его социальную, общественную продуктивность. Возникающие между мотивами конфликты не могут быть полностью разрешены, сняты иначе как появлением более высокого по иерархическому уровню мотива.

Зейгарник Б. В., Братусь Б. С. (1980) отмечают, что проблема нормального развития личности в зрелом возрасте достаточно сложна.

Рассмотрение «срединности» и адаптации к привычному окружению как основы нормальности уводит нас от собственно психологических проблем развития личности.

Следует отметить общность взглядов большинства авторов по вопросу о том, какие свойства личности могут быть отнесены к кругу нормальных, а именно:

- 1) интерес к внешнему миру, расширение связей «я» с внешним миром;

²⁷ Братусь Б.С. Психологические аспекты нравственного развития личности. М., 1977

²⁸ Зейгарник Б.В., Братусь Б.С. Очерки по психологии аномального развития личности. Изд-во МГУ. М., 1980

2) самообъективация, привнесение своего внутреннего опыта в актуально переживаемую ситуацию, способность юмористически окрашивать действительность;

3) наличие «жизненной философии», которая упорядочивает, систематизирует опыт и сообщает смысл индивидуальным поступкам;

4) способность к установлению теплых, душевных контактов с окружением;

5) владение адекватными навыками, способностями и восприятиями, необходимыми при решении практических проблем повседневной жизни;

6) любовь и уважение ко всему живому.

Механизмы, способствующие психическому нездоровью:

1) пассивная позиция по отношению к действительности;

2) ограниченность мышления на конкретном уровне;

3) всевозможные формы «закостенения» развития.

Необходимость анализа нормальности и аномальности требует своего разрешения как для развития теории психологии, так и для решения практических задач. Одним из таких подходов является решение проблемы смысловых образований личности.

Важность познавательной системы связей с миром очевидна, однако главной для понимания сути личности является другая система – система смысловых связей субъекта.

Смысловые образования имеют ряд принципиальных отличий от значений.

Первое отличие: они существуют не только в осознаваемой, но и часто в неосознаваемой форме.

Второе – смысловые образования не поддаются непосредственному произвольному контролю и чисто вербальным воздействиям (личность не учит, личность воспитывают).

Третье – смысловые образования не существуют сами по себе как мир значений, который может быть оторгнут от нас и представляет собой нечто объективное и заданное. Смысловые образования, как правило, включены в породившую их деятельность и не могут быть исследованы сами по себе вне их деятельного, жизненного контекста.

Названные системы (познавательная и смысловая) не являются в реальности оторванными друг от друга. Они существуют в единстве, которое составляет конкретную деятельность человека. Так, в любой деятельности мы различаем, с одной стороны, ее целевую структуру, операциональное содержание, поддающееся логическому анализу, требующее для своего осуществления определенных знаний и умений и могущее быть отнесенным к познавательной системе связей; а с другой стороны – мотив, побуждающий к деятельности, за которым лежат те или иные смысловые отношения субъекта. Для того чтобы выяснить содержание, мы должны спросить, *что* человек делает, и получить в ответ перечень его действий и операций. Для того чтобы выяснить мотив и, особенно лежащие за ним смысловые образования, мы должны спросить, *ради чего* он все это делает.

Чтобы ответить на этот трудный вопрос, необходимо вспомнить, что смысл всегда порождается отношением меньшего к большему, например, отдельные действия имеют смысл только в свете мотива, ради которого они исполняются. Смысловое образование в нашем понимании – это не личностный смысл, то есть отношение мотива к цели, а отношение мотива более общего к связанным с ним (с ними) мотивам менее общим, и соответственно, деятельности более общей и широкой к деятельности менее общим.

Личностные смыслы отнюдь не устраняются при таком понимании, а могут рассматриваться как частный случай смысловой системы, частный случай смыслообразования. Ведь в сущности уже личностный смысл как отношение мотива к цели не является столь однозначным и однородным, как это обычно представляется. В самом деле – внутри каждой деятельности присутствуют служебные цели разной степени общности и направленности, то есть по-разному соотносимые с мотивом деятельности, имеющие по отношению к нему, следовательно, и несколько разный конкретный личностный смысл, по крайней мере, разные оттенки сходного по общему звучанию смысла.

При этом важно, что смысловые образования не просто отражают те или иные сложившиеся отношения между мотивами (в частных случаях личностных смыслов – между мотивами и целями), они их одновременно порождают, каждодневно возобновляя их общий рисунок, делая человеческую личность внутренне тождественной самой себе, несмотря на видимые изменения внешней активности и конкретные характеристики поведения.

Итак, смысловые образования рождаются в сложных и многогранных соотношениях меньшего к большему, целостных ситуаций, актов поведения менее общих к более широкому для них контексту жизни.

Когда же «задача на смысл» все же решена и речь идет об осознании наиболее общих смысловых образований, то уместно говорить о *ценностях личности*. Ценность, таким образом, это осознанный и принятый человеком общий смысл его жизни. Подлинная ценность должна быть всегда обеспечена соответствующим смыслом, в противном случае она девальвируется до уровня простой декларации, более того – может стать бутафорией, маскирующей совсем другие устремления.

Именно общие смысловые образования (в частном случае – ценности), являющиеся, по нашему мнению, основными конституирующими единицами личности, определяют главные и относительно постоянные отношения человека к миру, другим людям и к самому себе. Нельзя говорить о нормальном или аномальном развитии личности, не рассматривая этих отношений как с динамической стороны (характер их напряженности, способы осуществления, соотношение реальных и идеальных целей и т.п.), так и со стороны содержательной.

Совокупность основных отношений к миру, людям и себе образует в своем единстве свойственную человеку *нравственную позицию*. Такая позиция особенно прочна, когда она становится сознательной, то есть когда появляются личностные ценности, рассматриваемые как осознанные общие смысловые образования.

Сущность личности не сводится к темпераменту и характеру.

Личность в узком понимании (ядро личности) – это не способ осуществления позиции, но сама позиция человека в этом сложном мире, которая задается системой общих смысловых образований, в особенности в форме их осознания – личностных ценностей. В более широком понимании – это связанная динамическая система смысловых образований и опосредствующих ее главных мотивов, система смысловых образований, опосредствующих ее главных мотивов, и способов их реализации.

К функциям смысловых образований относятся следующие понятия:

Во-первых – это создание образа, эскиза будущего, той перспективы развития, которая не вытекает прямо из наличной, сегодняшней ситуации.

Смысловые образования и являются, на наш взгляд, основой этого – опосредствующего настоящего – будущего, поскольку *целостные системы смысловых образований задают не сами по себе конкретные мотивы, а плоскость отношений между ними, то есть как раз тот первоначальный план, эскиз будущего, который должен предшествовать его реальному воплощению.*

Другая важнейшая функция заключается в следующем. Любая деятельность может быть оценена и регулироваться двояко — со стороны ее успешности в достижении тех или иных целей (целесообразности) и со стороны ее нравственной оценки.

Нравственная оценка необходимо подразумевает иную, надситуативную опору, особый, относительно самостоятельный психологический план, прямо не захваченный непосредственным ходом событий. Этой опорой и становятся для каждого отдельного человека общие смысловые образования, в особенности в форме их осознания – личностных ценностей, поскольку они задают не конкретные мотивы и цели, а плоскость отношений между ними, самые общие *принципы* их соотнесения. Лишь на основе этих принципов, имеющих в том или ином виде и необходимой степени осознания у каждого зрелого человека, впервые появляется возможность оценки и регуляции деятельности не с ее прагматической стороны, полноты достигнутых результатов и т.д., а со стороны нравственной, смысловой, то есть со стороны того, насколько правомерны с точки зрения этих принципов реально сложившиеся в данной деятельности отношения между мотивами и целями, целями и средствами их достижения, насколько в этой деятельности воплощаются общие принципы соотнесения главного и неглавного, сегодняшнего и будущего, (**наличного**) наличествующего и предназначенного.

Нарушения личности

2.3.1. Нарушения структуры иерархии мотивов

Изменение мотивов часто сопровождается различными психическими заболеваниями. Основные характеристики мотивов – опосредованность сознательной цели и иерархичность их построения (подчиненность одних мотивов другим). Иерархия мотивов является относительно устойчивой, что обеспечивает устойчивость всей личности. Один из мотивов является ведущим, именно он придает человеческому поведению определенный смысл. Без ведущего мотива содержание человеческой деятельности лишается личностного смысла. Патология приводит к изменению мотивационной сферы человека, вызывая смену позиций,

интересов, ценностей личности. Патологические изменения опосредованности и иерархии мотивов не выводятся непосредственно из нарушений мозга, а проходят длительный путь формирования, при котором действуют механизмы, во многом общие с механизмами нормального развития мотивов.

Приводим вариант соотношения форм нарушения личности и заболевания.

Заболевание: хронический алкоголизм.

Нарушение и проявления.

Снижение в сфере потребностей и мотивов, сужение круга интересов. Грубого изменения познавательных процессов не наблюдается: больной справляется с заданиями, требующими обобщения, опосредования. Недостаточная целенаправленность деятельности, некритичность больного. Общественные нормы и требования теряют роль регулятора поведения. Мотивы и потребности становятся более примитивными, менее опосредованными, неуправляемыми, приобретают характер влечений. Нарушается прежняя иерархия мотивов, алкоголь становится смыслообразующим мотивом поведения. «Сдвиг мотива на цель» (механизм образования патологической потребности такой же, как и у нормальной). Разрушаются высшие потребности и установки личности. Больные становятся инактивными, утрачивают прежние социальные связи, теряют профессионализм. Деятельность из сложноорганизованной и опосредованной (в норме) становится импульсивной. Равнодушие к исследованию, некритичность (иная, чем у «лобных» больных) сочетается с агрессивностью.

Подобный факт изменения личности чрезвычайно важен, он показывает, что мотивы формируются прижизненно, для их формирования нужны определенные условия. Снятие социально приемлемых способов их удовлетворения приводит к превращению структуры мотива в структуру влечения, лишенного характера опосредованности и регуляции.

Данный феномен можно проиллюстрировать и при анализе группы больных нервной анорексией, у которых резко выражено нарушение физического «образа Я».

В ходе развития личности мотивы собственной деятельности, поступки человека становятся объектом его активного отношения, объектом его сознания. Различные стрессовые ситуации могут привести к изменению самосознания. Изменение самосознания является следствием нарушения рефлексии, что может привести к изменению мотивов, их смыслообразующей функции, нарушению эмоциональной реактивности.

Приводим вариант соотношения форм нарушения личности и заболевания.

Заболевание: нервная анорексия.

Нарушения и проявления.

Заболевание начинается с аффективных переживаний по поводу несоответствия «идеала красоты» и собственной внешности. Вначале голодание является просто действием по достижению цели – идеала красоты, затем это действие вступает в конфликт с витальной потребностью в пище и «выигрывает» эту борьбу, само превращаясь в смыслообразующий, доминирующий мотив.

Потребность в пище реализуется в виде ее приобретения и приготовления, то есть происходит символическое замещение.

2.3.2. Нарушение смыслообразования.

А. Н. Леонтьев указывал на две функции мотивов – побудительную и смыслообразующую, которые не всегда поддаются различению. Ослабление и искажение этих функций приводят к нарушениям деятельности. В одних случаях, когда смыслообразующая функция мотива ослабляется, мотив превращается в «только знаемый». В других случаях сужается круг смысловых образований, когда мотив, сохраняя в некоторой степени свою побудительную силу, придает смысл меньшему кругу явлений, чем до заболевания. В результате многое из того, что раньше имело для больного личностный смысл, постепенно теряет его.

Приводим вариант соотношения форм нарушения личности и заболевания.

Заболевание: шизофрения.

Нарушение и проявления.

Мотив «только знаемый». Задание осознается больным, но это осознание не регулирует деятельности (отщепление действенной функции от «знаемой»). Отсутствие ориентировочного этапа в задании. Иногда интерес к элементам задания и тщательное их выполнение без учета отведенного времени. «Странность», неадекватность поступков больных, нарушение селективности деятельности. Оскудение деятельности больных, новые мотивы не формируются. Иногда парадоксальная стабилизация определенного круга смысловых образований.

Для исследования механизмов измененного смыслообразования больных шизофренией М.М. Коченовым было проведено специальное экспериментально-психологическое исследование, которое заключалось в следующем: испытуемый должен выполнить по собственному выбору три задания из девяти предложенных экспериментатором, затратив на это не более семи минут. Предлагалось нарисовать сто крестиков, выполнить двенадцать строчек корректурной пробы; восемь строчек счета по Крепелину, сложить один из орнаментов Кооса, построить «колодец» из спичек, сделать «цепочку» из канцелярских скрепок, решить три различные головоломки.

Таким образом испытуемый оказался перед необходимостью самостоятельно выбирать именно те действия, которые наиболее целесообразны для достижения основной цели. Для этого в сознании испытуемого должна сложиться смысловая иерархия действий, способствующих достижению цели.

В результате использования методики на здоровых испытуемых М. М. Коченов²⁹ установил, что для достижения заданной цели необходима активная ориентировка в заданиях. Активность поисков наиболее целесообразных действий, наиболее «выигрышных» заданий отражает процесс переосмысления, происходящий в сознании испытуемого. Этот ориентировочный этап был четко выражен у здоровых испытуемых. Все испытуемые заявили, что при выборе

²⁹ Коченов М.М. Введение в судебно-психологическую экспертизу. Изд-во МГУ, 1980.

заданий они руководствовались оценкой сложности, стараясь выбрать те, выполнение которых займет меньше времени. Все испытуемые стремились уложиться в отведенные семь минут.

Таким образом, в результате использования этой методики было установлено, что у здоровых испытуемых в ситуации эксперимента происходит структурирование отдельных действий в целенаправленное поведение.

Иным было поведение больных шизофренией. Ориентировочный этап у них отсутствует. Они не выбирали «выигрышных» заданий, часто брались за явно невыполнимые в семь минут.

Иногда больные проявляли интерес не к исследованию в целом, а к отдельным заданиям, которые они выбирали очень тщательно, не считаясь, что время истекло.

Количество дополнительных проб у больных было сведено до минимума. Распределение частоты выбора отдельных заданий показывает, что отношение к ним менее дифференцировано, чем у здоровых испытуемых.

Следует отметить, что все больные знали, что им надо уложиться в семь минут, но это знание не служило регулятором их поведения. Они часто даже спонтанно высказывались: «Я должен в семь минут уложиться», но не меняли способов своей работы.

Таким образом, исследования М.М. Коченова показали, что нарушение деятельности данной группы больных определялось изменением мотивационной сферы. Больные знали, что им надо делать, они могли привести доказательства «как надо», но, становясь просто «знаемым», мотив потерял как свою смыслообразующую, так и побудительную функцию. Это и служит причиной многих странных, неадекватных поступков, суждений, дающих возможность говорить о парадоксальности шизофренической психики, о нарушении селективности деятельности больных.

Таким образом, смещение смыслообразующей функции мотивов, отщепление действительной функции от «знаемой», нарушало деятельность больных и было причиной деградации их поведения и личности.

2.3.3. Нарушение саморегуляции и опосредования.

Одним из важнейших индикаторов уровня развития личности является возможность опосредования, самостоятельного регулирования своего поведения. Процесс опосредования совершается на разных уровнях психического отражения и выявляется уже на уровне операций. Через опосредование поведение человека становится более произвольным и осознанным. О зрелости личности человека можно говорить только в том случае, когда его поведение опосредуется структурой согласованных дальних и ближних целей.

Невозможность оперировать знаком у больных с органическими поражениями мозга (травмы, эпилепсия, нейроинфекции) является выражением более широкой патологии поведения – нарушением опосредования и регуляции своих действий. Недостаточность регуляции, замещение целевого действия случайным или стереотипным становятся теми факторами, которые мешают опосредованию. Нарушение опосредования у таких больных является

проявлением более глубокого нарушения – измененного отношения к окружающему и к себе, проявлением распада их мотивационной сферы. Этот феномен особенно резко выступает у больных с поражением лобных долей мозга, у которых аспонтанность является ведущим радикалом в поведении. Приводим варианты соотношения форм нарушения личности и заболевания.

Заболевание: реактивное состояние после психических травм.

Нарушение и проявления.

Фиксированность на травмирующих переживаниях, отсутствие планов на будущее. Эмоциональная оценка предлагаемых заданий. Нарушение опосредования эмоционально значимых слов при выполнении пиктограммы. Ослабление самоконтроля, нарушение планирования. Осмысление ситуации носит патогенный характер (она воспринимается как оскорбительная, несправедливая). Регуляция поведения происходит на неосознаваемом уровне за счет механизмов психологической защиты, затрудняющей целостную оценку ситуации.

Заболевание: шизофрения.

Нарушение и проявления.

Потеря смыслообразующей функции дальних целей и ее регулирующей роли в поведении.

Заболевание: эпилепсия.

Нарушение и проявления.

Инертность дальних целей, приводящая к инертности деятельности.

2.3.4. Нарушение критичности и спонтанности поведения.

Нарушение опосредованности тесно связано с нарушением критичности, подконтрольности поведения. Оно может выступать в виде нецеленаправленных действий, расторможенности поведения, нецеленаправленности суждений, некритичности (больной не замечает своих ошибок и не стремится их исправить). Часто некритичность проявляется в виде нарушений спонтанности поведения, инактивности.

Приводим вариант соотношения форм нарушения личности и заболевания.

Заболевание: поражение лобных долей мозга.

Нарушение и проявления.

Синдром аспонтанности. Поведение продиктовано не внутренними потребностями, а чисто ситуационными моментами («полевое поведение»). Больные не отдают себе отчета ни в своих переживаниях, ни в своем соматическом состоянии. Отсутствие планов на будущее. Сниженный эмоциональный фон, особенно в части негативных переживаний. Инертность, нецеленаправленность в деятельности, работа в максимально доступном темпе вопреки целесообразности. При выполнении задания множество излишних суетливых движений. Выполнение задания методом проб и ошибок. Больные не используют мышление как орудие предвидения, не планируют своей

деятельности, им безразличен конечный результат. Применяя старые навыки, не могут освоить новых.

Повышенная откликаемость на случайные раздражители, нарушение ориентировочной деятельности. Прерывистость восприятия. Внушаемость и подчиняемость. При выполнении задания на раскладывание сюжетных картинок единая смысловая линия заменяется описанием отдельных деталей. При запоминании слов «кривая запоминания» носит характер плато. При поражении премоторной зоны сочетание свертоткликаемости с тенденцией к персеверациям, которая также является проявлением аспонтанности. Нарушение строения речи (парафазии, персеверации). Данные нарушения преходящи и динамичны и возникают из-за снижения **бодрственного** (бодрствующего) состояния мозга.

Отсутствие мотива при выполнении задания.

2.3.5. Нарушение формирования характерологических особенностей личности.

Для начала приведем вариант соотношения форм нарушения личности и заболевания.

Заболевание: эпилепсия.

Нарушение и проявления.

Изменение личности, характеризующееся сочетанием брутальности, угодливости и педантичности. В начальной стадии болезни педантичность и аккуратность являются средством компенсации первичных дефектов, затем происходит перенос мотива из широкой деятельности на выполнения вспомогательного действия. Исследование уровня притязаний показало, что оный не вырабатывается, смыслом работы становится само исполнение задания. Больной «застревает» на стадии контроля за исполнением вспомогательного действия. Вместе со смещением мотива смещается смысл деятельности, главным становится исполнение отдельных операций. Аккуратность и педантичность становятся способом отношения с окружающим миром, чертой характера.

Таким образом нарушение личности прежде всего выражается в нарушениях мотивационно-смысловой сферы, а именно структуры иерархии мотивов, смыслообразующей функции мотива, саморегуляции и опосредовании, нарушении характерологических особенностей личности.

2.4. Психодиагностика в патопсихологическом исследовании

Психологическое исследование в клинике направлено на решение задач, связанных с диагностикой заболевания, лечения и реабилитацией больных.

В психологическом эксперименте в диагностических целях выявляются специфические особенности психической деятельности.

Экспериментально-психологическое исследование базируется на следующих принципах:

1. Системный качественный анализ исследуемых нарушений психической деятельности, что предполагает не изучение и описание отдельных

психологических свойств и качеств, а исследование человека, совершающего реальную деятельность.

2. Преморбидные особенности личности, а именно сформированные ценности, установки, потребности, мотивы, непосредственно вовлеченные в то, как пациент выполняет экспериментально-психологические задачи.

3. Отношение больного к ситуации, к себе, что является предметом исследования и должно быть отражено в построении эксперимента.

4. Строение психологического эксперимента должно дать возможность обнаружить не только структуру измененных, но и сохранных форм психической деятельности больного.

5. Построение экспериментальных приемов должно предоставить возможность учитывать поиски решений испытуемым. Более того, строение психологического эксперимента должно дать возможность экспериментатору вмешаться в «стратегию» эксперимента, чтобы обнаружить, как испытуемый воспринимает «помощь» экспериментатора, может ли он ею воспользоваться.

В качестве примера методики, дающей возможность комплексного исследования больного, приведем методику пиктограмм. Эта методика дает возможность исследовать как познавательную деятельность больного, так и выступать в качестве проективного метода исследования личности.

С помощью данной методики³⁰ исследуются особенности опосредованного запоминания и особенности мышления.

2.4.1. Описание технологии проведения и интерпретации по методике пиктограмм

Этот метод часто проводится в комплексе с другими, в частности, с методом заучивания 10 слов. Испытуемому говорят, что будет проверяться его зрительная память, спрашивают о том, замечал ли он, как ему легче запоминать – на слух или с помощью зрения? Затем ему дают лист бумаги и карандаш и говорят: «Я буду читать слова и целые выражения, которые нужно запомнить, к каждому слову вам нужно будет нарисовать что-то, что поможет вам вспомнить заданное слово. Качество рисунка роли не играет, можно нарисовать заданное слово – как завязывают узелок на память. Но нельзя писать ни букв, ни цифр».

В процессе исследования экспериментатор ведет протокол по следующей схеме, представленной в таблице № 1.

Таблица №1

Заданные выражения	Рисунок и объяснение	Воспроизведенное спустя час и объяснение

Табл. №1 Пример оформления протокола исследования

³⁰ Метод пиктограмм предложен в 30-е годы XX века А. Р. Лурия.

Если же испытуемый сам не объясняет свои рисунки, следует у него каждый раз спрашивать: «А как вам это поможет припомнить заданное слово?». Не следует возражать или высказывать неодобрение, какие бы необычные связи испытуемый не устанавливал, но если его символы многопредметны, можно попросить его рисовать немного быстрее.

После выполнения задания (в среднем 14-15 слов) листок с рисунками откладывают в сторону и в конце исследования, спустя час, предлагают больному по рисункам припомнить заданные слова. Припоминание нужно предлагать не по порядку, одно – с начала, другое – с конца. Можно предложить больному записывать под рисунком слово или выражение, которое было ему задано. Обязательно надо спросить больного, как ему удалось вспомнить слово, чем помог ему рисунок.

Как правило, предлагается следующий стандартный набор слов и словосочетаний, написанный на отдельных карточках:

Веселый праздник, Тяжелая работа, Развитие, Вкусный ужин, Смелый поступок, Болезнь, Счастье, Разлука, Ядовитый вопрос, Дружба, Темная ночь, Печаль, Справедливость, Сомнение, Теплый ветер, Обман, Богатство, Голодный ребенок, Отчаяние, Сердитая учительница, Глухая старушка, Мальчик-трус, Неизвестность, Страх.

Наборы слов можно варьировать.

Для работы необходимы простой мягкий карандаш и лист нелинованной бумаги. Интерпретация данной методики сложна и требует определенных навыков. Поэтому рассмотрим ее более подробно. Не имея подготовки, можно отметить количественные показатели (о нарушениях опосредованного запоминания можно говорить, если испытуемый воспроизвел менее 70% понятий: о выраженных нарушениях свидетельствует воспроизведение менее 50%).

В норме выполненные рисунки отражают содержательную сторону запоминаемого понятия. Рисунок соответствует объяснению и способствует адекватному припоминанию. Образы, используемые для запоминания, как правило, очень разнообразны. Так, например, чтобы запомнить слово «Развитие» одни рисуют растение, другие яйцо, ребенка, книгу, некоторые – график типа диаграммы с повышающейся кривой. Все эти образы в разной степени адекватны, так как они содержательно связаны с понятием развития, адекватно его стимулируют, могут напомнить о развитии. Для запоминания выражения «Веселый праздник» часто рисуют флаг, елку, салют, рюмку вина. Для запоминания слова «Справедливость» – весы, судью в кресле, кусок хлеба, разделенный пополам.

Общим признаком адекватно построенных образов является содержательная близость рисунка и заданного для запоминания понятия, умеренно абстрактная символизация, краткость изображения и объяснения. При всем разнообразии образов их можно «прочитать» другому человеку почти полностью, даже не зная порядка предполагавшихся для запоминания слов.

2.4.2. Описание типичных нарушений, выявляемых методикой пиктограмм

При органических заболеваниях головного мозга интеллектуальные нарушения и эмоциональные характеристики наделяют пиктограмму органическими чертами. Признаками интеллектуального снижения являются:

- непонимание смысла задания;
- невозможность выбора образа на абстрактные понятия;
- отсутствие оригинальных образов;
- снижение числа атрибутивных и метафорических образов, встречаются лишь самые банальные из них;
- в структуре конкретных образов преобладание «фотографических»;
- чрезмерно выраженная стереотипия, имеются прямые персеверации;
- как проявление недостаточного осмысления задания – появление «выхолащенных» символов и «недифференцируемых изображений».

Проявлением тревожно-депрессивной установки на исследование, которая типична для больных с органическими заболеваниями головного мозга, являются следующие признаки:

- выраженные «шоковые» реакции на эмоционально значимые понятия, усугубляющие проявление интеллектуальных нарушений;
- спонтанные высказывания испытуемых носят преимущественно **интрапунитивный** характер – ссылки на собственную несостоятельность, указания на снижение зрения, памяти, дрожание рук;
- поиск оценки экспериментатора, его совета;
- феномен «возврата» и «замены».

Для больных с интеллектуальным снижением и синдромом расторможенности характерны:

- низкая дифференцированность изображений;
- выраженная дестабилизация графических характеристик;
- особо низкая продуктивность запоминания.

При неврозах рисунки отражают эмоциональное состояние испытуемого. Обращает на себя внимание повышение числа индивидуально значимых образов, проецирование в рисунках личностного конфликта, продуктивность запоминания в пределах нормы.

Для пиктограммы больных неврозами характерны:

- снижение числа или отсутствие геометрических символов;
- расплывчатость и банальность метафорических образов: «солнце», «цветы», «пейзажи»;
- снижение числа атрибутивных образов;
- повышение числа индивидуально-значимых образов, преимущественно за счет образов-стимулов;
- связь индивидуально-значимых образов с конфликтной ситуацией, демонстрация своего отношения к ней в разъяснениях (для больных с истерией);
- показатели адекватности, продуктивности запоминания – в нижних границах нормы, что указывает на аффективно обусловленное снижение интеллектуальной продуктивности;

– наличие «шоковых» реакций на эмоционально значимые понятия, при этом «шоковые» реакции проявляются открыто, иногда обуславливая отказ от выбора;

– спонтанные высказывания по ходу исследования – разъяснения (для больных истерией), критика тестирования, самокритика;

– дестабилизированная (незначительно) композиция рисунка (для больных истерией и неврастенией), свехупорядоченная – у больных неврозом навязчивых состояний.

При шизофрении в пиктограммах больных специфика рисунков обусловлена как нарушениями мышления, так и личностными и эмоциональными характеристиками. Обращает внимание значительное варьирование расположения рисунков, минимальное число стандартных и адекватных образов, продуктивность запоминания, как правило, низкая, персеверативные тенденции (в некоторых случаях отмечается феномен «единой системы», то есть испытуемый использует предыдущий образ для построения текущего).

Псевдоабстрактные, совершенно лишённые предметного содержания образы типа геометрических фигур, стрелок, математических знаков – нередко так выглядят рисунки больных шизофренией.

Пример: испытуемый к слову счастье рисует круг, объясняет так: «Просто замкнутый круг, по некоторым бытовым представлениям круг – это фигура никуда не стремящаяся, так как она всего достигла». Счастье – квадрат: «Счастье, а у меня дома сейчас все больно, я сделаю пустой квадратик». Справедливость – квадрат, вписанный в круг: «Можно условно нарисовать квадрат, который никак нельзя будет вписать в круг. Справедливость часто бывает односторонняя. Справедливость – трудно поддающаяся объяснению, так же, как и геометрические теоремы».

Иногда используются образы, соответствующие заданным словам по звучанию. Так, например, чтобы запомнить слово отчаяние, испытуемый рисует человека, уходящего от чайника; для слова печаль – печь, для слова обман – ложечку, так как ложка включает в себя «ложь». Эти образы, хотя и имеют предметный облик, но являются абстрактными родственными геометрическим фигурам, темным штрихам и т.д. Символы, которыми пользовались при построении образов, свидетельствуют о разной степени аффективной насыщенности – от чрезмерно обостренного восприятия действительности до опустошенности, выхолащенности.

Другим аспектом пиктограмм, составляемых больными шизофренией, является анализ процесса построения образов по рассуждениям в момент рисования. Так, услышав просьбу запомнить выражение «Больная женщина», испытуемый начинает рассуждать о том, каким может быть образ жизни этой женщины. В процессе рассуждения он замечает, что больная женщина не будет надевать ожерелье, и рисует его. Такого рода фрагмент реальной ситуации всплывает случайно, в нем нет целенаправленности; глядя на ожерелье, трудно подумать о больной женщине. Отдаленные от заданного для запоминания понятия, фрагментарные образы встречаются часто, иногда приобретая оттенок парадоксальности или ухода от содержания.

Еще резче расплывчатость мышления выступает в сложно построенных образах, обозначенных как множественные, например, «Счастье» – больной рисует часы, причем карманные (это состояние, в котором человек находится весьма незначительное время), затем здание (легко разрушается), потом флюгер (счастье – это быстро изменяемое состояние).

Такой тип образов следует отличать от обстоятельности, которая свойственна больным эпилепсией. Испытуемый не может отвлечься от множества конкретных связей, не в состоянии избежать побочных ассоциаций. Множественность – следствие разноплановости.

Полной противоположностью множественности являются стереотипные образы, которые обнаруживаются только при рассмотрении пиктограммы в целом.

Примером этого служат пиктограммы, в которых больные для запоминания самых разнообразных, даже разнородных понятий пользуются одними и теми же образами (например, рисуют только глаза или только дома, или только цветы и т.п.). Мысль течет настолько инертно, что больные как бы застревают на одном образе.

2.4.3. Построение заключения по данным пиктограммы

При построении заключения по данным пиктограммы экспериментатор имеет возможность дать следующие характеристики:

1. Продуктивность опосредованного запоминания.
2. Особенности операциональных характеристик мышления.
3. Уровень интеллектуального развития (наличие двух или более оригинальных образов, преобладание атрибутивных образов над конкретными, максимальная продуктивность при воспроизведении).
4. Признаки эгоцентризма и демонстративности (более трех индивидуально-значимых образов и образы типа стимулов). Определенную ценность имеют спонтанные высказывания испытуемых, в которых подчеркивается, что выбираемый образ выражает личное мнение.
5. Признаки депрессии:
 - значительное удлинение времени реакции;
 - высокий уровень адекватности и стандартных образов;
 - достаточная продуктивность опосредованного запоминания;
 - выраженные «шоковые» реакции с непреодолимыми отказами на эмоционально значимые понятия;
 - свехупорядоченная композиция вплоть до микрографии и «краевого расположения рисунков», нажим линии слабый, часто скупость деталей и фрагментарность рисунка, а иногда, напротив, рисунки излишне детализированы.
6. Факторы, отражающие степень самоконтроля и способность к планированию поведения. Об этом говорят обычно графические характеристики – степень «упорядоченности» композиции. Диагностическое значение имеют лишь крайние варианты. Повышение контроля и **обсессивные** симптомы имеют в пиктограмме проявления, сходные с таковыми при депрессии.
7. Признаки эмоциональной неустойчивости совпадают с признаками эгоцентризма и демонстративности, кроме того высока степень выраженности

«шоковых» реакций, которые непосредственно говорят об эмоциональной неустойчивости в ситуации эксперимента.

8. Тип реакции на фрустрацию может быть определен в зависимости от **экстрапунитивной** или **интрапунитивной** направленности спонтанных высказываний испытуемого во время исследования и, в особенности, от поведения во время ретестирования.

9. Негативистические тенденции: образы с открыто асоциальным содержанием, употребление букв, вопреки инструкции, соответствующие реакции при проведении ретестирования.

2.4.4. Основы интерпретации данных пиктограмм

Интерпретация данных пиктограммы складывается из качественного анализа каждого образа пиктограммы с формализованной оценкой последнего; оценки количественных соотношений образов различного типа в данном протоколе; учета аналитических факторов, недоступных для формализации (особые феномены), в том числе графических особенностей пиктограммы.

Качественный анализ пиктограммы

При качественном анализе образов пиктограммы учитываются факторы абстрактности, индивидуальной значимости, содержание рисунка, а также факторы стандартности и адекватности.

Поскольку при качественном анализе необходимо дать однозначную оценку каждого образа, доступную для формализации, каждой категории образов пиктограммы присваиваются краткие буквенные обозначения.

А. Фактор абстрактности

Конкретные образы – К. Общее качество этой группы образов – их соотнесенность с конкретной ситуацией. Прямое изображение ситуации, связанной с понятием, – конкретный фотографический образ (К.-Фт.). Например, воин, идущий с гранатой навстречу танку, – на понятие подвиг; влюбленный с букетом цветов под часами – на понятие обман. К конкретным образам относится большинство рисунков, содержащих изображение целой человеческой фигуры. Несмотря на относительную экономичность изображения, например, копающий человек – на понятие тяжелая работа, испытуемый и здесь изображает конкретную ситуацию – человек работает.

Все индивидуально значимые образы также относятся к конкретным, вне зависимости от характера изображения, поскольку в них испытуемый обращается к конкретной ситуации из своего опыта.

Наконец, часть образов пиктограммы, будучи конкретной, не имеет существенных связей с предложенным понятием, связь «конфабулируется» испытуемым. Наиболее часты такие образы (конкретно конфабуляторные - К.-Кф.) на понятие «Сомнение». Испытуемый рисует на данное понятие табуретку. Объяснение: «Я сомневаюсь, из чего сделана эта табуретка – из дерева или из пластмассы».

Атрибутивные образы – Ат. Эти образы выбираются по принципу принадлежности, атрибутивности. Так, на понятие «Веселый праздник» изображают флажок, рюмку, карнавальную маску.

Метафорический образ – М. К этой категории относятся образы, где абстрактная по сути ассоциация выражается опосредованно, через конкретный предмет. В большинстве случаев связь носит метафорический характер, в ее основе может лежать литературный образ. Примерами таких образов служат зачеркнутые часы на понятие «Счастье» («счастливые часов не наблюдают»), указательный палец и стрелка вокруг него на понятие «Обман» («обвести вокруг пальца»).

Геометрические, графические и грамматические символы — Г.С. Здесь абстрактной ассоциации соответствует и способ ее выражения – символ, имеющий содержательную связь с понятием. Часто эти символы отражают пространственные характеристики – направление, симметрию. Подобные символы имеют высокую специфичность для понятия (стрелки расходятся в стороны на понятие «Разлука», ось симметрии на понятие «Справедливость»). Другие символы отражают лишь эмоциональный компонент понятия – символы валентности (знак «—» на понятие «Болезнь», темная штриховка на понятие «Обман»). Символы могут быть общепринятыми, реже продуцируются по ходу исследования. Основой для отнесения образа к категории символов является именно абстрактный тип ассоциаций, а не геометрический характер изображения. Так, испытуемый В. на понятие «Сомнение» нарисовал круг, разделенный пополам, одна половина которого заштрихована. Объяснение: «Я сомневаюсь, черное это или белое». Данный образ по условию абстрактности должен быть отнесен к конкретным (конфабуляторным).

Б.Фактор индивидуальной значимости

Оценка образов, взятых из индивидуального опыта испытуемых, представляет значительный интерес. Важен уже сам факт прямого обращения к личному опыту. В проективных образах испытуемые прямо говорят о своих интересах, желаниях, намерениях. В индивидуально-значимых образах могут проецироваться актуальные переживания больных, в том числе и бредовые идеи, суицидальные тенденции. Индивидуально-значимые образы неоднородны по своему характеру.

Индивидуально значимые образы – Инд.-Пс. К персонифицированным образам следует относить такие, где изображается сам испытуемый, сцена с его участием, часть его тела, реже – изображение других, конкретных лиц. Так, испытуемый К., у которого ампутирована правая нога, на понятие болезнь рисует человека без ног.

Иногда персонифицированные образы имеют четкую кинестетическую окраску (Инд.-Кн.). Смысл понятия в этом случае передается именно позой, движением человека. Большинство образов, где нарисован человек в движении, лишено индивидуальной значимости (грустное выражение лица на понятие «Печаль» – это атрибутивный образ, лишенный индивидуальной значимости).

Индивидуально значимые образы – стимулы – Инд.-С. не содержат изображения объектов, «стимулирующих» у испытуемых воспоминания о конкретной ситуации из их индивидуального опыта, связанным с предложенным понятием. Так, испытуемый Ш., увлекающийся альпинизмом, на понятие «Счастье» рисует горы. Объяснение: «Чувство счастья у меня обычно в горах». Испытуемая Н. на понятие «Разлука» рисует письмо. Объяснение: «Я в разлуке с родными, но письма мне очень помогают».

Образы, выбранные формально – Ф. К этой группе относятся образы, лишенные индивидуальной значимости.

В.Содержание рисунка

Сцены с участием человека – Сц., человеческие фигуры – Ч., части (детали) человеческого тела – Ч.Д., редко встречающиеся в пиктограмме мелкие части человеческого тела (глаза, рот, стопы и т.д.) – Ч.д., неодушевленные объекты – Н.О., фауна – Фн., флора – Фл., пейзажи – П., архитектура, искусство – И., символы – С.

Г.Фактор частоты выбора

Стандартные образы – Ст. – встречаются чаще, чем в 20 из 100 протоколов. Оригинальные образы – Ориг. – встречаются реже, чем в двух из 100 протоколов. Повторяющиеся образы занимают промежуточное положение по частоте между стандартными и оригинальными.

Д. Фактор адекватности

Адекватность образа пиктограммы – сложный качественный фактор, включающий содержательную близость образа и понятия, умеренную абстрактность, краткость изображения и разъяснения. Для обозначения адекватных образов применяется знак «+», неадекватных – «-». Адеkv.+Неадеkv. –

Е. Формализованная оценка образов пиктограммы На основании качественного анализа образа пиктограммы по всем факторам проводится формализованная оценка. Приведем примеры.

Понятие «Победа». Изображен салют. Разъяснение: «Салют бывает в День Победы». Выбор атрибутивный, не имеющий индивидуальной значимости, изображен сам салют, выбор стандартный, адекватный. Формализованная оценка: Ат.Ст.+Салют. Другой пример (из протокола исследования испытуемой, страдающей шизофренией). На понятие «Тяжелая работа» изображен треугольник. Разъяснение: «У нас в отделе тяжелую работу выполняют трое – начальник, его заместитель и я». Конкретный выбор (несмотря на геометрический характер изображения), оригинальный, неадекватный. Формализованная оценка К.Инд.Ориг. –С.

Количественные соотношения в пиктограмме

Второй этап анализа – оценка количественных соотношений образов различного типа. Одним из наиболее существенных является соотношение –

«структура» пиктограммы по фактору абстрактности – Г.С.: М.: Ат.: К., то есть соотношение символов, метафорических образов, атрибутивных и конкретных.

«Ядром» нормативного результата являются атрибутивные и конкретные образы. Вторым показателем является количество и структура индивидуально-значимых образов. Персонифицированные индивидуально-значимые образы (Инд.-Пс.) говорят о конкретности мышления, неспособности отвлечься от индивидуального опыта. Образы-стимулы (Инд.-С.) отражают такие личностные особенности как эгоцентризм, демонстративность.

Третий показатель – количество адекватных образов – отражает четкость и реалистичность пиктограммы, построение по принципам, характерным для большинства здоровых испытуемых. Этот показатель дополняется количеством стандартных образов (Ст.), который, как аналогичный показатель в тесте Роршаха, говорит о конформности мышления.

У больных шизофренией при отсутствии грубо неадекватных образов снижается число стандартных, полное же отсутствие стандартных образов имеет несомненную диагностическую ценность. Показатель оригинальных образов отражает как уровень интеллекта и обособленности мотивации, так и патологию мышления в зависимости от адекватности выбора. Качественный анализ неадекватных образов в соответствии с принципами, разработанными С. В. Лонгиновой и С. Я. Рубинштейн, позволяют уточнить характер нарушений мышления. Количество изображений человеческих фигур – показатель степени стереотипизированности ассоциаций. Прямое повторение одного и того же рисунка на два и более понятий – персеверация, часто встречающаяся в стереотипных пиктограммах, может служить патологическим феноменом.

Основные феномены в пиктограмме

«Шоковые» реакции. Данный тип реакций является проявлением «тормозящего» действия аффекта на интеллектуальные процессы. В пиктограмме «шоковые» реакции проявляются в виде удлинения латентного времени изменения характера выбранного образа (в сравнении с другими образами в данном протоколе), некоторых графических особенностей – более тщательная обработка рисунка на «травмирующее» понятие. Крайним проявлением шоковой реакции является отказ от выбора образа – локальный отказ. Причиной последнего могут быть и чисто интеллектуальные затруднения.

Парадоксальные отказы (отказы на более «легкие» понятия) обусловлены убеждением испытуемых, что понятие имеет непосредственное отношение к нему. Так испытуемый отказывается выбрать образ на понятие «Тяжелая работа», поскольку он любит всякую работу, никакая работа не тяжела.

Неформализуемые типы образов. Ассоциации по созвучию. Выбранный образ помогает запомнить не смысл понятия, а звучание слов. Примеры многочисленны: автомобиль «Победа», электропила «Дружба» на созвучные понятия, сом на понятие «Сомнение». Более сложные и реже встречающиеся образы-ребусы, где слово составлено из первых букв изображаемых предметов.

Множественный выбор. Для запоминания понятия изображено множество предметов, не объединенных в единую композицию. Обычно это набор

адекватных атрибутивных образов. Данный феномен имеет диагностическую ценность лишь тогда, когда в разьяснении имеется нарушение логической связи.

Недифференцированные изображения. Испытуемый не в состоянии объяснить, что же именно он хотел нарисовать, по характеру рисунка понять его сюжет совершенно невозможно. От «выхолощенной символики» данный феномен отличается тем, что рисунки не являются геометрическими значками, это крайне неудачные попытки изобразить что-либо конкретное. Чаще всего встречается у больных с органическим поражением головного мозга, иногда встречается у больных шизофренией в состоянии обострения.

Употребление буквенных и словесных обозначений. Употребление букв в пиктограмме запрещено инструкцией, появление буквенных обозначений является последствием недостаточности внимания, либо чаще – появлением негативистических тенденций, что обычно выясняется при ретестировании. Здоровые испытуемые, как правило, органично включают надпись в рисунок, например на понятие «Победы» рисуют календарь с надписью «9 Мая». У больных шизофренией употребление букв редко заменяется надписью и часто имеет вычурный характер, с деформацией, «сдваиванием» букв, приданием буквам сходства с изображением человека или животного.

Спонтанные разьяснения и высказывания испытуемых. Чаще всего свидетельствуют о состоянии тревоги и внутренней неуверенности, являются также проявлением интеллектуальных затруднений либо эмоциональной «шоковой» реакции. Особняком стоят обстоятельные, авторитарные спонтанные разьяснения лиц, с эпилептоидными чертами.

Замечания испытуемых могут иметь экстрапунитивный либо интрапунитивный характер (критика тестирования и самокритика).

Стереотипы. Проявлением персеверативных тенденций является «феномен единой системы», который заключается в том, что при построении образа на последующее понятие испытуемый использует предыдущий образ. При этом испытуемый может прямо использовать выполненный рисунок, видоизменяя либо дополняя его. Так, испытуемый К. на понятие «Печаль» рисует девушку, сидящую у окна, на понятие «Счастье» прорисовывает солнце, лучи которого освещают окно, на понятие «Любовь» прорисовывает цветы на подоконнике.

Фрагментаризация. Испытуемый изображает лишь фрагмент задуманного образа, прямо говоря о своем замысле и подчеркивая невозможность реализации последнего.

Замена. Выбрав образ для опосредования, испытуемый зачеркивает рисунок и рисует новый – проявление тревоги либо невозможности планирования в ситуации эксперимента.

Феномен возврата. При предъявлении следующего понятия испытуемый возвращается к предыдущему рисунку, занимаясь его графической доработкой.

Привнесение цвета. Не пользуясь цветными карандашами, испытуемый в разьяснении упоминает о цвете. Например, нарисовав цветок на понятие «Разлука», описывает его как «желтый цветок».

Спонтанная нумерация – испытуемый номерует рисунки.

Спонтанная пунктуация – рисунки разделяются запятыми.

Графические факторы анализа

Анализируя графические особенности пиктограммы, экспериментатор обращает внимание на размер рисунков («микрография», «макрография»), стабильность размеров рисунка («расширение», «сжатие»).

Расположение рисунков на листе бумаги может быть правильным (горизонтальным и вертикальным, слева направо, сверху вниз), «обратным» (общая упорядоченность композиции варьируется от «сверхупорядоченной» с подчеркнuto правильным расположением рисунков, с соблюдением расстояния между рисунками и размеров рисунка до хаотичной – рисунки беспорядочно разбросаны на листке бумаги, значительно отличаются размерами, расстояния между ними колеблются от значительного до «наложения» одного рисунка на другой).

Крайнее проявление «сверхупорядоченной» композиции (с малым размером рисунков, расположенных по краю листа) – «краевое расположение» с равномерным, чаще слабым нажимом линии, картинка может дополняться спонтанной нумерацией рисунков.

Нажим линии может колебаться от слабого, едва заметного, до сильного, рвущего бумагу. При этом подобные колебания могут быть в одном протоколе исследования, указывая на склонность испытуемого к импульсивным аффективным разрядам.

Упорядоченность композиции отражает способность к планированию и самоконтролю в ситуации эксперимента.

Нарушения композиции в пиктограмме могут отражать как стойкие особенности характера, так и актуальное психическое состояние больного. В последнем случае при повторных исследованиях, после реализации психического состояния нормализуются и психические характеристики пиктограммы.

2.4.5. Каталог образов, выбираемых здоровыми испытуемыми на применяемый набор понятий

1. Веселый праздник.

Стандартный образ – флаг, воздушные шары, цветы, иногда в сочетании с улыбающимся лицом (Ат.Ф.+С).

Повторяющиеся образы – салют (Ат.Ф.+), елка и елочные украшения (Ат./К.; Ф.Инд.+), еда и алкогольные напитки (Ат.К.Ф.Инд.+), музыкальные инструменты и звукопроизводящая аппаратура (Ат.К.Ф.Инд.+), веселящиеся люди (К.Ф./Инд./+), карнавальные маски (Ат.Ф.+).

Примеры редких образов: галстук (на праздники надевают галстук) – Ат.Ф.Ориг.; здание (театр) – «на праздник ходят в театр» – Ат.Ф.Ориг.; лист, машина, звезда – «символ жизни, движения, счастья» – М.Ф.Ориг. – множественный выбор.

2. Тяжелая работа.

Стандартный образ – кирка, молот, лопата (Ат.К.Ф.Инд. + Ст.).

Повторяющиеся образы – изображения тяжестей (гиря, штанга) (Ат.Ф.+); человек, занятый тяжким физическим трудом, – землекоп, кузнец (К.Ф.+); лицо с мимическим выражением усталости, каплями пота (Ат.Ф.+).

Примеры редких образов: Сизиф, вкатывающий камень на гору, – М.Ф.Ориг+, солнце («я работаю на солнце, это тяжело») – К. Инд.-С.Ориг.; цепи (тяжелая работа вызывает чувство скованности) – М.Ф.Ориг.

3. Вкусный ужин.

Стандартный образ – изображение еды (К.Ф. Инд.+Ст.).

Повторяющиеся образы – изображение еды с часами и другими указателями времени (луна, заходящее солнце) (К.Ф.+); посуда, тарелки, вилки, ложки (Ат.Ф.+); человек за едой (К.Ф.+). одобрительный жест, «удовлетворенная» мимика (Ат.К.Ф.+).

Примеры редких образов: спящий человек (после ужина спят) – К.Ф.Ориг.; человек с выпяченным животом (он вкусно поел) – К.Ф.Ориг.

4. Болезнь.

Стандартный образ – человек, лежащий в постели (К.Ф. +Ст.).

Повторяющиеся образы: кровать, термометр, шприц, медикаменты, (все – Ат.Ф.+), красный крест, змея над чашей (Ат.Ф.+), человек с признаками болезни и инвалидности (К.Ф./Инд./+), лицо с мимикой страдания (Ат.К.Ф.+), надгробие (Ат.Ф.+), темное пятно (М.Ф.+).

Примеры редких образов: туча, закрывающая солнце – М.Ф.ОригЛ, дом (когда болеют, сидят дома) – Ат.Ф.Ориг.

5. Печаль.

Стандартный образ – лицо с печальной мимикой, слезами (Ат.Ф.Ст.+).

Повторяющиеся образы: человек в печальной позе (К.Ф.Инд.+), слезы (Ат.Ф.+), надгробие (Ат.К.Ф.Инд.+).

Примеры редких образов: письмо (печальное известие) – К.Ф./Инд./Ориг., папироса («когда печален – курю») – К.Инд. – С.Ориг.

6. Счастье.

Стандартный образ – лицо с мимикой радости (Ат.Ф.Ст.+).

Повторяющиеся образы – солнце, радостный пейзаж (М.Ф.+); цветы (Ат./М./Ф.+); ребенок (К.Инд.+); семья (К.Инд./Ф./+); обручальные кольца, яхта (ассоциации по типу «счастье, когда все это есть») (К.Инд.+); целующаяся пара (К.Ф.+).

Примеры редких образов: книга (о счастье пишут в книгах) – К.Ф.Ориг. –; облако (счастье безгранично) – М.Ф.Ориг. –; горы («чувство счастья возникает у меня в горах») – К.Инд.-С.Ориг.

7. Любовь.

Стандартные образы – сердце, пронзенное стрелой (М.Ф.+Ст.); целующиеся влюбленные (К.Ф.+Ст.).

Повторяющиеся образы – солнце (М.Ф.+), цветы (Ат.М.Ф.+), обручальные кольца (Ат.Ф.+), ребенок (АтФ.+), два голубя (М.Ф.+).

Примеры редких образов: собака (любовь к животным) – К.Ф.Ориг., Амур (М.Ф.Ориг.+), множество солнц над морем (любовь – вечный рассвет) – М.Ф.Ориг., кубик (любовь бывает многогранна) – Г.С.Ф.Ориг.

8. Развитие.

Стандартные образы на данное понятие отсутствуют.

Повторяющиеся образы – спираль, график, диаграмма (Г.С.К.Ф. –); развитие растений (бутон – цветок, почка – лист – растущий росток) – К.Ф.+, насекомых, птиц, человека (ребенок, взрослый) – К.Ф.+; ступени лестницы (М.Ф.+); атрибуты умственного развития (книга) – Ат.Ф.+, человек с книгой – К.Ф.-; атрибуты физического развития (гантели, спорт, снаряды) – Ат.Ф. –; человек, занимающийся физкультурой. – К.Ф. –; атлет – К.Ф. –.

Примеры редких образов: разветвление дерева (усложняющаяся схема) – М.Ф.Ориг.+, квадрат (развитие многосторонне) – Г.С.Ориг., лицо в очках (умственно развитие люди носят очки) – Ат.Ф.Ориг.

Образы «хорошей формы» охватывают 78% всех образов.

9. Разлука.

Стандартные образы на данное понятие отсутствуют.

Повторяющиеся образы – прощаются люди (К.Ф.+); изображение транспортных средств (Ат./К./Ф./Инд./+); дорога (М.Ат.Ф.+); преграда (река, пропасть) (М.Ф.+); разделяющая черта (Г.С.Ф.+); стрелки, направленные в разные стороны (Г.С.Ф.+); письма (в разлуке поддерживают письма) – К.Инд.Кс.+; корабли, расходящиеся в разные стороны (М.Ф.+).

Примеры редких образов: разведенный мост – М.Ф.Ориг.+; развязанный узел – М.Ф.Ориг.+; дом (тяжело вдали от дома) – К.Инд.Ориг.; платок (платком вытирают слезы) – К.Инд.Кс.Ориг.; календарь (сколько еще осталось жить?) – К.Инд. – С.Ориг. –.

10. Обман.

Стандартные образы на данное понятие отсутствуют.

Повторяющиеся образы – лисица (М.Ф.+), карты (Ат.Ф.+), деньги (Ат.Ф.+), «комбинация из трех пальцев» (М.Ф.+), четыре кулака (М.Ф.+), влюбленный под часами (К.Ф.+), беременная женщина (К.Ф./Инд./+), женщина и уходящий мужчина (К.Ф./Инд.+); человек с разведенными руками (К.Ф.+), лицо с печальной мимикой (Ат.К.Ф.+), зачеркивающий знак (Г.С.Ф.+), зачеркнутые деньги (К.Ф.+), темное пятно (Г.С.Ф.+).

Примеры редких образов: Двуглавый Янус (М.Ф.Ориг.+), палец с круговой стрелкой (обвести вокруг пальца) – М.Ф.Ориг.+; сжатый кулак (за обман бьют) – К.Ф.Ориг.; сцена суда (обманщика судят) – К.Ф.Ориг.; кинжал (за обман – смерть) – К.Ф.Ориг.; многочисленные развернутые изображения конкретного обмана типа «мальчик ищет собаку, взрослый посылает его не в ту сторону» – К.Ф.Ориг.

11. Победа.

Стандартные образы – флаг (Ат.Ф.+), салют (Ат.Ф.+). Повторяющиеся образы – памятник (Ат.Ф.+), звезда Героя (Ат.Ф.+), спортивный пьедестал Почета (Ат.Ф.+), победитель и поверженный (К.Ф.+), судья поднимает руку боксера на ринге (К.Ф.+), радующийся человек (К.Ф.+), автомобиль «Победа» (ассоциация по созвучию) – «особый феномен».

Примеры редких образов: победителю дарят цветы – Ат. Ф.Ориг.; голубь (после победы наступает мир) – М.Ф.Ориг.; триумфальная арка – М.Ф.Ориг.+; лавровый венок – М.Ат.Ориг.+.

12. Подвиг.

Стандартных образов нет.

Повторяющиеся образы – ордена, медали (Ат.Ф.+); памятник-обелиск – Ат.Ф.+; награжденный солдат – К.Ф.+; сцены спасения утопающего или на пожаре – К.Ф.+; солдат, идущий навстречу танку – К.Ф. –; космическая ракета – К.Ф.+.

Примеры редких образов: горящее сердце – М.Ф.Ориг.–; изображение Икара – М.Ф.Ориг.+; человек с большими мускулами (подвиг может совершить сильный) – Ат.Ф.Ориг.; квадрат и 4 символа бесконечности (подвиг это что-то бесконечно огромное) – Г.С.Ф.Ориг.

13. Вражда.

Стандартные образы на это понятие отсутствуют.

Повторяющиеся образы – мечи, направленные друг на друга либо скрещенные (М.Ат.Ф.+); преграда между людьми (забор, река, пропасть) (М.Ат.Ф.+); кошка и собака (М.Ф.+); нож, пистолет, автомат (А.Ф.+); кулак (Ат.К.ФЛ); дерущиеся или сражающиеся люди (К.Ф.+); мимика, выражающая злобу (Ат.К.Ф.+).

Примеры редких образов: лежащий убитый человек – К.Ф.Ориг.; змея – М.Ф.Ориг.+; высунутый язык (вражда на ринге) – Ат.Ф.Ориг.; сапог, попирающий цветок – М.Ф.Ориг.+; знаки «+» и «-», белый и черный цвет – Г.С.Ф.Ориг. –.

14. Справедливость.

Стандартные образы на данное понятие отсутствуют.

Повторяющиеся образы: Фемида, ее весы и меч (М.Ф.+); изображение суда (К.Ф.+); тюремная решетка (К.Ф./Инд./+); книга, часто с надписью «Уголовный кодекс», «Конституция» (Ат.Ф.+); человек, делящий что-либо пополам (К.Ф.+); предмет (хлеб, яблоко), разрезанный пополам (К.Ф.+), ось симметрии (Г.С.Ф.+).

Примеры редких образов: пограничный столб (границы устанавливают справедливо) (К.Ф.Ориг.–); рука, указывающая на окурок (справедливое замечание неряхе) (К.Ф.Ориг.–); осколки (справедливость – это хрупкое понятие) (М.Ф.Ориг.–); квадрат (справедливость – это равенство, а в квадрате равны стороны и углы) (Г.С.Ф. Ориг.–).

15. Сомнение.

Стандартные образы на данное понятие отсутствуют.

Повторяющиеся образы – знаки «?» и «?!» (Г.С.Ф.+); лица с мимикой сомнения (поднятые брови) (Ат.Ф.+); кинестетическое выражение сомнения – палец, приставленный ко лбу, пожимание плечами (Ат.К.Ф./ Инд.Ки./+); ромашка («любит – не любит») (М.Ф.+); развилка дорог (М.К.Ф.+); неопределенная фигура (сомнение - неопределенность) (Г.С.Ф.+).

Примеры редких образов: математический символ неопределенности (Г.С.Ф.Ориг,+); самолет («сомневаюсь, полетит ли он») (К.Ф.Ориг.–), телефон («это символ ожидания, которое не кончается») (М.Инд.Ориг.–).

16. Дружба.

Стандартные образы – рукопожатие, люди, взявшиеся за руки (М.К.Ф.+Ст.).

Повторяющиеся образы – олимпийские кольца (М.Ф.+); голубь (М.Ф.+); фестиваль флажок (М.Ф.+); горы (друга узнают в горах) (К.Инд./Ф.+); электропила «Дружба» (ассоциация по созвучию) – «особый феномен».

Примеры редких образов: стол (друзья собираются за столом) (Ат.Ф.Ориг.–); лампочка и выключатель (дружба – это взаимодействие) (М.Ф.Ориг.–).

Таким образом, мы видим, что исследование опосредованного запоминания – это лишь частный и достаточно «узкий» вариант интерпретации пиктограммы. Пиктограмма как метод предоставляет широкие возможности для понимания особенностей мышления, эмоционально-волевой сферы и личности людей, имеющих как невротические нарушения, так и страдающих серьезными психическими расстройствами.

Глава III. Нейропсихология

3.1. Подходы к исследованию функциональных систем мозга

Нейропсихология – область психологической науки, пограничная между психологией и неврологией, изучающая функциональную организацию мозга человека. Наши знания о функциональной организации мозга животных и человека являются результатом трех методических процедур: анализ сравнительно-анатомических данных, метод раздражения и метод выключения.

3.1.1. Анализ сравнительно-анатомических данных

Анализ анатомических особенностей центральной нервной системы на различных этапах филогенеза позволил выделить два основных принципа.

Первый принцип – на различных этапах эволюции отношения организма животного со средой и его поведение регулируется различными аппаратами нервной системы, и, следовательно, мозг человека является продуктом длительного исторического развития.

В процессе эволюции удельный вес коры головного мозга по сравнению с нижележащими подкорковыми образованиями непрерывно растет, причем за счет новых образований.

С переходом от высших млекопитающихся (обезьян) к человеку эволюция мозга связана преимущественно с увеличением площади наиболее сложных (третичных) зон коры; площадь более элементарных отделов коры (первичных и вторичных) практически не увеличивается, а иногда и уменьшается: лимбическая область снижается, двигательная – остается без изменений, затылочная – уменьшается, височная – увеличивается, нижнетеменная и лобная – третичные зоны – увеличиваются в несколько раз.

Таким образом, огромное место в коре мозга принадлежит аппаратам, связанным с приемом, переработкой и синтезом информации, получаемой от различных анализаторов, и аппаратам, принимающим участие в выработке и сохранении сложнейших программ поведения и контроля психической деятельности.

Второй важнейший принцип работы мозга заключается в том, что прежние нервные аппараты сохраняются в нем, но сохраняются в **снятом** +

(смятом, сжатом??) виде, обеспечивая фон поведения, регуляцию состояний организма, передавая функцию получения, переработки и хранения информации и функцию создания новых программ поведения, регуляции и контроля сознательной деятельности высшим аппаратам коры головного мозга. Разные по сложности формы поведения даже у человека могут осуществляться с помощью различных уровней нервной системы. Низшие уровни нервного аппарата участвуют в **организме** ?

работе коры больших полушарий, регулируя и обеспечивая ее тонус.

Данные, полученные при помощи современных анатомических и физиологических исследований, позволяют

(- **предположить и**) сформулировать принцип вертикального строения функциональных систем мозга.

В коре больших полушарий были выделены морфологически неоднородные зоны мозга или первичные, вторичные и третичные зоны мозга.

Первичные поля коры по своей цитоархитектонике принадлежат к кониокортикальному или пылевидному типу коры, которая характеризуется широким четвертым

4-м слоем с многочисленными мелкими зерновидными клетками. Эти клетки принимают и передают пирамидным нейронам 3-го и 5-го слоя импульсы, приходящие по афферентным проекционным волокнам из подкорковых отделов анализаторов.

Так, первичное 17-е поле коры содержит в 4-м слое крупные звездчатые клетки, откуда импульсы переключаются на пирамидные клетки 5-го слоя (клетки Кахала и клетки Майнерта). От пирамидных клеток первичных полей берут начало нисходящие проекционные волокна,

+поступающие (входящие) в соответствующие двигательные «центры» местных двигательных рефлексов (например, глазодвигательных). Эта особенность строения первичных корковых полей носит название «первичного проекционного нейронного комплекса коры». Все первичные корковые поля характеризуются топическим принципом организации («точка в точку»), согласно которому каждому участку рецепторной поверхности (сетчатки, кожи, кортиевого органа) соответствует определенный участок в первичной коре, что и дало основание называть первичную кору *проекционной*. Однако величина зоны представительства того или иного рецепторного участка в первичной коре зависит от функциональной значимости этого участка. Так, область *fovea* представлена в 17-м поле коры значительно больше, чем другие области сетчатки. Первичная кора организована по принципу вертикальных колонок, объединяющих нейроны с общими рецептивными полями. Первичные корковые поля непосредственно связаны с соответствующими реле-ядрами таламуса.

Функции первичной коры состоят в максимально тонком анализе различных физических параметров стимулов определенной дальности, причем клетки-детекторы первичных полей реагируют на соответствующий стимул по специфическому типу (не проявляя признаков угасания реакции по мере повторения стимула). Вторичные корковые поля по своей цитоархитектонике характеризуются большим развитием клеток, переключающих афферентные

импульсы 4-го слоя на пирамидные клетки 3-го слоя, откуда берут свое начало ассоциативные связи коры. Этот тип переключений носит название «вторичного проекционно-ассоциационного нейронного комплекса». Связи вторичных полей коры с подкорковыми структурами более сложны, чем у первичных полей. К вторичным полям афферентные импульсы поступают не непосредственно из реле-ядер таламуса, а из ассоциативных ядер таламуса (после их переключения). Иными словами, вторичные поля коры получают более сложную переработанную информацию с периферии, чем первичные. Вторичные корковые поля осуществляют синтез раздражителей, функциональное объединение разных анализаторских зон, принимая непосредственное участие в обеспечении различных гностических видов психической деятельности.

Третичные поля коры задних отделов больших полушарий находятся вне «ядерных зон» анализаторов. К ним относятся верхнетеменная область (поля 7-е и 40-е), нижнетеменная область (39-е поле) — средневисочная область (поле 21-е и частично 37-е) и зона ТРО — зона перекрытия височной (*temporalis*), теменной (*parietalis*) и затылочной (*occipitalis*) коры (поля 37-е, частично 39-е). Цитоархитектоника этих зон определяется в известной степени строением соседних ядерных зон анализаторов. Для третичных полей коры характерен «третичный ассоциативный комплекс», то есть переключение импульсов от звездчатых клеток 2-го слоя к клеткам 3-го слоя (средним и верхним подслоям). Третичные поля не имеют непосредственной связи с периферией и связаны лишь с другими корковыми зонами.

Функциональное значение третичных полей коры многообразно. При их участии осуществляются сложные надмодальностные виды психической деятельности – символической, речевой, интеллектуальной. Особое значение среди третичных полей коры задних отделов больших полушарий имеет зона ТРО, обладающая наиболее сложными интегративными функциями.

Такое иерархическое строение коры головного мозга является продуктом длительного исторического развития, лишь у обезьян вторичные и третичные зоны мозговой коры отмечаются достаточно ясно.

Метод получения слепков с внутренней поверхности черепа (эндокраниум) показывает, что развитие мозга у человека прошло несколько стадий. В первую очередь начинают развиваться нижнетеменные области – значительный скачок в развитии, что отмечается уже у архантропов, живших один миллион лет назад. Это соответствует развитию нового способа получения информации – ощупыванию и функции собственно руки как нового органа чувств.

Во-вторую очередь включаются в работу нижнелобные области мозга, достигающие больших размеров у палеантропов и связанные с возникновением и развитием звукового языка, что в свою очередь опирается на совместную работу височных и нижнелобных долей мозга.

Все приведенные данные отчетливо указывают на прямую связь эволюции головного мозга с усложнением процесса переработки и кодирования информации, с одной стороны, и с усложнением программ индивидуально-изменчивого поведения, которые отличают деятельность высших животных, – с другой.

Большой интерес в плане сравнительно-анатомического исследования представляет анализ тех изменений в мозговых структурах, которые наблюдаются в процессе развития ребенка. Данные этих исследований свидетельствуют о постепенной дифференциации систем мозговой коры и о неравномерном развитии отдельных мозговых структур, что, как мы убедились, имеет место в филогенезе.

Ребенок появляется на свет с неполностью созревшими аппаратами более сложных вторичных и третичных зон коры, это проявляется в относительно малом размере входящих в их состав клеток, в недостаточности развития ширины их верхних слоев. Наиболее бурное увеличение траектории последних областей отмечается в возрасте двух-трех лет, наиболее сложные лобные области созревают окончательно лишь к шести-семилетнему возрасту.

Этот факт отчетливо говорит о том, что по мере развития ребенка возрастает роль тех видов деятельности, которые требуют совместной работы отдельных зон коры и осуществляется этот процесс при ближайшем участии ассоциативных или интегративных ее слоев.

3.1.2. Метод раздражения.

Работы У. Пенфилда³¹ и других исследователей, которые использовали метод раздражения отдельных участков мозга, создали прочную основу учения о функциональной организации различных зон мозговой коры человека. Пенфилдом были разработаны два принципиально новых аспекта исследования:

1. Оказалось возможным, не ограничиваясь исследованием функций органов двигательной сферы мозга, перейти к изучению функций афферентных, сенсорных систем.

2. Пенфилд показал, что организация идет не столько по линейному типу зависимости, сколько по функциональному: чем большее значение имеет та или другая функциональная система, тем более обширную территорию занимает ее проекция в первичных отделах коры головного мозга, тем более управляемым является тот или иной орган, тем шире он представлен в мозговой коре.

Метод раздражения как способ исследования функциональной организации мозга представлен в нескольких модификациях: нейронографический метод – раздражение первичных зон, вторичных зон, третичных зон и анализ электрической активности коры больших полушарий; психологические показатели раздражения первичных, вторичных и третичных зон.

Особенно интересен метод вызванных потенциалов, который позволил получить факты, убедительно говорящие о том, что более сложные формы активной психической деятельности вызывают более обширные процессы в коре головного мозга, вовлекая в совместную работу более сложные системы корковых зон.

3.1.3. Метод выключения

³¹ Пенфилд У., Джаспер Г. Эпилепсия и функциональная анатомия головного мозга человека. М., 1958.

Метод исключения заключается в том, что исследователи разрушают определенные области мозга животного и прослеживают изменения в его поведении.

Уже в середине XIX века был получен богатый, но противоречивый экспериментальный материал.

Причина противоречивости результатов стала ясной из сравнительного анализа эффектов разрушения коры головного мозга: у птиц это приводит к относительно незначительным результатам; у мыши подобное разрушение вызывает также небольшие изменения поведения; у собаки объем этих же изменений возрастает, и они делаются более стойкими; у обезьяны дифференцированность и стойкость нарушений поведения, возникающих в результате разрушения ограниченных участков мозга, становится несравненно более отчетливой; у человека локальные разрушения мозга вызывают стойкие нарушения различных процессов.

Таким образом, на последовательных ступенях эволюции поведение животного в разной степени зависит от высших отделов мозга: чем выше на эволюционной лестнице стоит животное, тем в большей степени его поведение регулируется корой и тем больше возрастает дифференцированный характер этой регуляции. Этот закон прогрессивной кортикализации функций – один из основных законов мозговой организации поведения – является ключом к пониманию причины тех противоречий, которые наблюдали отдельные авторы, изучавшие мозговую организацию животных.

Таким образом, функциональная организация мозга животных и человека является закономерным результатом эволюционного процесса, который обеспечивает механизмы все более тонких и сложных форм адаптации.

3.2. Теории локализации высших психических функций

Проблема локализации высших психических функций, или проблема «мозг и психика», относится к числу важнейших проблем современного естествознания.

3.2.1. Концептуальные подходы к проблеме локализации высших психических функций

Можно выделить ряд направлений понимания этой проблемы:

Узкий локализационизм – исходит из представлений о психической функции как о неразложимой на компоненты единой механической способности, которая должна быть целиком соотнесена с мозгом. Сам мозг и, прежде всего, кора больших полушарий, рассматривается данным направлением как совокупность различных «центров», каждый из которых целиком «заведует» определенной психической функцией, в связи с чем поражение какого-либо мозгового «центра» ведет к необратимому нарушению (или выпадению) соответствующей функции. Локализация психической функции понимается этим направлением как непосредственное соотнесение психического и морфологического (или непосредственное «наложение» психического на морфологическое), в связи с чем это направление и получило название «психоморфологического». Следует отметить, что психоморфологические представления отнюдь не изжиты и в

настоящее время и, прежде всего, в сознании некоторых врачей-клиницистов, отождествляющих локализацию того или иного симптома нарушения психической функции с локализацией самой функции (Брок, Вернике, Кляйст).

Френологическая карта Ф. Галля и локализационная карта К. Кляйста представляют собой логическое завершение идей узкого локализационизма о работе коры больших полушарий как совокупности различных «центров» психологических «способностей».

Другое направление – *антилокализационизм* – сходен с узким локализационизмом по своему отношению и психическим функциям, как к далее неразложимым психическим «способностям», и по своему пониманию локализации как непосредственного соотношения психического и морфологического. Однако мозг и, прежде всего, кора больших полушарий, трактуются данным направлением как однородное целое, равноценное и равнозначное для психических функций во всех своих отделах. Психические функции («способности») связаны равномерно со всем мозгом (и, прежде всего, с корой больших полушарий), и любое поражение мозга приводит к пропорциональному величине патологического очага нарушению всех психических функций одновременно. Степень нарушения психической функции не зависит от локализации поражения, а определяется только массой пораженного мозга.

Наиболее яркими представителями данного направления были физиологи (Флуранс, Гольц, Лешли и др.) и психологи-идеалисты (Бергсон и другие представители Вюрцбургской школы).

Клинические наблюдения за больными, перенесшими локальные поражения мозга, как будто бы подкрепляли фактами оба указанных направления: с одной стороны, поражение отдельных участков мозга (преимущественно коры больших полушарий) приводит к нарушениям психических процессов, с другой – при локальных поражениях нередко наблюдаются факты высокой компенсации возникших нарушений, указывающие на возможность осуществления нарушенных функций и другими отделами мозга. Ни та, ни другая концепции не могли объяснить эти противоречия.

Довольно распространенной является *эkleктическая концепция*, сохранившаяся и до настоящего времени, объединяющая и психоморфологические и антилокализационные представления. Согласно данной концепции (Монаков, Хэд и др.) можно и следует локализовать (соотносить с определенными участками мозга) лишь относительно элементарные и моторные функции. Однако высшие психические функции связаны со всем мозгом равномерно.

Наконец, история науки знает и откровенное отрицание самой возможности связывать мозг и психику, *отрицание проблемы локализации* высших психических функций человека. Этой откровенно идеалистической позиции придерживались такие крупные физиологи, как Гельмгольц³², Шеррингтон, которые были естествоиспытателями в науке, но идеалистами по своему философскому мировоззрению.

³² Гельмольц Герман (1821-1894). Психолог, физик, математик, физиолог. Автор теории восприятия пространства.

3.2.2 Высшие психические функции

В отечественной нейропсихологии было пересмотрено понятие «функция».

Правомерность и плодотворность психологического подхода к проблеме локализации вытекает из того обстоятельства, что господствующие в данную эпоху психологические воззрения всегда оказывали большое влияние на представления о локализации психических функций (ассоциативная психология и атомистическое учение о локализации, структурная психология и тенденция современных ученых к интегральному пониманию локализации). Проблема локализации – есть, в сущности, проблема отношения структурных и функциональных единиц к деятельности мозга. Поэтому то или иное представление о том, что именно локализуется, не может быть безразличным для решения вопроса о характере локализации.

По мнению отечественных ученых³³ адекватная с точки зрения учения о локализации система психологического анализа, по нашему убеждению, должна быть основана на исторической теории высших психических функций, в основе которой лежит учение о системном и смысловом строении сознания человека, исходящее из признания первостепенного значения:

- а) изменчивости межфункциональных связей и отношений;
- б) образования сложных динамических систем, интегрирующих целый ряд элементарных функций;
- в) обобщенного отражения действительности в сознании.

Все эти три момента представляют с точки зрения защищаемой нами теории самые существенные и основные, связанные в единство, особенности человеческого сознания и являются выражением того закона, согласно которому диалектическим скачком является не только переход от неодушевленной материи к ощущению, но и переход от ощущения к мышлению.

«Высшие психологические функции» как психические образования стали рассматриваться как социальные по генезу (то есть прижизненные, обусловленные социально-историческими факторами), опосредованные психологическими орудиями (главным образом, речью), системные по строению, осознанные, динамичные по своей организации (то есть различные по психологической структуре на разных этапах онтогенеза), произвольные по способу управления. Таким образом, представление о недифференцированных психических функциях как о далее неразложимых «способностях» было заменено современными представлениями о психических функциях как о «психологических системах», обладающих сложным психологическим строением, и включающих в себя много психологических компонентов (звеньев, фаз и т.д.).

Новизна³⁴ и оригинальность лурьевской нейропсихологии в том, что она, будучи синтезом трех наук (психологии, медицины, физиологии), является прежде всего отраслью психологической науки, непосредственно связанной с

³³ Хомская Е. Д. Нейропсихология. Изд-во МГУ. 1987; Хомская Е. Д. Нейропсихологическая школа А.Р. Лурия.

³⁴ Лурия А.Р. Мозг человека и психические процессы. М., 1963, т. 1; 1970, т. 2.

Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. 2-е изд. М., 1969.

Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М., 1973.

общепсихологическими идеями А. Р. Лурия (как представитель школы Выготского-Леонтьева).

Центральной проблемой нейропсихологии как одной из наук о мозге является проблема мозговой организации (локализации) психических функций. Ее решение зависит от понимания следующих вопросов:

- Что такое психическая функция как психологическое явление?
- Что такое мозг как субстрат психологических функций, то есть каковы принципы его организации?
- Как именно соотносятся психические функции с мозговыми структурами, то есть что именно «подлежит» локализации и что именно надо понимать под мозговыми механизмами психических функций?

А. Р. Лурия по-новому подошел к решению этих вопросов.

Высшая (то есть прижизненно возникающая, опосредованная, произвольно регулируемая) психическая функция представляет собой не «психическую способность» – целостное и неразложимое на составные части психологическое явление, а сложную форму психической деятельности, включающую в свой состав движущие мотивы (программы), цели, исполнительные звенья (действия и осуществляемые ими операции) и контролирующие механизмы. Это сложная психологическая система, состоящая из многих звеньев и характеризующаяся определенными параметрами (аспектами). Психическая функция не может сопоставляться с мозгом как с единым целым.

Мозговые структуры, ответственные за реализацию психических функций, – высоко дифференцированные образования, объединенные в различные взаимодействующие между собой системы, которые объединяют и корковые, и подкорковые уровни мозга. Мозг как субстрат психических процессов организован по системному принципу, вернее, по многим системным принципам: проекционным, ассоциативным, регуляторным и др. С определенными мозговыми структурами следует соотносить не психическую функцию как единое целое, а ее отдельные звенья, параметры (аспекты), реализация которых осуществляется с помощью соответствующих физиологических процессов.

Мозг как субстрат психических процессов участвует в реализации психических функций как сложное единое целое, состоящее из высокодифференцированных компонентов, организованных по системному принципу, где различные мозговые структуры и специфические для них физиологические процессы «отвечают» за различные звенья (аспекты) функции.

Таким образом, психические функции, или сложные формы сознательной психической деятельности системны по своему психологическому строению и имеют сложную психофизиологическую основу в качестве многокомпонентных функциональных систем.

Наличие постоянной инвариантной задачи осуществляется с помощью меняющихся (вариантных) средств, позволяющих доводить процесс до постоянного (инвариантного) результата, и является одной из основных особенностей работы каждой «функциональной системы».

Основная задача, стоящая перед нейропсихологом, заключается в том, чтобы тщательно проанализировать структуру совместно работающих зон мозга, обеспечивающую выполнение сложных форм психической деятельности, выяснить место каждой из зон в функциональной системе и то, как меняется соотношение этих совместно работающих отделов мозга при осуществлении психической деятельности на разных этапах развития.

Если психическая деятельность является сложной функциональной системой, то поражение одной из зон может привести к распаду всей функциональной системы, и, таким образом, «симптом» еще ничего не говорит о *ее* локализации. Сложное предметное движение может нарушаться при поражении различных зон коры, однако каждый раз оно будет нарушаться по-разному.

Для того чтобы перейти от установления симптома к локализации соответствующей психической деятельности, нужно пройти длинный путь, важнейшим звеном которого является детальный психологический анализ структуры возникающего нарушения и выяснение тех ближайших причин, вследствие которых функциональная система распалась, или, иначе говоря, дать тщательную квалификацию наблюдаемого симптома.

Закономерности построения и распада функциональных систем позволяют нейропсихологу выяснить, какие именно факторы включает в свой состав сложная психическая деятельность и какие именно участки мозга составляют ее нервную основу.

Любой ограниченный корковый очаг поражения нарушает протекание одних психических процессов, оставляя другие процессы в сохранности. Это позволяет разделить, казалось бы, сходные психологические процессы и сблизить, казалось бы, различные формы психической деятельности.

Синдромный анализ позволяет не только уточнить вопрос о мозговой организации сложных психологических процессов, но и вплотную подойти к их внутреннему строению.

Исследования показывают, что каждая функциональная система имеет свои четко очерченные узловые механизмы.

Афферентный синтез как специфический механизм функциональной системы

Выявилось, что внешний раздражитель, поступая в форме возбуждения в центральную нервную систему, распространяется отнюдь не линейно, как это постулирует классическая рефлекторная теория. Он непременно вступает в тонкие взаимодействия с другими афферентными возбуждениями, имеющими другой функциональный смысл, и только в зависимости от синтеза всех этих афферентаций создаются условия для формирования целенаправленного действия. Затем это взаимодействие обогащается новыми афферентными раздражениями, активно подбираемыми при помощи ориентировочной реакции.

Значение и место каждого из внешних раздражителей в процессе афферентного синтеза может быть наиболее отчетливо выражено следующей общей формулой:

физиологический смысл любого из внешних и внутренних раздражений состоит в том, что оно может иметь или пусковой характер, то есть являться истинным стимулом для появления какой-либо реакции, или оно может быть своеобразным фактором, подготавливающим интегрированную реакцию, которая пребывает в скрытом виде и пока не выявляется.

Все формы таких, часто весьма разнообразных, раздражений составляют органическое единство, но каждая из них вносит в это единство специфическую долю.

Доминирующая мотивация

Мотивационное возбуждение играет особенно важную роль в формировании стадии афферентного синтеза, поскольку вообще трудно представить себе какой-нибудь поведенческий акт без соответствующих предпосылок типа побуждения. Такого рода побуждения могут иметь различный характер, они могут обуславливаться как **нутритивными** и гормональными процессами, разыгрывающимися в теле животного или человека, так и на более высоком, в том числе и социальном, уровне в форме настоятельных потребностей к совершению специфических человеческих поведенческих актов. Практически любая внешняя информация, попадающая в центральную нервную систему, неизбежно сопоставляется и оценивается на весах доминирующей в данный момент мотивации, которая является как бы фильтром, отбирающим нужное и отбрасывающим ненужное, вернее, неадекватное для исходной мотивационной установки. Иначе говоря, в каждый данный момент определяется значимость этой информации для господствующих мотивационных возбуждений.

Обстановочная афферентация

Этот тип афферентных воздействий включает не только стационарную обстановку, в которой осуществляется тот или иной поведенческий акт, но и ряд последовательных афферентных воздействий, приводящих в конечном итоге к созданию общей ситуации такого акта. Совокупность этих раздражений создает в каждом отдельном случае своеобразную предпусковую интеграцию возбуждения, которая, хотя и находится в скрытом состоянии, может быть немедленно выявлена, как только подействует пусковой раздражитель.

Пусковая афферентация

Физиологический смысл ее заключается в том, что она приурочивает и выявляет совокупность скрытых возбуждений к определенному моменту, наиболее выгодному с точки зрения успеха приспособления.

Использование аппаратов памяти

Афферентный синтез был бы невозможным, если бы совокупность обстановочных и пусковых раздражений не была тесно связана с прошлым опытом животного, отложенным в аппаратах памяти.

Нейрофизиологический субстрат афферентного синтеза

Афферентный синтез не может иметь место без взаимодействия всех тех возбуждений, которые рождаются в рецепторных аппаратах, возникают на подкорковом уровне и затем в различных комбинациях поднимаются до клеток коры больших полушарий. Именно здесь, на уровне коры головного мозга, происходит то наиболее полное синтетическое взаимодействие афферентных восходящих возбуждений, в результате чего формируется цель, заключающаяся в получении именно этих, а не иных результатов.

Принятие решения как узловой механизм функциональной системы

Один из самых замечательных моментов в формировании поведенческого акта — «принятие решения» к совершению именно этого, а не другого действия.

Активный афферентный подбор максимального количества параметров данной ситуации при помощи ориентировочно-исследовательской реакции заканчивается адекватным поведенческим актом. Это и есть решающий момент для формирования афферентной части поведенческого акта. Вторым существенным объективным признаком «принятия решения» — соотношение между весьма большим объемом исходной афферентации, использованной в стадии афферентного синтеза, и строго определенным ограниченным количеством афферентных возбуждений, включающихся после «принятия решения» в формирование поведенческого акта.

Афферентный синтез в масштабе целого мозга неизбежно заканчивается «принятием решения», то есть избирательным возбуждением такого комплекса нейронов, который может сформировать на периферии единственный поведенческий акт, адекватный результатам данного афферентного синтеза.

Результаты действия как самостоятельная физиологическая категория

Немедленно после «принятия решения» формируется интеграл афферентных возбуждений, который обеспечивает периферическое действие. Центральный интеграл афферентных возбуждений (или «программа действия») точнейшим образом соответствует потокам афферентных возбуждений, уходящих центробежно к многочисленным периферийным органам. Эти органы могут находиться на очень большом отдалении друг от друга, что согласуется с биомеханикой действия.

Результаты действия только тогда станут реальным фактором, допускающим их научный анализ, когда в каждом отдельном случае будут перечислены максимально полно все те параметры результатов, которые в своей совокупности определяют афферентную информацию о полученных результатах.

Такое понимание дела становится особенно актуальным, потому что именно параметры результатов информируют о полезности совершенного действия и составляют в целом обратную афферентацию, то есть своеобразный афферентный

интеграл, афферентную модель результатов. Формулируя принцип функциональной системы как единицы

-(**индеетельности**) индивидуальной деятельности организма, прежде всего надо обратить внимание именно на информацию о результатах действия. Исходя из чисто физиологических соображений, эта информация о результатах действия была названа санкционирующей, или обратной афферентацией

-(**ферентацией?**).

Обратная афферентация

Смысл обратной афферентации состоит в том, что в любом физиологическом процессе или в поведенческом акте животного, который направлен на получение какого-то приспособительного эффекта, обратная афферентация информирует о результатах совершенного действия, давая возможность организму оценить степень успеха выполняемого действия.

Предсказание и контроль результатов действия

Как только формируется цель действия и его программа, сразу же одновременно с выходом возбуждения на **эффекторные** аппараты формируется несколько своеобразный комплекс возбуждений, физиологический смысл которого состоит в том, что при его помощи производится оценка той информации, которая будет поступать в центральную нервную систему в зависимости от будущих результатов действия. Это подлинный аппарат оценки и сличения результатов с поставленной целью.

Вследствие этого возникла гипотеза о наличии специального афферентного механизма, который формируется раньше, чем совершится действие и появится результат, но вместе с тем содержит в себе все признаки этих будущих результатов. Этот аппарат, получивший название *акцептора результатов действия*, предназначен для восприятия информации о полученном результате и сравнения ее с теми параметрами результатов, которые сложились еще в момент действия условного раздражения.

Комплекс возбуждений, в котором закодированы свойства будущих результатов, полностью обеспечивает сопоставление полученных результатов с тем, что задано, или с совокупностью признаков данной ситуации. Аппарат акцептора результатов действия имеет универсальное распространение. Без предварительного формирования этого аппарата вряд ли возможен самый простой поведенческий акт.

Таким образом, во всех случаях посылки мозгом возбуждения через конечные мотонейроны к периферическим рабочим аппаратам одновременно с афферентной «командой» формируется некая афферентная модель, способная предвосхитить параметры будущих результатов и сличить в конце действия это предсказание с параметрами истинных результатов. Предсказание результатов действия является универсальной функцией мозга, предупреждающей всякого

рода «ошибки», то есть (совершенствование) цели и (принятия) решения к действию.

Особое значение эта закономерность приобретает в случае сложных поведенческих актов человека, в ходе которых могут быть поставлены самые различные цели поведения – большие и малые, и, тем не менее, акцептор действия, формирующийся также в момент принятия решения, впоследствии также определяет степень совпадения между задуманным и полученным.

Системная локализация высших психических функций предполагает многоэтапную иерархическую многоуровневую мозговую организацию каждой функции. Это неизбежно вытекает из сложного многокомпонентного состава функциональных систем, на которые опираются высшие психические функции.

Одним из первых исследователей, указавших на иерархически принцип локализации высших психических функций, был советский невролог И. Н. Филимонов, назвавший его принципом «поэтапной локализации функций»³⁵.

Локализация высших психических функций характеризуется также динамичностью, изменчивостью. Этот принцип локализации функций вытекает из основного качества функциональных систем, опосредующих высшие психические функции, их пластичности, изменчивости, взаимозаменяемости звеньев. Представления о динамичности, изменчивости мозговой организации психических функций опираются на клинические, физиологические и анатомические данные. Обобщая результаты многолетних клинических наблюдений, И. Н. Филимонов³⁶ сформулировал положение о «функциональной многозначности мозговых структур», согласно которому многие мозговые структуры при определенных условиях могут включаться в выполнение новых функций.

Существуют многочисленные физиологические доказательства справедливости идеи о динамичности, изменчивости мозговой организации функций. К таким относятся, прежде всего, экспериментальные исследования П. К. Анохина³⁷ и его учеников, показавших, что не только относительно сложные поведенческие акты (пищедобывательные, оборонительные и др.), но сравнительно простые физиологические функции (например, дыхание) обеспечиваются сложными функциональными системами, где возможно замещение одних звеньев на другие.

В нейропсихологии принцип динамической мозговой организации высших психических функций получил разнообразное подтверждение и вошел как важнейший в теорию системной динамической локализации функций.

Перечисленные выше принципы являются общими для локализации и психических, и физиологических функций. Именно поэтому А. Р. Лурия для аргументации положений теории локализации функций привлекал анатомические и физиологические данные, полученные на животных.

³⁵ Филимонов И.Н. Локализация функций в коре большого мозга // Невропатология и психиатрия им. Н.Н. Корсанова, 1940, т. 9, № 1,2.

³⁶ Филимонов И.Н. Избранные труды. М., 1974.

³⁷ Анохин П.К. Биология и нейрофизиология условного рефлекса. М., 1968.

Анохин П.К. Принципиальные вопросы общей теории функциональных систем.

Однако высшие психические функции человека, который обладает не только большей сложностью по сравнению с психическими функциями животных и тем более с физиологическими функциями, характеризуются качественным отличием – осознанностью, опосредованностью речью, произвольным способом управления; они формируются под влиянием социальных факторов прижизненно. Эти качественные отличия высших психических функций от более элементарных психических функций животных и физиологических функций проявляются и в особенностях их мозговой организации. Еще Л. С. Выготский писал, что сравнительное изучение локальных мозговых поражений в детском и взрослом возрасте обнаруживает различные нарушения высших психических функций при одних и тех же поражениях и что эти факты могут трактоваться лишь как следствие различий в мозговой организации высших психических функций у ребенка и взрослого³⁸. Современной нейропсихологией накоплено большое количество данных о специфике нарушений психических функций и нейропсихологических синдромов в целом у детей по сравнению со взрослыми³⁹. Эти данные подтверждают справедливость представлений Л. С. Выготского и А. Р. Лурия о хроногенном принципе локализации высших психических функций человека. Формируясь прижизненно, под влиянием социальных воздействий, высшие психические функции человека меняют свою психологическую структуру и, соответственно, – свою мозговую организацию.

Наиболее демонстративно это проявляется на примере речевых функций. Если у взрослого грамотного человека (правши) корковые поля средних отделов левого полушария играют ведущую роль в мозговом обеспечении речевых процессов, то у детей, не владеющих грамотой (до 5–6 лет), речевые процессы (понимание устной речи и активная речь) обеспечиваются мозговыми структурами и левого, и правого полушарий. Поражение корковых «речевых зон» левого полушария не ведет у них к выраженным речевым расстройствам. Таким образом, принцип динамической локализации функции у человека конкретизируется в изменении мозговой организации высших психических функций в онтогенезе.

Мозг человека характеризуется четко выраженной межполушарной асимметрией, которую можно рассматривать в качестве важнейшей фундаментальной закономерности работы мозга человека.

Межполушарные различия в мозговой организации высших психических функций многократно описаны в клинической и нейропсихологической литературе как различия синдромов и симптомов, связанных с поражением симметричных отделов больших полушарий. С позиций теории системной динамической локализации функций эти различия можно обозначить как принцип различной локализации (или мозговой организации) всех высших психических функций в левом и правом полушариях мозга, или принцип латеральной специализации мозговой организации психических функций.

³⁸ Выготский Л.С. Психология и учение о локализации / Всеукраинский психоневрологический съезд. Тезисы. М., 1934.

³⁹ Симмерницкая Э.Г. Мозг человека и психические процессы в онтогенезе. М., 1985.

Этот принцип справедлив и для мозговой организации определенных психических функций у животных, как об этом пишут некоторые авторы. Однако у человека он приобретает универсальное значение, характеризуя мозговую организацию любой психической функции. И значение этого принципа в онтогенезе, по-видимому, возрастает.

Человеческий мозг характеризуется мощным развитием лобных долей мозга. По площади, занимаемой корой лобных долей мозга, человек превосходит всех остальных представителей животного мира. «Лобный мозг» у человека претерпевает огромное развитие в онтогенезе и окончательно формируется лишь к 12–14 годам. Являясь мозговым субстратом произвольных, сложнопрограммируемых форм поведения, «лобный мозг» постепенно, по мере созревания, включается в реализацию всех высших психических функций человека как одно из важнейших звеньев функциональных систем. О прогрессирующем участии передних отделов мозга в осуществлении гностических, мнестических и интеллектуальных функций свидетельствуют, в частности, данные ЭЭГ, полученные методом пространственной синхронизации потенциалов у детей разных возрастов, а также материалы сравнительных клинических наблюдений за результатами поражения лобных долей мозга у детей и взрослых. Безусловное участие лобных долей мозга в мозговой организации всех высших психических функций (то есть сознательных, социально детерминированных, опосредованных речью произвольно управляемых форм психической деятельности) доказано многочисленными исследованиями результатов поражения лобных долей мозга (особенно левой лобной доли) у взрослых больных. Решающее значение среди этих исследований имеют работы А. Р. Лурия и его учеников.

С позиций теории системной динамической локализации высших психических функций человека эту закономерность можно сформулировать как принцип обязательного участия лобных

+ **конвекситальных префронтальных** отделов коры больших полушарий в мозговом обеспечении высших психических функций. Этот принцип специфичен для мозговой организации всех сознательных форм психической деятельности человека.

Итак, согласно теории системной динамической локализации высших психических функций человека каждая высшая психическая функция обеспечивается *мозгом как целым, однако это целое состоит из высокодифференцированных разделов (систем, зон), каждый из которых вносит свой вклад в реализацию функции.*

Непосредственно с мозговыми структурами следует соотносить не всю психическую функцию и даже не отдельные ее звенья, а те физиологические процессы (факторы), которые осуществляются в соответствующих мозговых структурах. Нарушение этих физиологических процессов (факторов) ведет к появлению первичных дефектов, а также взаимосвязанных с ними вторичных дефектов (первичных и вторичных нейропсихологических симптомов),

составляющих в целом закономерное сочетание нарушений высших психических функций – определенный нейропсихологический синдром.

Теория системной динамической локализации высших психических функций, разработанная Л. С. Выготским и А. Р. Лурия, составляет центральный раздел в понятийном аппарате отечественной нейропсихологии.

3.3. Функциональные блоки мозга

На основании анализа нейропсихологических данных (то есть изучения нарушений психических процессов при различных локальных поражениях мозга) была разработана общая структурно-функциональная модель мозга как субстрата психической деятельности.

Согласно данной модели весь мозг может быть подразделен на три основных структурно-функциональных блока:

- а) энергетический блок, или блок регуляции уровня активности мозга;
- б) блок приема, переработки и хранения поступающей

- (*исходящей*) извне информации;

в) блок программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности.

Каждая высшая психическая функция осуществляется при участии всех трех блоков мозга; каждый из блоков вносит свой вклад в ее реализацию.

Блок регуляции тонуса и бодрствования или энергетический

О том, что для осуществления организованной, целенаправленной деятельности необходимо поддерживать оптимальный тонус, говорил еще И. П. Павлов. Первый энергетический блок включает неспецифические структуры разных уровней: ретикулярную формацию ствола мозга, неспецифические структуры среднего мозга, диэнцефальных отделов, лимбическую систему, медиобазальные отделы коры лобных и височных долей мозга.

Данный блок мозга регулирует два типа процессов активации: общие генерализованные изменения активации мозга, являющиеся основой различных функциональных состояний, и локальные, избирательные активационные изменения, необходимые для осуществления высших психических функций.

Анатомические особенности неспецифической системы состоят, прежде всего, в наличии в ней особых клеток, составляющих ретикулярную (сетчатую) формацию и обладающих, как правило, короткими аксонами, что объясняет сравнительно медленную скорость распространения возбуждения в этой системе. Однако в неспецифических структурах обнаружены и длинноаксонные клетки, составляющие механизм быстрых активационных процессов. Кортикальные структуры первого блока принадлежат по своему строению главным образом к коре древнего типа.

Регуляция процессов активации имеет непосредственное отношение к процессам внимания, общего, избирательного и селективного, а также – сознания в целом.

Первый блок мозга является непосредственным мозговым субстратом различных мотивационных и эмоциональных процессов и состояний. Он участвует в регуляции различных эмоциональных состояний и, прежде всего, в регуляции сравнительных элементарных эмоций – страха, боли, удовольствия, гнева, а также в регуляции мотивационных состояний и процессов, связанных с различными потребностями организма. В сложной мозговой организации эмоциональных и мотивационных состояний и процессов лимбические отделы мозга занимают одно из центральных мест. В этой связи первый блок мозга воспринимает и перерабатывает самую различную интероцептивную информацию о состоянии внутренней среды организма и регулирует это состояние с помощью нейрогуморальных, биохимических механизмов.

Таким образом, первый блок мозга на различных ролях участвует в осуществлении любой психической деятельности и, особенно, в процессах внимания, памяти, в эмоциональных состояниях и сознании в целом.

Второй блок приема, переработки и хранения информации

Расположен он в наружных отделах новой коры и занимает ее задние отделы, включая в свой состав аппараты зрительной (затылочной), слуховой (височной) и общечувствительной (теменной) областей. По своему гистологическому строению он состоит из нейронов подкорки и мозговой коры. Эти нейроны в отличие от аппаратов первого блока работают не по принципу градуальных изменений, а по закону «все или ничего», принимая отдельные импульсы и передавая их на другие группы нейронов.

Таким образом, этот функциональный блок головного мозга обладает высокой модальной специфичностью, входящие в его состав части приспособлены к тому, чтобы принимать зрительную, слуховую и вестибулярную или общечувствительную информацию – то есть основу его составляют первичные зоны коры.

Можно указать некоторые законы построения коры, входящей в состав второго блока мозга.

Первый – закон иерархического строения корковых зон. Следует отметить, что отношения между первичными, вторичными и третичными зонами коры, входящими в состав этого блока, не остаются одинаковыми в процессе онтогенеза. Так, у маленького ребенка для успешного формирования вторичных зон необходима сохранность первичных зон, а для формирования третичных зон – достаточная сформированность вторичных зон коры. Поэтому нарушение в раннем возрасте низших зон коры соответствующих типов неизбежно приводит к недоразвитию более высоких зон коры, таким образом, как это было сформулировано Л.С. Выготским, основная линия взаимодействия этих зон коры направлена «снизу вверх».

Деятельность третичных зон задних отделов коры необходима не только для успешного синтеза наглядной информации, но и для перехода от уровня

непосредственного наглядного синтеза к уровню символических процессов. Другими словами, третичные зоны задних отделов коры являются аппаратами, участие которых необходимо для превращения наглядного восприятия в отвлеченное мышление, опосредованное внутренними схемами, и для сохранения в памяти организованного опыта.

Второй закон можно сформулировать как закон убывающей специфичности иерархически построенных зон коры. Третий закон можно обозначить как закон прогрессивной латерализации функций, то есть связи функций с определенным полушарием мозга по мере перехода от первичных зон коры к вторичным и затем третичным.

Левое полушарие играет существенную роль не только в мозговой организации самих речевых процессов, но и в мозговой организации всех, связанных с речью, высших форм психической деятельности – категориального восприятия, активной речевой памяти, логического мышления и др., в то время как правое полушарие в меньшей степени участвует в их протекании.

Таким образом, связь функции с полушарием определяется ее сложностью и увеличивается от первичных к третичным зонам мозга.

Аппараты *третьего функционального блока, блока программирования и контроля*, расположены в передних отделах больших полушарий, спереди от передней центральной извилины.

«Выходными воротами» этого блока является двигательная зона коры, волокна, от которых идут к двигательным ядрам спинного мозга, а оттуда к мышцам, составляя часть большого пирамидального пути.

Согласно современным психологическим представлениям, каждая психическая деятельность имеет строго определенную структуру: она начинается с фазы мотивов, намерений, замыслов, которые затем превращаются в определенную программу деятельности, включающую «образ результата» и представление о способах реализации программы, после чего продолжается в виде фазы реализации программы с помощью определенных операций. Завершается психическая деятельность фазой сличения полученных результатов с исходным «образом результата». В случае несоответствия этих данных психическая деятельность продолжается до получения нужного результата. Поражение любого из блоков отражается на любой психической деятельности, так как приводит к нарушению соответствующей стадии (фазы, этапа) ее реализации.

В первичной стадии формирования мотивов в любой сознательной психической деятельности принимает участие преимущественно первый блок мозга. Первый блок мозга обеспечивает также оптимальный уровень активности мозга и преимущественно он ответственен и за эмоциональное «подкрепление» психической деятельности.

Стадия формирования целей связана преимущественно с работой третьего блока мозга так же, как и стадия контроля за реализацией программы. Операционная стадия деятельности осуществляется преимущественно с помощью второго блока мозга. Данная схема функционирования как субстрата сложных сознательных форм психической деятельности находит конкретное

подтверждение при нейропсихологическом анализе нарушений высших психических функций, возникающих вследствие локальных поражений головного мозга.

3.4. Межполушарные взаимодействия мозга

Начало изучения проблемы функциональной асимметрии мозга относится к 1861 году. П. Брок открыл центр речевой моторики в левом полушарии головного мозга. Пока отсутствует теория, объединяющая генетические и социокультурные факторы формирования функциональной асимметрии больших полушарий. Вместе с тем получено большое количество клинических данных о специфичности левого и правого полушарий головного мозга. При исследовании межполушарной асимметрии у животных были получены анатомические различия в строении левого и правого полушария мозга. Наиболее отчетливое отличие наблюдается в височной области.

Клиника локальных поражений предоставляет новые доказательства функциональной асимметрии полушарий – это, прежде всего, речевые нарушения, обнаруженные преимущественно при поражении левого полушария мозга. Взгляды на данную проблему имеют свою историю. Первоначально считалось, что левое полушарие является полностью доминантным по речи и другим психическим процессам, правому полушарию отводилась второстепенная роль в обеспечении речи и других, связанных с речью, высших психических функциях. Затем правое полушарие стало рассматриваться доминантным в реализации невербальных гностических функций. В настоящее время считается, что характер функциональной асимметрии может быть неодинаков.

Представление о правшах с ведущей правой рукой как об однородной группе населения не вполне правомерно. Еще более сложными и неоднородными являются группы левшей (с ведущей левой рукой) и амбидекстров (с ведущими обеими руками). Каждая конкретная форма функциональной асимметрии характеризуется определенной степенью и мерой. Функциональная асимметрия больших полушарий у взрослого человека – продукт действия биосоциальных механизмов. Нейропсихологическое изучение показало, что различные звенья мнестической деятельности связаны с различными полушариями. Так, звено отсроченного воспроизведения запоминаемого материала преимущественно связано с работой левого, а непосредственного воспроизведения – с работой правого полушария. Произвольный уровень управления психическими функциями реализуется преимущественно структурами левого полушария, а произвольный, автоматизированный – структурами правого. Большой интерес представляют данные о «расщепленном мозге», то есть о психических функциях у пациентов с перерезанными комиссурами, объединяющими оба полушария.

Модель «расщепленного мозга» впервые со всей очевидностью показала, что оба полушария головного мозга представляют собой единый парный орган и что нормальное функционирование каждого из полушарий возможно лишь при их взаимодействии.

Для всех больных с частичной перерезкой мозолистого тела характерны явления аномии (невозможность называния предметов, воспринимаемых левой

половиной поля зрения или левой рукой), игнорирование левой половины тела и левой половины зрительного пространства, явление дислогии-дисграфии.

Специальным направлением исследований проблемы межполушарной асимметрии и межполушарного взаимодействия являются исследования закономерностей онтогенеза парной работы полушарий.

В нашей стране это направление работ возглавляет Э. Г. Симерницкая со своими сотрудниками. В этих работах показано, что функциональная неравнозначность полушарий проявляется уже на самых ранних ступенях онтогенеза.

Поражения левого и правого полушарий приводят к различным по характеру расстройствам высших психических функций, как это наблюдается и у взрослых людей. Однако у детей нарушения речевых процессов проявляются менее отчетливо, чем у взрослых, и в наибольшей степени — в вербально-мнестических процессах. В ходе онтогенеза роль левого полушария в обеспечении речевых функций возрастает по мере изменения психологической структуры самой речевой деятельности (обучение грамоте, письму, чтению).

В то же время поражение правого полушария в детском возрасте приводит к более грубым пространственным нарушениям, чем у взрослых. Для детского мозга характерна высокая пластичность, вследствие чего нейропсихологические симптомы поражения левого или правого полушарий отчетливо проявляются лишь при быстро развивающихся патологических процессах или непосредственно после мозговых поражений. Иначе протекают у детей и процессы межполушарного взаимодействия. При нарушении межполушарного взаимодействия вследствие патологического очага в мозолистом теле у детей «синдром расщепленного мозга» не возникает, что объясняется недоразвитостью у них структур, объединяющих левое и правое полушария. В то же время поражение гипоталамо-диэнцефальной области у детей дает более «богатую» симптоматику, чем у взрослых. Из-за позднего созревания мозолистого тела в детском возрасте взаимодействие полушарий протекает иначе, чем у взрослых, при более широком вовлечении экстракаллозальных комиссур.

Таким образом, в ходе онтогенеза изменяется как функциональная специализация полушарий, так и механизмы их взаимодействия, что указывает на то, что парная работа полушарий формируется под влиянием и генетических, и социальных факторов.

В целом проблема межполушарной асимметрии и межполушарного взаимодействия в отечественной нейропсихологии разрабатывается с тех же теоретических позиций, что и другие проблемы, и прежде всего — с позиции теории системной динамической мозговой организации (или локализации) высших психических функций

3.5 Черепно-мозговая травма как социальная и медицинская проблема

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) является важной медико-социальной проблемой. ЧМТ — одна из наиболее частых причин нарушения здоровья и социальной адаптации современного человека. В США ежегодно вследствие ЧМТ погибает около 50 тыс. человек. Частота ЧМТ в России составляет 4:1000

населения, или около 400 тыс. пострадавших ежегодно — при этом около 10 % из них погибают и столько же становятся инвалидами.

Черепно-мозговая травма ведет к существенным прямым и косвенным затратам на оказание экстренной стационарной помощи и последующей реабилитации пострадавших. С учетом преимущественно молодого возраста пострадавших суммарный экономический и медико-социальный ущерб при ЧМТ выходит на первое место, опережая в структуре патологии населения сердечно-сосудистые и опухолевые заболевания.

Анализ факторов возникновения ЧМТ показывает преобладание бытовых причин у 49-78% пострадавших. Внутри структуры бытового черепно-мозгового травматизма отмечается высокий удельный вес умышленной (криминальной) травмы (25-50 %). Дорожно-транспортный травматизм занимает второе место (10-30%) – половина его связана с автомобильными авариями. Производственный травматизм составляет 12-15%.

Алкогольное опьянение в момент травмы отмечается у 10-20 % пострадавших. Это является одной из причин преобладания в численном отношении мужчин над женщинами, получившими данную травму. Следует отметить, что часть больных в алкогольном опьянении обращается за медицинской помощью на 2-3 сутки после травмы, что приводит к увеличению длительности лечения острого периода травмы и более частым проявлениям ее негативных последствий.

В настоящее время под черепно-мозговой травмой понимается совокупное повреждение мягких покровов головы, черепа, оболочек и тканей головного мозга.

По характеру повреждения костей черепа выделяют закрытую (кости черепа не повреждаются) и открытую (с повреждением костей) черепно-мозговую травму⁴⁰. При открытой черепно-мозговой травме увеличивается опасность инфицирования головного мозга, особенно при проникающих в полость черепа повреждениях.

Следствием травматического воздействия на голову являются повреждения черепа, оболочек и сосудов головного мозга. Данные изменения могут быть очень переменчивы по характеру и степени выраженности.

При размозжении мозга, разрыве его сосудов изливающаяся кровь попадает в межоболочечное пространство головного мозга (под его паутинную оболочку) и возникает субарахноидальное кровоизлияние. По тем же механизмам развивается реже встречающееся внутримозговое кровоизлияние. В ряде случаев они сочетаются.

К тяжелой черепно-мозговой травме относятся внутримозговые гематомы, которые подразделяют на эпидуральные, субдуральные и внутримозговые. Гематома представляет собой скопление крови, которое может располагаться между черепом и твердой мозговой оболочкой (эпидуральная гематома), между твердой мозговой оболочкой и мозгом (субдуральная гематома) или в веществе мозга (внутримозговая гематома).

⁴⁰ Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Бурд Г.С. Неврология и нейрохирургия. - М: Медицина, 2000. - 656 с.

Травма головного мозга представляет собой сочетание обратимых и необратимых изменений мозговой ткани, которые могут быть местными (локальными) и общими (регионарными и тотальными). Клинические проявления травмы мозга определяются различиями в сочетаниях и степени выраженности указанных изменений⁴¹.

Еще в 1773 году французский врач Пти классифицировал травму мозга на три формы – сотрясение, ушиб и сдавление. Данная классификация в своей основе сохранилась до настоящего времени⁴².

Сотрясение головного мозга является наиболее легким повреждением и характеризуется преобладанием обратимых изменений и общемозговых симптомов. Изменения происходят на уровне нервных клеток и межклеточных контактов (синапсов). Структурные макроскопические изменения мозговой ткани отсутствуют.

Ушиб головного мозга отличается более выраженными изменениями, которые, в ряде случаев являются необратимыми. Наряду с выраженными общемозговыми симптомами отмечаются и локальные (очаговые) симптомы. В мозговом веществе отмечаются участки кровоизлияний и разможнения, кровь из поврежденных сосудов часто изливается в субарахноидальное пространство.

Сдавление головного мозга независимо от причин сдавления (внутричерепное кровоотечение, отек, вдавленный перелом черепа), как правило, часто сочетается с ушибом головного мозга. К симптоматике ушиба головного мозга присоединяется симптоматика компрессии и смещения (дислокации) мозга внутри полости черепа.

В последнее время выделены еще две формы черепно-мозговой травмы – диффузное аксональное повреждение головного мозга и сдавление головы.

В основе **диффузного аксонального повреждения** присутствуют множественные мелкоточечные (петехиальные) кровоизлияния в ткань головного мозга: в проводящие пути полушарий, подкорковых структур и в структуры ствола головного мозга. Это ведет к разобщению выше- и нижележащих уровней ЦНС. В этой связи появился новый класс неврологических симптомов – симптомы разобщения в ЦНС (ранее выделялись только два класса симптомов – симптомы раздражения и симптомы выпадения в ЦНС).

Сдавление головы относится к редким формам черепно-мозговой травмы и является сочетанием кратковременного и длительного воздействия на череп и головной мозг. К данной форме относятся, например, повреждения, получаемые при землетрясениях, или при попадании головы между движущимися предметами.

По современной концепции повреждения головного мозга разделяются на первичные и вторичные. К первичным повреждениям относятся такие, которые возникают в результате непосредственного воздействия механической энергии (очаговые ушибы и разможнения мозга, диффузные аксональные повреждения, внутримозговые кровоизлияния, контузии и разрывы ствола мозга, поражения черепно-мозговых нервов). Вторичные повреждения возникают вследствие

⁴¹ Калинер С. С. Психические нарушения при отдаленных последствиях черепно-мозговых травм. - Л., 1974.

⁴² Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. Т. 1. - М.: Антидор, 1998.-550 с.

сложных реакций организма, которые развиваются в нем после травмы. К таким относятся ишемия головного мозга, возникающая после субарахноидального и внутрижелудочкового кровоизлияний, гиперемия или венозное полнокровие мозга, набухание и отек головного мозга, гидроцефалия, изменения артериального давления и т.д. Четкой грани между возникновением и завершением первичных повреждений, а также началом и завершением вторичных установить часто не удается.

Течение и развитие черепно-мозговой травмы имеет определенные закономерности, в связи с чем выделяют периоды черепно-мозговой травмы: острый, промежуточный и отдаленный периоды. Развитие и длительность каждого периода определяется формой черепно-мозговой травмы и особенностями реактивности организма, сочетанием патогенетических и саногенетических механизмов.

Средняя длительность периодов черепно-мозговой травмы представлена в Табл.№2.

Таблица №2

Средняя длительность периодов черепно-мозговой травмы

Форма травмы головного мозга	Периоды ЧМТ		
	Острый	Промежуточный	Отдаленный
Сотрясение	1-7 дней	7-21 дней	Выздоровление
Ушиб	7-14 дней	14 дней - 2-3 месяца	До 10 лет
Сдавление головного мозга	Определяется степенью ушиба головного мозга		
Диффузное аксональное повреждение	7- 14 дней	14 дней - 3-6 месяцев	До 10 лет и более
Сдавление головы	Определяется формой и степенью повреждения головного мозга		

Длительность и клиническое течение острого периода ЧМТ позволяют, в известной степени, предполагать возможные последствия данной травмы. У 70 % пострадавших с легкой и средней степенью тяжести ЧМТ в отдаленном периоде возникают различные проявления церебральной патологии (астенические состояния, вегетативная дисфункция, утомляемость). При тяжелой черепно-мозговой травме указанные нарушения носят более выраженный и стойкий характер, а у 30 % данных больных отмечается снижение трудоспособности или наступление инвалидизации⁴³.

Последствия черепно-мозговой травмы – это сочетание структурных и функциональных изменений в головном мозге, возникающих как следствие данной травмы и формирующих промежуточный и отдаленный ее периоды.

⁴³ Психология и жизнь: Материалы юбилейной научно-практической конференции, посвященной 25-летию отделения психологии СГУ. Вып. 1, 2 / Под ред. Р.Х. Тугушева, Е.И. Гарбера. - Саратов, 1996.

В основе патогенеза посттравматической церебральной патологии лежит сочетание трех основных факторов – изменение в оболочках и веществе головного мозга, изменение в его ликворной и кровеносной системах. Данные факторы обычно сочетаются, однако в формировании клинко-морфологических форм последствий ЧМТ один из факторов всегда является ведущим.

В соответствии с современной отечественной классификацией выделяют 21 клинко-морфологическую форму последствий черепно-мозговой травмы. Это такие нарушения, как дефект черепа, церебральный арахноидит, гидроцефалия, киста мозга и т.д. Часто они сочетаются между собой.

Наряду с ними выделяют четыре клинко-функциональные формы последствий черепно-мозговой травмы. Клинко-функциональные нарушения представлены психической дисфункцией, вегетативной дисфункцией, неврологической дисфункцией и эпилепсией.

Структура и частота последствий черепно-мозговой травмы представлена в Табл. 3.

Таблица 3 Структура и частота ПЧМТ (по данным СОНРЭЦ, 1993-2002 гг.)

Форма последствий ЧМТ	Число больных,	
	Абс. кол- во	в %
1. Психическая дисфункция	186	3,7
2. Вегетативная дисфункция	2606	52,7
3. Эпилепсия	41	1,0
4. Дефект костей черепа	188	3,8
5. Арахноидит	1480	21,0
6. Гидроцефалия	298	6,3
7. Киста мозга	28	0,6
8. Атрофия мозга	4	0,1
9. Нейропатия зрительных нервов	15	0,3
10. Нейропатия слуховых нервов	70	1,4
11. Нейропатия др. черепно-мозговых нервов	4	0,1
12. Другие нарушения	26	0,6
ИТОГО	4946	100

Структурные изменения в головном мозге после его травмы, определяемые как клинко-морфологические нарушения, редко являются ведущими факторами адаптации больного в обществе. Это обусловлено высокой пластичностью головного мозга, способностью компенсировать нарушенные функции работой других его областей, расположенных возле очага повреждения или на отдалении от него.

Индивидуальное и социальное восстановление больного определяется, в первую очередь, характером и степенью выраженности функциональных нарушений, то есть психическими, вегетативными, неврологическими дисфункциями, а также эпилепсией. В ряде случаев, при выраженных нарушениях, больной становится инвалидом.

В течение длительного времени ключевым понятием инвалидности являлось понятие нетрудоспособности – невозможности продолжения привычной

профессиональной деятельности вследствие медицинских или социальных противопоказаний. На рубеже XX-XXI вв. в связи с появлением и развитием понятия «качество жизни» изменилось определение пациента как инвалида.

Инвалид – лицо, имеющее нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к ограничению жизнедеятельности и вызывающими необходимость его социальной защиты⁴⁴.

Если у пациента отсутствует один из факторов (стойкое расстройство функций организма, ограничение жизнедеятельности, необходимость социальной защиты), то он не считается инвалидом (Постановление Министерства труда и социального развития РФ и Министерства здравоохранения РФ № 1/30 от 29.01.1997г.).

К основным функциям организма относятся четыре группы функций – психические функции, сенсорные функции, статодинамические и соматические (кровообращение, дыхание, пищеварение и т.п.) функции.

Ограничение жизнедеятельности определяется в семи основных категориях: ограничение самообслуживания, ограничение к самостоятельному передвижению, ограничение способности к обучению, ограничение способности к трудовой деятельности, ограничение способности ориентации во времени и пространстве, ограничение общения и ограничение контроля за своим поведением.

Комплексная оценка различных качественных и количественных показателей нарушений функции и способностей жизнедеятельности осуществляется по четырем степеням: незначительные, умеренные, выраженные и значительно выраженные нарушения.

Результатом комплексной оценки является установление инвалидности у пациента по трем группам.

I группа – значительно выраженные и выраженные нарушения функций и жизнедеятельности;

II группа – умеренно выраженные и выраженные нарушения функций и жизнедеятельности;

III группа – умеренно выраженные нарушения функций, ведущие к частичному нарушению жизнедеятельности (Постановление Министерства труда и социального развития РФ и Министерства здравоохранения РФ №1/30 от 29.01.1997г.).

Весь комплекс медицинских и социальных последствий черепно-мозговой травмы находит свое отражение в сознании пациента, что ведет к формированию психической дисфункции.

Психическая дисфункция – это нарушения высшей нервной и психической деятельности, которая определяются рамками нейропсихологических синдромов, синдромами пограничных состояний и психиатрическими синдромами негативной и позитивной направленности. Психическая дисфункция различного вида и

⁴⁴ Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов // Методические рекомендации по применению классификации и временных критериев, используемых при проведении медико-социальной экспертизы // Вып. 16.-М.: ЦБНТИ, 1997. - 83 с.

степени выраженности отмечается, как правило, при любой форме посттравматической церебральной патологии.

В этой связи оценка психических функций пациента, диагностика факторов, формирующих психическую дисфункцию, являются важнейшими мероприятиями, определяющими медицинскую и социальную реабилитацию таких пациентов.

3.6. Нейропсихологические нарушения у больных с черепно-мозговыми травмами

Нейропсихология представляет собой отрасль психологической науки, основной задачей которой является изучение мозговых механизмов психических процессов.

Важнейшими направлениями практического применения различных нейропсихологических методов исследования являются диагностика локальных поражений головного мозга (диагностическое направление) и восстановление нарушенных психических функций (реабилитационное направление).

Нейропсихологическая диагностика – это исследование больных с локальными поражениями головного мозга нейропсихологическими методами с целью установления места поражения мозга⁴⁵.

Для целей диагностики локальных поражений головного мозга А. Р. Лурия были разработаны нейропсихологические методы изучения высших психических функций, что позволило с большой точностью определять зону поражения мозга⁴⁶. «Луриевские методы диагностики» направлены на изучение различных психических процессов (памяти, внимания, мышления, речи), произвольных движений и действий (элементарных и сложных) и личностных характеристик, проявляющихся в поведении больного. Эти методы позволяют охарактеризовать состояние изучаемых функций и тем самым, состояние тех мозговых структур, которые обеспечивают их протекание. На основе «луриевских методов» создавались новые методы нейропсихологической диагностики: методы анализа нарушений различных пространственных функций, мышления, эмоционально-личностной сферы и др.

Главная задача клинической нейропсихологии состоит в изучении нейропсихологических синдромов (синдромный анализ), возникающих при поражении того или иного участка мозга, и в сопоставлении их с общей клинической картиной заболевания.

Нейропсихологический синдром – закономерное сочетание различных нарушений психических функций (нейропсихологических симптомов), которые обусловлены нарушением определенного звена (фактора) функциональной системы⁴⁷. Поражение той или иной зоны мозга приводит к появлению первичных

⁴⁵ Корсакова Н. К., Московичюте Л.И. Клиническая нейропсихология. - М., 1988.

⁴⁶ Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / Фак. психологии МГУ им. М.В. Ломоносова, РАН. - 3-е изд. - М.: Акад. проект, 2000. - 506 с.

⁴⁷ Лурия А.Р. Мозг человека и психические процессы. Т. П. Нейропсихологический анализ сознательной деятельности. — М.: Изд-во «Педагогика», 1970. - 496 с.

симптомов (нарушений психических функций, непосредственно связанных с нарушением определенного фактора) и вторичных (нарушений психических функций, возникающих как системные следствия первичных нейропсихологических симптомов, по законам системной взаимосвязи с первичными нарушениями), системных влияний этого дефекта на всю функциональную систему в целом или на несколько функциональных систем сразу. Совокупность первичных и вторичных нейропсихологических симптомов и составляет нейропсихологический синдром.

Сущность синдромного анализа составляют:

- 1) качественная квалификация нарушений психических процессов;
- 2) выделение основного дефекта (первичных нарушений) и вторичных системных нарушений;
- 3) анализ состава не только нарушенных, но и сохранных психических функций.

Синдромный анализ – это творческий процесс решения диагностической задачи в условиях недостатка времени и ограниченного количества методических средств. Этот процесс должен протекать как гибкое, динамическое исследование, в ходе которого идет экспериментальная проверка той или иной гипотезы. В процессе синдромного анализа нужно изучать ту или иную функцию в различных условиях, вводить в эксперимент ряд динамических изменений (например, изменять темп деятельности) или структуру самого задания (например, усложнять задание, увеличивать его объем).

Это «структурно-динамический принцип нейропсихологического исследования».

Нарушения высших психических функций могут протекать в различных формах: выпадение функции, патологическое ослабление или усиление функции. Нейропсихология под нарушением функции подразумевает расстройство функций, которое связано с распадом ее психологической структуры вследствие выпадения

+афферентного или эфферентного звеньев лежащих в ее основе функциональной системы или вследствие нарушения уровневой организации функций.

Характерные особенности нейропсихологических синдромов при черепно-мозговой травме: многоочаговость, сочетание нарушений, типичных для поражения как правого, так и левого полушарий головного мозга, нередкая обратимость расстройств высшей психической деятельности.

Структура нейропсихологических синдромов изменяется с течением времени и зависит от периода черепно-мозговой травмы.

В остром периоде черепно-мозговой травмы на первый план выступают симптомы неспецифического снижения психической активности в целом (аспонтанность, инактивность, патологическая истощаемость, инертность, заторможенность или импульсивность, нарушения мотивационной сферы). Они проявляются в виде отсутствия или угнетения спонтанной активности, трудности

включения в выполнение экспериментальных заданий и переключения с одной формы деятельности на другую, снижения продуктивности всех видов психической деятельности. Эти симптомы часто сочетаются с расстройствами сознания по типу дезориентировки и амнестической спутанности. Степень выраженности подобных нарушений определяется тяжестью травмы.

В промежуточном периоде черепно-мозговой травмы, по мере активации компенсаторных механизмов мозга, происходит уменьшение доли нарушений фоновых компонентов психической деятельности, дифференцируются и становятся максимально отчетливыми нейропсихологические синдромы, характерные для локальных поражений коры больших полушарий. Более отчетливо проявляются афазии, апраксии, агнозии, оптико-пространственные, мнестические и интеллектуальные дефекты. В этом периоде могут наиболее ярко и отчетливо выступать эмоционально-личностные изменения. Конкретная структура нейропсихологического синдрома определяется тяжестью травмы и локализацией основного очага поражения мозга.

В отдаленном периоде черепно-мозговой травмы несостоятельность больных обусловлена редуцированными нейропсихологическими синдромами, имеющими специфическую структуру и требующими избирательной коррекции.

Степень выраженности и качественный характер нейропсихологических синдромов зависит от возрастных и индивидуальных особенностей больных. Тем не менее, формы и преимущественная локализация поражения в значительной степени определяют основные черты картины нарушений высших психических функций и закономерности ее развития.

Основные нейропсихологические синдромы, возникающие в зависимости от области поражения мозга, представлены в *Таблице 4*. При этом локализация очага поражения в левом и правом полушариях имеет свои отличительные особенности нейропсихологической картины.

Таблица 4

Основные нейропсихологические синдромы

Синдром	Содержание	Локализация поражения
1. Зрительная агнозия	Нарушение зрительного восприятия, узнавания	Правое и левое полушария: затылочные доли мозга
а) предметная агнозия	Неспособность понимать смысл изображения объекта в целом при правильном оценивании отдельных элементов изображения	Левое полушарие (чаще); в грубой форме при двустороннем поражении затылочно-теменных отделов мозга

б) лицевая агнозия	Потеря способности различать, распознавать человеческие лица (или фотографии)	Правое полушарие (чаще); затылочная доля мозга
в) буквенная агнозия	Невозможность чтения букв, их идентификации при сохранности написания и правильном их копировании	Левое полушарие (чаще); затылочная доля мозга
г) цветовая агнозия	Неспособность узнавать цвета знакомых предметов при сохранности различения цветов	Правое полушарие (чаще); затылочная доля мозга
д) оптико-пространственная агнозия	Плохая ориентация в пространственных признаках изображения	Правое полушарие (чаще); затылочная область мозга
2. Симультанная агнозия	Резкое сужение объема зрительного восприятия, восприятие отдельных фрагментов изображения при сохранности полей зрения	Двустороннее или правостороннее поражение затылочно-теменных отделов мозга
3. Односторонняя зрительно-пространственная агнозия (синдром левостороннего зрительного игнорирования)	Игнорирование одной части зрительного пространства (чаще левой)	Правое полушарие; затылочно-теменные отделы мозга
4. Тактильная агнозия	Нарушение осязательного восприятия предметов и их свойств	Правое и левое полушария; нижнетеменная область мозга
а) «астереогноз» (тактильная предметная агнозия)	Нарушение способности воспринимать предметы на ощупь, невозможность идентифицировать предмет в целом при сохранности восприятия его отдельных признаков	Правое полушарие; нижнетеменная область мозга
б) «тактильная агнозия текстуры объекта»	Невозможность определить даже материал, из которого сделан предмет, качества, характеризующие поверхность предмета (шероховатость, гладкость, мягкость, твердость)	Правое полушарие; нижнетеменная область мозга
в) пальцевая агнозия (синдром Гершмана)	Неспособность узнавать собственные пальцы с закрытыми глазами	Правое полушарие; нижнетеменные отделы мозга

5. «Соматоагнозия»	Расстройство узнавания частей собственного тела, их расположения по отношению друг к другу	Правое полушарие; Верхнетеменная область мозга
6. Слуховая агнозия	Нарушение идентификации бытовых шумов	Правое полушарие; верхние отделы височной доли мозга; средние отделы височной доли мозга
7. Анозогнозия	Невосприятие, игнорирование собственных дефектов	Правое полушарие; теменная доля мозга
8. Амнестическая афазия (номинативная)	Нарушение речи, состоящее в затруднении при подборе подходящего названия для предъявляемого предмета на фоне не слишком суженного запаса слов в собственной речи больного	Левое полушарие; теменно-височно-затылочная область
9. Оптико-мнестическая афазия (форма амнестической афазии)	Нарушение речи, состоящее в невозможности называть предметы при относительной Легкости словесного описания их действий	Левое полушарие, теменно-затылочные отделы (на границе с височной областью)
10. Акустико-мнестическая афазия	Нарушение слухо-речевой памяти; снижение объема запоминания, трудности Подбора слов в спонтанной речи, вербальные парафазии	Левое полушарие, средние отделы височной доли (на границе височной и теменно-затылочной области)
11. Афферентная моторная афазия	Нарушение кинестетической основы речевого моторного акта (нарушение произношения слов); трудности дифференциации звуков речи, близких по артикуляции	Левое полушарие, нижнетеменная область
12. Эфферентная моторная афазия (афазия Брока)	Нарушение двигательной (кинестетической) организации речевого акта, четкой временной последовательности речевых движений; речевые персеверации, трудности в плавном протекании активной устной речи, нарушение ее автоматизированности	Левое полушарие, нижние отделы премоторной области (заднее-лобной)

13. Сенсорная афазия	Нарушение фонематического слуха, неспособность понимания обращенной к больному речи на слух («словесная глухота»)	Левое полушарие, верхние отделы височной доли
14. Семантическая афазия	Нарушение речи, характеризующееся дефицитом в импрессивной составляющей речевой деятельности; невозможность понимания логико-грамматических речевых конструкций, отражающих пространственные или «квазипространственные» отношения между объектами	Левое полушарие; теменно-височно-затылочная область
15. Динамическая афазия	Нарушение внутренней речи как внутренней программы высказываний и реализации этой программы во внешней речи при сохранности понимания устной речи	Левое полушарие, нижние отделы премоторной области
16. Пространственная (конструктивная) двигательная апраксия	Утрата способности осуществлять целенаправленные сложные комбинированные движения, привычные действия, при полной сохранности мышечной силы	Правое полушарие, затылочная и затылочно-теменная области
17. Аfferентная кинестетическая апраксия	Нарушение произвольных движений и действий, совершаемых с предметами	Левое полушарие, нижнетеменная область
18. Эfferентная кинестетическая апраксия	Нарушение последовательности, автоматизированности двигательных актов при сохранности силы и тонуса мышц; двигательные perseverации	Левое полушарие, премоторная область
19. Оптическая алексия	Нарушение узнавания букв (литеральная алексия) или слов (вербальная алексия)	Левое полушарие, затылочные доли мозга, височно-теменно-затылочная область, верхние отделы височной доли, нижние отделы премоторной области

20. Односторонняя оптическая алекия	Нарушение чтения, когда игнорируется половина текста (чаще левая) и этот дефект не замечается больным	Правое полушарие, затылочно-теменные отделы мозга
21. Тактильная алекия	Нарушение возможности опознания цифр и букв, «написанных» на коже	Левое полушарие, нижнетеменная область
22. Аграфия	Нарушение письма под диктовку или списывания букв	Левое полушарие, теменно-височно- затылочная область, верхние и средние отделы височной доли, лобная доля
23. Акалькуляция	Нарушение счетных операций	Левое полушарие, теменно-височно- затылочная область, средние отделы височной доли, лобная доля
24. Аграмматизм	Утрата способности к составлению осмысленных предложений из отдельных слов	Левое полушарие, нижние отделы премоторной области
25. Амузия	Нарушение восприятия и воспроизведения мелодий (экспрессивная и импрессивная амузия)	Правое полушарие, верхние и средние отделы височной доли
26. Аритмия	Трудности в оценке и воспроизведении ритмических структур, состоящих из однородных звуков (или различных по интенсивности)	Правое полушарие, верхние отделы височной доли
27. Нарушение произвольного контроля и регуляции психической деятельности (в двигательной, речевой, гностической, мнестической, интеллектуальной сферах)		Правое и левое полушария, префронтальные отделы (лобные доли)

Затылочная область больших полушарий мозга обеспечивает процессы зрительной перцепции. При поражении затылочных и затылочно-теменных отделов мозга (как левого, так и правого полушария) возникают различные нарушения зрительно-перцептивной деятельности (зрительного гнозиса), прежде всего, в виде различных форм зрительных агнозий (предметной, цветовой, лицевой, буквенной, оптико-пространственной и др.) (см. *Табл. 4*). Зрительные агнозии протекают при относительной сохранности элементарных сенсорных зрительных функций (остроты зрения, полей зрения, цветоощущения). Больной видит, но не понимает того, что видит.

При поражении затылочных и затылочно-теменных отделов правого полушария возникают симптомы нарушения зрительного (модально-специфического) внимания (односторонняя зрительно-пространственная агнозия или синдром левостороннего зрительного игнорирования) (см. Табл. 4). В наиболее выраженных формах развития этой патологии обнаруживается системный дефект в виде «невосприятия» тех составляющих зрительной стимуляции, которые попадают в левое зрительное поле. Видимый мир и его образ как бы распадается на две половины: отражаемую (правое зрительное поле) и неотражаемую (левое), что существенно искажает процесс зрительного восприятия. Игнорирование левой половины зрительного поля может быть обнаружено не только при восприятии и копировании предметных изображений, но и в таких видах деятельности как самостоятельный рисунок, оценка времени на часах и даже чтение текста, в котором воспринимается только «видимая» правым полем зрения часть. Искажение содержания текста, нелепица, возникающая при этом, не влияет на зрительную деятельность больного, которая осуществляется формально, без попыток коррекции.

Обнаруживается односторонняя зрительно-пространственная агнозия и в поведении больного; больной не использует левую руку, «забывает» надеть тапочки на левую ногу, при передвижении в пространстве натывается на предметы, расположенные слева, и т.п.

При зрительно-пространственных нарушениях в двигательной сфере может возникать пространственная двигательная апраксия (см. Табл. 4).

Возможно сочетание и оптико-пространственных, и двигательно-пространственных расстройств, которое называется апрактоагнозией. Например, больные не могут застелить постель, одеться и т.п. Усиление зрительного контроля за движениями им не помогает.

Самостоятельную группу симптомов при поражении теменно-затылочной коры (на границе с височной областью) составляют нарушения речевых функций в виде оптико-мнестической афазии (см. Табл. 4). При этой форме афазии больные не могут называть предметы, нарушается припоминание слов, обозначающих конкретные предметы. Они пытаются дать им словесное описание («это то, чем пишут», «это такое, чтобы запирать» и т.д.). У таких больных нет явных зрительных гностических расстройств: они хорошо ориентируются и в зрительном пространстве, и в зрительных объектах. Но у них нарушена способность изображать объекты. Они не могут изобразить даже элементарные объекты (стол, стул, дом и т.д.), которые может изобразить любой здоровый человек, не имеющий специальных художественных способностей и не обученный рисованию.

Таким образом, в нейропсихологические синдромы поражения задних отделов больших полушарий входят гностические, мнестические, двигательные и речевые расстройства, обусловленные нарушениями зрительного и зрительно-пространственного факторов.

В анатомической структуре теменных долей мозга в плане их функциональной роли для обеспечения высших психических функций выделяются

три частных зоны, представленных верхней теменной областью, нижней теменной областью и височно-теменно-затылочной подобластью – ТРО.

Височно-теменно-затылочная подобласть обеспечивает сложные синтезы в предметных и речевых видах деятельности, в частности, пространственный и «квазипространственный» анализ и синтез, необходимый для наиболее комплексного и полного отражения внешнего мира.

Пространственный (наглядный) анализ и синтез включают в себя понимание словесного обозначения реальных пространственных отношений (сверху-снизу, справа-слева, спереди-сзади, над-под).

К «квазипространственному» анализу и синтезу относится понимание логических отношений между объектами в условном, не наглядном пространстве (квазипространстве), включающих грамматические построения, смысл которых определяется:

- окончаниями слов (брат отца, отец брата);
- способами расстановки слов (платье задело весло; весло задело платье);
- предлогами, отражающими разворот событий во времени (лето перед весной; весна перед летом);
- несовпадениями реального хода событий и порядка слов в предложении (я позавтракал после того, как прочел газету) и т.д.

К числу функций, включающих в себя квазипространственные составляющие, относятся операции с числами и интеллектуальные процессы. Решение арифметических задач требует понимания условий, содержащих в себе логические сравнительные конструкции (больше-меньше, на столько-то, во столько раз и т.д.).

При поражении зоны ТРО отмечаются нарушения ориентировки в объективном пространстве. Больные забывают знакомые маршруты движения, не могут правильно ориентироваться в собственной квартире, не могут найти свою палату в помещении больницы.

Зрительно-пространственный гнозис страдает при поражении зоны ТРО и левого, и правого полушария. При оптико-пространственной агнозии у больных нарушается лево-правая ориентировка, больные путают левую и правую руки, левую и правую половину тела. Такие больные не понимают географическую карту, у них нарушена ориентировка в сторонах света. При этом же синдроме присутствует конструктивная апраксия – трудности конструирования целого из отдельных элементов.

В процессе рисования (копирования) больные с поражением зоны ТРО правого полушария мозга выполняют рисунок, изображая сначала его отдельные части и затем доводя до целого. При левополушарных очагах зрительно-конструктивная деятельность разворачивается в противоположном направлении: от целого к деталям.

При поражении височно-теменно-затылочной области мозга возникает акалькулия (см. Табл. 4). Счетные операции страдают в звене понимания смысла числа из-за нарушений, связанных с распадом его разрядного строения (при поражении левого полушария). Задание написать число выполняется зеркально (17 – 71) – симптом зеркального копирования, либо с пропуском разрядов (1004 –

1000 и 4, 104). При сохранном понимании числа (при поражении правого полушария) возникают ошибки в автоматизированном счете (таблица умножения, сложение, вычитание) или же приводит к ошибкам в пределах десятка при правильном переходе через десяток (100-7=93, 86, 79, 71, 64, 57, 52 и т.д.), хотя целенаправленный характер счетной деятельности остается сохранным.

Нарушения речи и связанных с ней процессов (письмо, чтение) возникают преимущественно при левополушарном поражении зоны ТРО в виде семантической и амнестической афазии (см. Табл. 4).

При семантической афазии больные не понимают грамматических конструкций, отражающих одновременный симультанный анализ и синтез явления, когда для понимания какого-либо выражения, словосочетания требуется одновременное представление нескольких явлений.

К нарушениям грамматических конструкций, отражающих пространственные и «квазипространственные» отношения, относятся следующие:

1) предлоги (над, под, сверху, снизу и т.д.). Такие больные не видят разницы в выражениях «круг под крестом», «крест над кругом» и т.д. (не понимают пространственных отношений, выраженных с помощью предлогов);

2) слова с суффиксами («чернильница», «пепельница»), где суффикс «ца» обозначает вместилище, то есть выражает пространственные отношения;

3) сравнительные отношения. Больные не понимают предложений: «Ручка длиннее карандаша», «Оля темнее Кати, но светлее Сони» (Кто из них самый темный?). Понимание такого рода конструкций требует мысленного сравнения двух или трех объектов, то есть симультанного (одновременного) анализа. В данном случае слова связаны «квазипространственными» отношениями;

4) конструкции родительного падежа («брат отца», «отец брата», «мамина дочка», «дочкина мать» и т.д.). Для больных эти выражения непонятны. Им понятно, что такое мама и дочка отдельно, но не словосочетание «мамина дочка», выражающее отношение между ними;

5) временные конструкции, отражающие временные отношения между событиями («Прежде чем поехать в город, он зашел к товарищу», «Перед завтраком я прочитал газету»);

6) пространственные конструкции («Солнце освещается Землей» или «Земля освещается Солнцем». Что верно?);

7) выражения, в которых имеются логические инверсии («Колю ударил Петя». Кто драчун?);

8) выражения, в которых логически связанные слова далеко разведены друг от друга («В школу, где учится Саша, пришел лектор, чтобы сделать доклад»). Такого рода конструкции со сложными определениями, где выражение «где учится Саша» – только определение школы, тоже непонятны больным;

9) предложения с «переходящими» глаголами («Вера одолжила деньги Маше», «Сережа одолжил деньги у Андрея». Кто кому должен?).

При амнестической афазии больному в поисках ускользающего слова быстро помогает предъявление нужного слова, напечатанного среди других слов, подсказка. Нарушение номинативной функции речи отражается в спонтанной речи

больных, но понимание ими своей несостоятельности, сохранность критичности позволяют при построении высказываний избегать сложных и трудных для большого речевых построений.

К интеллектуальным расстройствам при синдромах поражения зоны ТРО относятся нарушения наглядных мыслительных процессов. Они проявляются в трудностях решения наглядно-образных задач (мысленное манипулирование объемными объектами) или задач на «техническое» мышление. Такие больные не могут прочесть технический чертеж, разобраться в устройстве механизма, понять принцип действия приборов и т.п.

На речевом уровне интеллектуальные расстройства проявляются в виде непонимания логико-грамматических конструкций, что препятствует успешному выполнению ряда вербально-логических интеллектуальных операций.

При поражении верхней и нижней теменной областей возникают две группы расстройств: тактильные (осязательные) агнозии и афферентные апраксия и афазия (см. *Табл. 4*).

Больной с тактильной предметной агнозией – «астереогноз» (при поражении нижнетеменной области мозга) правильно воспринимает предмет зрительно, но не узнает его при ощупывании с закрытыми глазами. Ощупывая мелкие предметы (ключ, карандаш, резинку), больной говорит, что у него в руке что-то длинное или острое, или мягкое. Правильно оценивая отдельные признаки предмета, он не может опознать предмет в целом.

В наиболее грубых случаях астереогноз принимает форму «тактильной агнозии текстуры объекта» (см. *Табл. 4*).

К нижнетеменным симптомам поражения левого полушария относятся также нарушения речи в виде афферентной моторной афазии (см. *Табл. 4*). Нарушается произношение слов, происходит замена одних звуков речи другими (б – м, н – д, н – л) вследствие смещения близких артикулов. Больные произносят, например, слово «халат» как «хадат», слово «слон» как «смол» или «слод» и т.д.

У больных с афферентной моторной афазией нарушен оральный (неречевой) праксис (оральная апраксия). У них затруднено произвольное выполнение по инструкции и по показу различных оральных движений. Например, больной не может надуть одну щеку или обе щеки, высунуть язык, облизать губы и т.п.

Для нижнетеменных поражений характерна также афферентная кинестетическая апраксия (см. *Табл. 4*). Движения больных становятся недифференцированными, плохо управляемыми. У таких больных нарушаются движения при письме, невозможность правильного воспроизведения различных поз руки (апраксия позы). Они не могут показать без предмета, как совершается то или иное действие (например, как наливают в стакан чай, как закуривают сигарету и т.п.). При поражении нижней теменной области левого полушария кинестетическая апраксия проявляется в обеих руках; при поражении правого полушария возможна кинестетическая апраксия только в левой руке.

К числу гностических симптомов верхней теменной области коры мозга относится «соматоагнозия» (см. *Табл. 4*). Чаще всего больной плохо ориентируется в левой половине тела («гемисоматоагнозия»). Больной игнорирует левые конечности, иногда как бы «теряет» их. Гностические нарушения иногда

проявляются в виде ложных соматических образов (соматических обманов) – ощущений «чужой» руки, увеличения или уменьшения частей тела (руки, головы), удвоения конечностей и т.п. («соматопарагнозия»).

В височной доле мозга осуществляется анализ и синтез слуховых импульсов и слуховых компонентов речи. Поражение верхних отделов (наружных) височной доли приводит к сенсорной афазии (см. *Табл.4*), при которой характерно нарушение восприятия тех элементов (звуков), из которых складываются слова.

При минимальной степени выраженности нарушения больные перестают понимать быструю или «зашумленную» речь (например, когда одновременно говорят двое людей). Так как звуки «г – к – х» и «с – з» они не различают, то они слышат слово «голос» как «колос», «холост», «колоз» и т.п.

При средней степени выраженности нарушения больные правильно произносят только привычные слова. Они заменяют одни звуки, буквы другими. Реже встречается замена одного слова другим.

При максимальной степени выраженности нарушения у таких больных отсутствует активная спонтанная устная речь. Речевое высказывание заменяется «словесным салатом», когда больные произносят непонятные по своему звуковому составу слова или набор звуков.

Больные с сенсорной афазией активно используют в своей речи интонации, пытаясь с их помощью передать содержание сообщения. Их речь часто сопровождается жестикულიцией, которая также в определенной степени компенсирует речевой дефект.

Если при амнестической афазии подсказка больному в поисках нужного слова (начальных букв слова, поиска среди других слов) помогает быстро, то при сенсорной афазии даже глубокая подсказка (кроме окончания) не всегда помогает больному, провоцируя его на парафазии (замена одного звука, буквы, слова другим) или аграмматизмы (см. *Табл.4*).

У таких больных нарушено письмо под диктовку, так как для них не ясен тот образец, который подлежит написанию. У них затруднено повторение услышанных слов. Нарушено также чтение, так как отсутствует контроль за правильностью своей речи.

Таким образом, вследствие нарушения фонематического слуха распадается вся речевая система. В то же время у больных с сенсорной афазией нет нарушений музыкального слуха, у них сохранена артикуляция. Им доступны любые оральные позы (по образцу), например, высунуть язык, облизать губы, зажать язык зубами, надуть щеку и т.д.

Акустико-мнестическая афазия возникает при поражении средних отделов височной доли (см. *Табл.4*). Больные правильно воспринимают звуки речи, понимают обращенную к ним устную речь. Но они не способны запомнить даже небольшой вербальный материал, предъявляемый на слух, при возможности воспроизведения того же материала, предъявляемого зрительно. При предъявлении на слух серии из четырех слов больной воспроизводит одно-два слова, причем воспроизводятся первые или последние слова серии («фактор края»). У таких больных снижается скорость переработки словесной информации.

Феномен ретроактивного торможения (торможение «назад») проявляется в виде воспроизведения последнего слова ряда и забывание предшествующих слов («дом, лес, стол, кот» – повторяется только «кот»).

Феномен проактивного торможения (торможение «вперед») заключается в невозможности больного повторить какие-либо слова материала, кроме первых («дом, лес, стол, кот» – повторяется только «дом»).

Сужение объема воспроизведения можно заметить и при запоминании фраз и рассказов. Когда требуется запомнить большую фразу, возникает вторичное – из-за слабости слухоречевых следов – непонимание устной речи. Таким больным следует предъявлять слова медленно, но не с большими интервалами, так как понимание речи в значительной степени зависит и от запоминания первого речевого сообщения.

Больные с акустико-мнестической афазией характеризуются «скудной» речью, частым пропуском слов (обычно существительных). У них имеются отчетливые трудности в активной устной речи в виде поиска нужных слов, замены одного слова другим (вербальных парафазии), то есть налицо нарушение речи по амнестическому типу.

Для таких больных характерны явления словесной реминисценции – лучшего воспроизведения словесного материала через несколько часов после его предъявления.

Больные с акустико-мнестической афазией, как и с сенсорной, используют в своей речи интонации для передачи содержания сообщения и жестикюляции.

Как следствие мнестических речевых расстройств нарушается письмо под диктовку, понимание больших отрывков текста. Мнестические речевые дефекты мешают и устному счету, и решению задач, так как в этих видах интеллектуальной деятельности необходима сохранность промежуточных результатов в словесной форме.

Поражение верхних и средних отделов височной доли правого полушария приводит к нарушениями в неречевой сфере. К ним относятся: слуховая агнозия, экспрессивная и импрессивная амузия, аритмии (см. *Табл.4*), нарушение идентификации голосов по полу, возрасту, знакомости и т.д.

Синдромы поражения медиобазальных отделов (внутренних структур мозга) височной доли недостаточно полно изучены и описаны. Эта зона мозга имеет отношение к сложным функциям. Поражение этой зоны ведет к нарушению модально-неспецифических факторов, проявляющихся в нарушениях различных психических функций. Имеющиеся сведения позволяют выделить три группы симптомов, входящих в синдромы поражения этой области мозга:

1) нарушения «общей памяти» (и слухоречевой, и других видов). Они имеют модально-неспецифический характер (неоднородны, для них общим является плохое запечатление любой по модальности информации: зрительной, слухоречевой, тактильной, двигательной, музыкальной). У таких больных

-существенно больше страдает кратковременная, а не долговременная память. При массивных поражениях этих отделов мозга нарушения

кратковременной памяти приближаются по интенсивности к корсаковскому синдрому. Это грубый распад памяти на текущие события, но одновременно хорошее сохранение памяти на далекое прошлое. Такие больные по несколько раз здороваются с врачом, хотя он только что был в палате, не могут вспомнить, что они делали несколько минут назад и т.п. Но они сохраняют профессиональные знания, правила поведения, бытовые навыки, помнят, когда и где учились, знакомых по учебе, работе, родственников и т.п.;

2) нарушения в эмоциональной сфере, проявляющиеся как аффективные пароксизмы – в виде приступов страха, тоски, ужаса, сопровождающиеся бурными вегетативными реакциями, к которым сами больные относятся критически, как к проявлениям болезни. Характер эмоциональных расстройств в определенной степени зависит от стороны поражения. Депрессивный аффективный тон (тревожно-фобическая депрессия) больше связан с поражением левого полушария. Устойчивые депрессии и яркие пароксизмальные аффекты проявляются на фоне сохранных личностных свойств. У таких больных возможны также агрессивность, негативизм;

3) нарушения сознания. В более легких случаях – это трудности ориентировки в месте, времени, конфабуляции (вымыслы, когда рассказ больного совершенно не соответствует прошлому); в тяжелых случаях – это просоночные состояния сознания, спутанность, галлюцинации.

Поражение лобной доли мозга приводит к синдромам поражения премоторной (задне-лобной) области коры и префронтальной области мозга (наружных и внутренних отделов).

При поражении премоторных отделов левого полушария возникает комплексный синдром двигательных, речевых, интеллектуальных расстройств в связи с нарушением временной организации движений.

Центральным нарушением является эфферентная кинестетическая апраксия (см. *Табл.4*). Для этой формы апраксии характерны двигательные персерверации (элементарные) – бесконтрольные повторения раз начавшегося движения. Наиболее отчетливы они при серийных однотипных движениях, например, при письме, серийных постукиваниях, рисовании и т.д. Так, при задаче «нарисовать круг» больной рисует неоднократно повторенное изображение круга («моток» кругов); при написании слов «машина», «тишина» больные пишут лишние штрихи «машиина», «тишиина». Двигательные персерверации проявляются и при осуществлении бытовых двигательных навыков (одевании, еде и т.п.). В движениях руки они наиболее отчетливы, но при массивных поражениях этой области двигательные персерверации – это неконтролируемые продолжения локомоторных актов (больной не может остановиться при ходьбе, беге и т.п.).

Нарушения движений распространяются и на речевую моторику, и приводят к возникновению эфферентной моторной афазии (см. *Табл.4*). Для нее характерны речевые персерверации, когда при попытках произнести слово больные не могут переключиться от одного слога к другому. Отдельные звуки, слоги больными произносятся, но их слияние в слово (или в более легких случаях – слияние нескольких слов в плавную речь) оказывается невозможным из-за инертности уже

произнесенных элементов речи. Например, больной, правильно начавший произносить слово «муха», произносит «му... м... м... ма». Эти трудности приводят к вторичному нарушению других форм речевой деятельности – письма, чтения.

При поражении областей левого полушария, расположенных вблизи от зоны Брока, возникает динамическая афазия (см. *Табл.3*). Речь у этих больных бедна, самостоятельно они почти не высказываются. При ответе на любые вопросы отвечают односложно, часто повторяя в ответе слова вопроса. Совсем недоступно для них написать сочинение на заданную тему (или просьба – рассказать его устно). Для больных с динамической афазией свойственен аграмматизм (см. *Табл.4*). Он проявляется в виде пропуска глаголов, опущения предлогов, местоимений, употребления шаблонных фраз, неразвернутых коротких и простых предложений, более частого употребления существительных в именительном падеже и др.

Как следствие динамической афазии у больных наблюдаются нарушения динамики интеллектуальной деятельности. Нарушается свернутый, автоматизированный характер умственных действий вследствие интеллектуальных персерваций (инертных повторений одних и тех же интеллектуальных действий в изменившихся условиях). Это проявляется при решении арифметических задач, выполнении счетных операций, вербальных и наглядно-образных заданий. Например, если необходимо было произвести действие умножения, то больные, при переходе к новому типу задания (действие сложения), продолжают выполнять умножение, вместо сложения. При задании воспроизведения дней недели, месяцев в обратном порядке (вс, сб., ... пн.; дек., нояб., ... янв.) происходит постепенное соскальзывание на закрепленную в индивидуальном опыте последовательность в прямом порядке (пн., вт., ... вс; янв., фев., ... дек.).

В то же время у этих больных сохранены пространственные операции и понимание логико-грамматических конструкций, отражающих пространственные отношения.

Классические «лобные синдромы» (при поражении наружных префронтальных отделов мозга) характеризуются большой вариативностью. В одних случаях они проявляются в виде грубого развернутого «лобного синдрома», с грубым нарушением поведения. В других случаях поражение **угон**? зоны протекает почти бессимптомно. Это объясняется тем, что эти отделы мозга имеют большую исходную (преморбидную) вариативность и большую «чувствительность» к действию различных факторов (возраст больного, тяжесть поражения, преморбидные особенности функционирования лобных долей мозга и др.).

«Лобные доли мозга... являются аппаратом, обеспечивающим формирование стойких намерений, определяющих сознательное поведение человека». Лурия А.Р.

При поражении лобных долей мозга сознательное, целенаправленное поведение у больных распадается и заменяется более простыми формами поведения или инертными стереотипами, шаблонами. У них остаются сохраненными отдельные частные операции (умственные действия), запас знаний (обыденных, профессиональных), но их полное целесообразное использование в соответствии с

сознательно поставленной целью оказывается невозможным. Например, при выходе из комнаты вместо того, чтобы открыть дверь, больной открывает дверцы стоящего у выхода шкафа; при выполнении инструкции зажечь свечу, больной берет ее в рот и прикуривает как сигарету.

Нарушение произвольного контроля и регуляции психической деятельности проявляется в двигательной, речевой, гностической, мнестической, интеллектуальной сферах.

В двигательной сфере наблюдаются нарушения регуляции сложных произвольных движений и действий (регуляторная апраксия или «апраксия целевого действия»). Регуляторная апраксия протекает на фоне сохранности мышечной силы. Она проявляется в виде нарушения программирования движений, отключения сознательного контроля за их выполнением, замены нужных движений моторными шаблонами.

При тяжелой степени поражения префронтальных отделов мозга нарушение произвольной регуляции движений проявляется в виде хопраксии – подражательных повторений движений (экспериментатора).

Для регуляторной апраксии характерны системные персерверации (сложные) – трудности переключения целой программы действия. Это проявляется в письме, счете, рисовании. Например, после письма под диктовку на предложение нарисовать треугольник больной обводит контур треугольника движениями, характерными для письма; после письменного счета может написать слово «дом» как «3, 3, 3» (в слове «дом» три буквы, их больной и изобразил в виде трех цифр «3»).

Нарушение произвольной регуляции движений проявляется и в форме нарушений речевой деятельности:

- после нескольких повторений инструкции («поднимите руку») медленное включение в задание;

- частая «потеря программы» при выполнении серийных движений (на один стук – поднимите руку, на два – не поднимайте). Для правильного выполнения задания требуется его постоянное «речевое подкрепление» и т.д.

При тяжелой форме поражения нарушение речевой регуляции двигательных актов проявляется в виде эхололии – повторении услышанных слов (экспериментатора).

Трудности зрительного гнозиса выражаются в том, что больные не могут выполнить задания, требующего последовательного рассматривания изображения. Например, они не могут сравнить два похожих изображения и найти, в чем их отличие. Они не в состоянии отыскать скрытое изображение в «загадочных картинках», так как у них нарушен активный зрительный поиск, отсутствует построение гипотез.

В грубых случаях больные вообще не могут понять смысл изображения и делают ошибочные умозаключения о целом по его отдельным фрагментам (особенно при поражении правой лобной доли). Одновременно такие больные плохо воспринимают эмоциональный смысл картины.

При нарушении слухового восприятия выступают аритмии (см. *Табл.4*), тактильного восприятия – тактильная предметная агнозия (см. *Табл 4*).

Мнестическая деятельность «лобных» больных нарушается в своей произвольности и целенаправленности. Продуктивность произвольного запоминания у них выше, чем произвольного. При заучивании 10 слов (тест Лурия) больные не стараются запомнить и воспроизвести их большее количество (из 10 слов 3-5). Кривая запоминания имеет характер «плато» (инактивность мнестической деятельности).

Нарушение произвольной регуляции, программирования действий проявляется у них и в интеллектуальной деятельности.

При решении арифметических задач у больных не обнаруживается первичных нарушений счета. У них отсутствует этап предварительной ориентировки в условиях задачи и формирования плана ее решения. Они производят случайные операции с числами, данными в условиях задачи, без сличения их с основной целью.

При серийном вычитании ($100 - 7$) больные делают 2-4 правильных действия, затем дают стереотипные ответы ($100 - 7 = 93, 86, 79, 69, 59, 49$), не замечая своих ошибок. Длительное интеллектуальное напряжение, длительное удерживание произвольного внимания им недоступно.

Стереотипия ответов, интеллектуальные персервации проявляются и в вербальных заданиях. Например, на слово-стимул нужно ответить словом-ассоциатом. В этом случае больные отвечают одним и тем же словом-ассоциатом на различные слова-стимулы.

При значительном поражении префронтальной области мозга происходят изменения в эмоциональной сфере. При поражении правого полушария – в виде эйфории, благодушия. При поражении левого полушария – в виде депрессии, эмоционального безразличия, общей заторможенности, пассивности.

Поражение внутренних (медиобазальных) отделов префронтальной области приводит к иным синдромам, которые в отличие от наружных префронтальных синдромов не сопровождаются модально-неспецифическими нарушениями высших двигательных функций. У таких больных нет двигательных персервации в мануальной и речевой сферах. У них отсутствуют, как у всех «лобных» больных, первичные нарушения гнозиса. Полностью сохранены и речевые функции.

Симптомами, входящими в синдром поражения этой области, являются:

- 1) нарушения в эмоционально-личностной сфере;
- 2) изменения сознания;
- 3) модально-неспецифические нарушения памяти, внимания;
- 4) снижение уровня бодрствования;
- 5) изменения в интеллектуальной сфере.

Для эмоциональных нарушений характерны вспыльчивость, повышенная раздражительность, несдержанность, аффективность, что отличает их от специфически «лобной» картины эмоциональных расстройств. Иногда больные проявляют признаки эйфории, беспечности, отсутствия переживания своей болезни или эмоционального безразличия, подавленности. Эти особенности эмоциональной сферы не осознаются больными. К личностным изменениям относятся: некритичность, исчезновение чувства ответственности, неадекватность

самооценки, эмоционального реагирования, исчезновение профессиональных интересов, привязанности к родным и т.п.

Изменения сознания характеризуются неправильной ориентировкой больного в месте, во времени, своем заболевании, в собственной личности. При двусторонних поражениях медиальных отделов больные не могут точно назвать место своего пребывания, свой возраст, месяц, число, год, дату операции, длительность заболевания. При поражении правого полушария мозга чаще встречается двойственная ориентировка в месте. Больной, не ощущая при этом противоречий, отвечает, что находится одновременно в двух географических пунктах, дает конфабуляторные (вымышленные, с побочными ассоциациями) ответы по поводу места своего пребывания.

Мнестические нарушения распространяются на запоминание материала любой модальности. В данном случае преимущественно нарушается кратковременная память, избирательность процессов воспроизведения, семантическая память или память на понятия. При этом присутствуют конфабуляции (бесконтрольно всплывающие вымыслы, побочные ассоциации), контаминации (смешение двух текстов, фраз). Например, последовательное запоминание двух фраз «В саду за высоким забором росли яблони» и «На опушке леса охотник убил волка» формирует конечную фразу «В саду за высоким забором охотник убил волка». При правосторонних поражениях медиально-лобных отделов наличие конфабуляций и контаминации более выражено, чем при поражениях этих отделов левого полушария.

При модально-неспецифических нарушениях внимания у больных повышена реактивность на изменения, происходящие вокруг них, которая превращается в «полевое поведение». В его основе лежит резко ослабленное произвольное внимание и патологически усиленное непроизвольное внимание. Больные вмешиваются в разговоры соседей по палате, отвечают на вопросы, адресованные другим больным. При этом они не отвечают на заданные им вопросы, требующие определенного напряжения произвольного внимания.

Операциональная сторона мышления у больных с поражением

-больных ? отделов

лобных долей остается сохранной. Происходят нарушения в звене осуществления планомерного контроля за деятельностью. При последовательном выполнении мыслительных операций больные уходят в сторону от основного задания, импульсивно соскальзывают на побочные ассоциации (конфабуляции). Неустойчивость семантических связей, контаминации проявляются при решении интеллектуальных задач (на аналогии, определение понятий и др.), особенно в ситуации пассивного выбора ответа (из списка).

3.7. Познавательная деятельность и ее изменения при последствиях

черепно-мозговой травмы

Проблеме изменений познавательной деятельности при различных заболеваниях посвящено немало исследований в отечественной психологии и патопсихологии. В качестве предмета клинко-психологического изучения познавательной деятельности при черепно-мозговых травмах выступают нарушения памяти и внимания, изменения мышления, снижение интеллектуальной работоспособности, нарушения динамики психической деятельности, снижение ее энергетических возможностей. Степень выраженности этих нарушений зависит от степени тяжести полученной травмы, от сроков после травмы и от возраста больного.

Познавательный процесс начинается с простого ощущения, являющегося чувственным отображением объективной реальности. Ощущения связывают человека с внешним миром и являются как основным источником информации о нем, так и основным условием психического развития⁴⁸. Однако эта информация ограничивается только сведениями о свойствах предметов и явлений. Целостное отражение предметов, явлений, ситуаций происходит благодаря восприятию. Восприятие – результат сложной аналитико-синтетической работы, выделяющей одни существенные и тормозящей другие несущественные признаки, и комбинирующей воспринимаемые детали в одно осмысленное целое⁴⁹. Процесс восприятия правильнее обозначать как воспринимающую (перцепторную) деятельность субъекта.

При различных патологических состояниях мозга процесс восприятия может нарушаться в различных звеньях. В одних случаях он нарушается в результате того, что сенсорная информация не доходит до коры или вызывает лишь недостаточно прочные и недостаточно ограниченные возбуждения. В других случаях возбуждения, дошедшие до коры, перестают нужным образом объединяться в системы и кодироваться. В третьих случаях нарушается активное звено перцепторной деятельности. При этом больной вообще не начинает активной поисковой деятельности, направленной на выделение наиболее информативных точек, или не задерживает окончательного «принятия решения» о том, какой объект перед ним, и принимает преждевременное решение, исходя из частного фрагмента воспринимаемой картины. Наконец, могут иметь место и такие формы патологии, при которых больной оказывается не в состоянии отделить посторонние влияния от основных свойств рассматриваемого объекта и начинает делать ошибки, принимая ожидаемое за реальное или случайные раздражения за подлинные объекты (при локальных поражениях мозга).

При корковых очагах поражения мозга возникают гностические расстройства (агнозии), отражающие нарушения различных видов восприятия (см. Табл.4).

Церебральная патология приводит к снижению функций зрения, слуха, обоняния, изменению вкусовых ощущений (например, любая пища кажется безвкусной), снижению чувствительности в определенных участках тела.

⁴⁸ Лурия А.Р. Ощущения и восприятие. - М.: Изд-во МГУ, 1975. - 112 с.

⁴⁹ Маклаков А.Г. Общая психология: Учебник для вузов. - СПб.: «Питер», 2003. - 592 с: ил. - (Серия «Учебник нового века»).

Существенную роль в психической регуляции деятельности человека играют представления. Они важны для всех психических процессов, обеспечивающих познавательную деятельность человека. Процессы восприятия, мышления, воображения, письменной речи всегда связаны с представлениями, так же как и память, которая хранит информацию, и благодаря которой формируются представления.

Воображение – процесс преобразования представлений, отражающих реальную действительность, и создание на этой основе новых представлений⁵⁰. Оно всегда протекает в неразрывной связи с памятью и мышлением. Деятельность воображения тесным образом связана и с эмоциональными переживаниями человека. Представление желаемого может вызвать у человека позитивные чувства и вывести его из крайне негативных состояний, позволяет ему отвлечься от ситуаций настоящего момента, проанализировать происходящее и переосмыслить значимость ситуации для будущего.

Воображение оказывает влияние на многие органические процессы: функционирование желез, деятельность внутренних органов, обмен веществ в организме и пр. Внушение человеку определенных представлений широко используется при лечении психосоматических больных в ходе сеансов суггестивной терапии.

Таким образом, воображение играет существенную роль как в регуляции процессов организма человека, так и в регуляции его мотивированного поведения.

Внимание является познавательным психическим процессом. В теоретическом осмыслении проблемы внимания в психологической литературе до настоящего времени не существует единого мнения. Это отражается и на определении внимания как психического явления, и на трактовке различных форм и уровней внимания и т.д. Внимание, по утверждению некоторых авторов, не может рассматриваться как самостоятельное психическое явление. Оно в той или иной мере присутствует в любом другом психическом процессе, являясь динамической стороной всех познавательных процессов. Внимание связывают с волей и деятельностью человека, основываясь на том, что любая деятельность, в том числе и познавательная, невозможна без внимания, а само внимание требует проявления определенных волевых усилий.

Направленность и сосредоточенность психической деятельности на чем-либо определенном и называется вниманием. Внимание обеспечивает четкость и ясность сознания, осознание смысла психической деятельности в тот или иной момент времени.

Психологическое исследование внимания ставит своей задачей исследование произвольного внимания – его объема, устойчивости, распределения и переключения. Исследование наиболее сложных форм внимания представляет большой интерес, чем изучение непроизвольного внимания, которое в значительной степени выявляется с помощью приемов изучения ориентировочного рефлекса (психофизиологические исследования).

⁵⁰ Мягков И.Ф., Боков С.Н. Медицинская психология. — М.: Издательская корпорация «Логос», 1999. - 232 с.

Оно может существенно нарушаться только при массивных поражениях мозга, приводящих к общему снижению активности. Эти нарушения проявляются в том, что ориентировочный рефлекс носит нестойкий характер и быстро угасает⁵¹.

Например, при поражении лобных долей мозга больные не способны сосредоточиться на решении предложенного им задания, создать прочную систему избирательных связей, соответствующую данной

-(им) программе действий. Они легко соскальзывают на побочные связи, заменяя планомерное выполнение программы импульсивно возникающими реакциями на любой побочный раздражитель. То есть непроизвольное внимание у таких больных бывает даже повышенным, а нарушения произвольного внимания приводят к существенным изменениям всех сложных психологических процессов.

Нестойкость произвольного внимания возникает и при истощении нервной системы (у больных с последствиями ЧМТ). Отличие нестойкости произвольного внимания от форм его нарушения при поражении лобных долей мозга заключается в том, что у больных с последствиями ЧМТ мобилизация внимания путем усиления мотивов, обращение к опорным вспомогательным средствам и упрочение речевой инструкции приводит к компенсации его недостатков.

+При поражении лобных долей мозга, разрушающих основной механизм регуляции произвольного внимания, этот путь может не давать нужного эффекта. ???

Можно отметить, что в нейропсихологии существуют два самостоятельных типа нарушения внимания.

Первый тип – модально-неспецифические нарушения внимания. Эти нарушения распространяются на любые формы (сенсорная, двигательная, интеллектуальная, эмоциональная) и уровни (непроизвольный и произвольный) внимания. Подобного рода нарушения внимания характерны для больных с поражениями неспецифических структур мозга разных уровней (продолговатого и среднего мозга, диэнцефальных отделов мозга и лимбической системы, медиобазальных отделов лобных и височных долей мозга).

Второй тип патологии внимания – модально-специфические нарушения внимания. Эти нарушения проявляются только в одной сфере (по отношению к стимулам одной модальности), например, только в зрительной, слуховой, тактильной или двигательной сфере. Это специфические для данной модальности трудности осознания стимула в определенных ситуациях, связанные с корковыми очагами поражений.

Память занимает особое место среди психических познавательных процессов. Многими исследователями память характеризуется как «сквозной» процесс, обеспечивающий преемственность психических процессов и

⁵¹ Лурия А.Р. Внимание и память. - М.: Изд-во МГУ, 1975. - 105 с.

объединяющий все познавательные процессы в единое целое. В свою очередь, психическое развитие возможно потому, что сохраняется приобретенный опыт и знания. Именно благодаря памяти человек в состоянии накапливать информацию, не теряя прежних знаний и навыков.

Память является сложным по своей нервной основе процессом и в обеспечении памяти принимают участие разные системы мозга (гиппокамп, затылочная и височная зоны коры головного мозга и др.), каждая из которых играет собственную роль и вносит свой вклад в осуществление мнестической деятельности.

Нейропсихологические исследования, посвященные вкладу каждого из полушарий мозга в процессы запоминания вербального и невербального материала (работы Н. К. Корсаковой, Э. Г. Симерницкой, Л. И. Московичюте и др.), позволили установить, что правое полушарие обеспечивает более элементарные, произвольные, автоматические формы мнестической деятельности, а левое полушарие связано со сложными, произвольными формами запоминания. Соответственно, при поражении правого полушария оказывается нарушенным преимущественно произвольное запоминание, а при поражении левого полушария нарушается более высокий уровень – произвольное запоминание⁵².

При изучении временных параметров осуществления произвольной мнестической деятельности рассматривалось соотношение непосредственного и отсроченного запоминания со структурами правого и левого полушария. Показано, что при непосредственном запоминании и воспроизведении в мнестическую деятельность включается правое полушарие, а при отсроченном запоминании и воспроизведении – левое (у правшей). При левосторонних поражениях мозга непосредственное воспроизведение материала более сохранно, чем при правосторонних.

Поражения внешней (конвекситальной) поверхности мозга никогда не сопровождаются общим нарушением памяти. Больные с локальными поражениями конвекситальных отделов мозга могут проявить частное нарушение мнестической деятельности, обычно носящее модально-специфический характер.

Например, больные с поражением левой височной области обнаруживают признаки нарушения слухоречевой памяти, не могут удержать сколько-нибудь длинных рядов слогов или слов. Они не проявляют никаких дефектов зрительной памяти, и в ряде случаев, опираясь на нее, могут компенсировать свои дефекты путем логической организации закрепляемого материала.

Больные с локальными поражениями левой теменно-затылочной области могут обнаруживать нарушение зрительно-пространственной памяти, как правило, в большей степени сохраняя слухоречевую память.

У больных с поражением лобных долей мозга память остается достаточно сохранной, но их мнестическая деятельность может существенно затрудняться

⁵² Корсакова Н.К., Микадзе Ю.В. Нейропсихологические исследования памяти: итоги и перспективы. — В кн.: А. Р. Лурия и современная психология // Под ред. Е.Д. Хомской, Л.С. Цветковой, Б.В. Зейгарник. - М.: Изд-во Моск. ун-та, 1982. - С. 101-110.

патологической инертностью однажды возникших стереотипов и трудным переключением с одного звена запоминаемой системы на другое. При этом «кривая запоминания», которая в норме носит отчетливый поступательный характер, имеет «платообразный» характер, отражающий инактивность мнестической деятельности. Характерно, что локальные поражения правого (субдоминантного) полушария могут протекать без заметных нарушений мнестической деятельности.

В результате черепно-мозговых травм могут наступить явления ретроградной и антероградной амнезии. В этих случаях забывание распространяется на события, предшествующие травме и случившиеся после травмы головного мозга, когда текущие события не запоминаются больным и не воспроизводятся в дальнейшем. Забытые события с течением времени могут полностью восстановиться в памяти.

В других случаях мнестическая деятельность может оказаться нарушенной со стороны ее динамики. Такие больные в течение какого-то отрезка времени хорошо запоминают и воспроизводят материал, но через короткое время не могут этого сделать. Например, при различных сосудистых поражениях, внутренней гидроцефалии, мозговых гипертензиях, когда возникает слабость и нестойкость возбуждений в коре головного мозга, нарушения памяти могут выразиться в общем снижении объема памяти, затруднении заучивания и легкой

+тормозимости следов?

-(заторможенности)

интерферирующими воздействиями, что приводит к резкой истощаемости больного, и «кривая заучивания» при последующих повторениях снижается⁵³.

Анализ «кривой заучивания» может иметь большое диагностическое значение, позволяя различать неодинаковые синдромы изменения психических процессов при разных по своему характеру поражениях мозга.

Мышление является высшей формой познавательной деятельности, позволяющей совершить скачок от чувственного к рациональному. Мышление присутствует во всех других познавательных психических процессах, в том числе в восприятии, внимании, воображении, памяти, речи. Мыслительная деятельность заключается не только в умении познавать окружающие явления, но и в умении действовать адекватно поставленной цели. Для успешного выполнения задачи необходимо постоянно удерживать эту цель, осуществлять программу операции, сличать ход выполнения с ожидаемым результатом и на основе этого сличения производить коррекцию неправильных ходов⁵⁴.

⁵³ Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. Т. 1. - М.: Антидор, 1998.-550 с.

⁵⁴ Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. - Прага, 1974. - 405 с.

Мышление человека, опирающееся на средства языка, является специальной формой продуктивной деятельности. Оно позволяет не только упорядочивать, анализировать и синтезировать информацию, относить воспринимаемые факты к известным категориям, но и выходить за пределы непосредственно получаемой информации, делать выводы из воспринимаемых фактов и приходить к известным заключениям, при этом не располагая непосредственными фактами и исходя из получаемой словесной информации. Мыслящий человек способен рассуждать и решать логические задачи, не включая процесс решения в практическую деятельность. Это говорит о том, что процесс мышления может быть специальной теоретической деятельностью, которая приводит к новым заключениям, и, таким образом, носит продуктивный характер⁵⁵.

В патопсихологии Б. В. Зейгарник выделяет следующие виды патологии мышления:

- нарушение операциональной стороны мышления (снижение уровня обобщения, искажение процесса обобщения);
- нарушение динамики мышления (лабильность или инертность мышления);
- нарушение мотивационного компонента мышления (резонерство, разноплановость, нарушение саморегуляции).

Локальные поражения мозга не приводят к общему снижению уровня мышления. Несмотря на сохранность основных предпосылок, необходимых для мыслительной деятельности, характер продуктивного мышления у таких больных отчетливо нарушается.

Тип нарушений в разных случаях оказывается неодинаковым.

У больных с поражением левой височной доли мозга полноценное протекание продуктивных мыслительных процессов становится невозможным из-за нарушений слухоречевой памяти. Внимательно ориентируясь в условиях задачи, больные могут без труда выделить нужное логическое отношение. Но в случаях, когда задача состоит из нескольких звеньев, они испытывают затруднение в том, что оказываются не в состоянии удержать в оперативной памяти прошлые звенья. При этом нить логических операций легко рвется, и больные, полностью сохранившие критическое отношение к своей интеллектуальной деятельности, отказываются решать задачу, хотя общий смысл всей задачи и отдельные операции остаются у них сохранными.

При поражении левой теменно-затылочной области нарушения продуктивного мышления носят иной характер.

Общим при поражениях левой височной доли и теменно-затылочной области мозга является то, что интеллектуальная деятельность больных не теряет своего осмысленного характера, и нарушения проявляются не столько в стратегии мыслительных процессов, сколько в их выполнении, в тех операциях, которые включены в мыслительный акт.

Больные с поражением левой теменно-затылочной области мозга прочно сохраняют задачу и целенаправленно пытаются решить ее, не отвлекаясь

⁵⁵ Лурия А.Р. Речь и мышление. -М.: Изд-во МГУ, 1975. - 121 с.

побочными влияниями. Затруднения испытываются в усвоении логико-грамматической структуры условия, в невозможности сразу усвоить нужное логическое отношение. Например, перед грамматической формулировкой «У Миши вдвое больше, чем у Димы» они заходят в тупик, так как не могут найти общую смысловую схему решения. Воспринимаемое остается для них фрагментарным. Возникновение схемы решения возникает в смутном виде или не приходит им в голову. Это приводит к новым затруднениям, когда больные пытаются выполнить вспомогательные операции. В результате этих трудностей весь процесс решения задачи не идет дальше мучительных попыток осознать ход решения и выполнить нужные операции. Несмотря на полное осознание трудностей, процесс решения остается незавершенным.

Нарушения мыслительной деятельности при поражении лобных долей мозга приобретают другой характер. Больные полностью сохраняют возможность непосредственно схватывать значение логико-грамматических отношений и не испытывают затруднений в выполнении отдельных логических или арифметических операций. Главная причина нарушения мышления заключается в том, что основной вопрос, который ставится задачей, не является у этих больных доминирующим и не определяет протекания всех дальнейших процессов. Ориентировочная основа интеллектуальной деятельности выпадает, и больные сразу начинают выполнять фрагментарные операции, не включаемые в условие задачи, потерявшие свой смысл.

При менее выраженных поражениях лобных долей мозга отщепление отдельных операций от общей стратегии решения задачи может выявляться в более стертых формах. Решив одну задачу, больные начинают стереотипно воспроизводить весь ход раз сделанного решения в случаях, когда задача меняется.

Такая легкая замена планомерного решения задачи повторением инертно всплывающего стереотипа, приводящая к фактическому распаду интеллектуальной деятельности, является характерной для больных этой группы и показывает на ту роль, которую играют лобные доли мозга в протекании сложных форм мышления.

Мышление неразрывно связано с речью. Слово является не только орудием познания, общения, но и средством регуляции высших психических процессов. Л. С. Выготский считал, что именно в значении слова заключается единство речи и мышления.

Мозговая организация речи сложна, а нарушения речи – многообразны и различны по характеру в зависимости от того, какое из звеньев речевой системы пострадало в результате мозгового поражения⁵⁶.

При локальных поражениях коры левого полушария (у правой) возникают афазии, представляющие собой системное расстройство различных форм речевой деятельности (см. *Табл.4*).

⁵⁶ Лурия А.Р. Язык и сознание. - М.: Изд-во МГУ, 1979. - 319 с.

Интеллект как познавательная деятельность человека включает уже приобретенный опыт (знания) и способность к дальнейшему его приобретению и применению на практике. Он рассматривается в непосредственной связи с мышлением. Однако интеллект обобщает все познавательные процессы: внимание, мышление, память и, не являясь самостоятельной функцией и тем более отграниченным от других психическим процессом, должен рассматриваться только комплексно. Поэтому под интеллектом понимается совокупность самых разнообразных умственных способностей, обеспечивающих успех познавательной деятельности человека.

В патологии возможны нарушения функций мышления при ненарушенном интеллекте. Наоборот, при относительной сохранности ассоциативного процесса, сравнительно ненарушенной способности к суждениям, выводам, познавательные возможности человека бывают снижены. В одних случаях это может быть связано с нарушениями памяти, внимания, в других – с уменьшением первоначального объема знаний, навыков, неспособностью приобретать новые сведения, пополнять свой опыт. Например, при снижении интеллекта в связи с черепно-мозговой травмой мышление совершается с соблюдением законов логики, без значительных отклонений в смысле темпа и целенаправленности.

При экспериментально-психологическом исследовании интеллекта следует установить соответствие имеющегося у больного запаса знаний и образования, соответствие жизненного опыта возрасту, характеру трудовой деятельности.

Последствия тяжелой черепно-мозговой травмы могут приводить к деменции (слабоумию), при которой образовавшийся психический дефект позволяет больному проявлять до известной степени критическую позицию к своему состоянию.

Последствия черепно-мозговой травмы характеризуются, прежде всего, астенией, проявляющейся повышенной истощаемостью. Истощаемость является признаком изменений психической деятельности и не считается однородным понятием. Она проявляется в снижении работоспособности больного, отдельных ее характеристик (темп, устойчивость, стабильность).

В основе истощаемости нервных процессов лежит процесс охранительного торможения. Происходит ослабление функционального состояния корковой динамики, снижение тонуса коры головного мозга, которое и выражается в разлитом торможении, названном И.П. Павловым «охранительным». Это тормозное состояние носит функциональный характер. Оно является преходящим, но все же приводит к временному ослаблению работоспособности мозга (в связи с заболеванием), которое выглядит как нарушение отдельных функций. Оно может проявиться в виде нарушений памяти, в виде колебаний внимания. Кривая запоминания десяти слов в этих случаях носит зигзагообразный характер, известный уровень достижений сменяется спадом мнестической продуктивности. Истощаемость может проявляться в виде нарушений мыслительной деятельности.

У больных отмечаются поверхностность суждений, затруднения в выделении существенных признаков предметов и явлений. Такого рода истощаемость нельзя смешивать с обычной утомляемостью. При повышенной утомляемости идет нарастание, по мере длительности исследования, количества

ошибок и ухудшение временных показателей. При истощении происходит временное снижение умственной работоспособности, что нередко приводит к нарушениям таких форм интеллектуальной деятельности, как непоследовательность суждений. Характерная особенность этого нарушения заключается в неустойчивости способа выполнения задания. При этом уровень обобщения у больных в целом не снижен, но адекватный характер суждений оказывается неустойчивым. Правильные способы выполнения задания у них чередуются с ошибочными.

Астения часто сопровождается гипобулией – понижением волевой активности, при которой стремление к целенаправленной деятельности у больных почти не возникает. Начав что-либо делать, они быстро прекращают работу не потому, что наступает усталость, а в связи с отсутствием желания продолжать свое занятие. В данном случае наблюдаются изменения в мотивационно-потребностной сфере больного, возникшие на фоне астении.

Таким образом, изменения познавательных возможностей человека вследствие полученной черепно-мозговой травмы снижают, обедняют операциональный состав деятельности и тем самым создают определенный тип противоречий в развитии личности. Прежняя смысловая ориентация деятельности в условиях познавательных возможностей не может быть реализована в полной мере. Преморбидно сложившаяся система потребностей и мотивов вступает в противоречие с энергетическими возможностями выполнения деятельности.

Резюмируя данные литературы по проблеме черепно-мозгового травматизма, можно сделать следующие выводы:

1. Черепно-мозговая травма как медико-социальная проблема требует внимания медицинских психологов. Их деятельность должна быть направлена, прежде всего, на восстановление нарушенных психических функций и социальную адаптацию больных.

2. Внутренняя картина болезни у больных с последствиями черепно-мозговой травмы представляет собой сложный феномен, зависящий от различных групп факторов социального и психологического порядка. В каждом случае оказания психологической помощи необходимо выявление наиболее значимых для больного мотивов, фрустрируемых болезнью.

3. Нарушения высшей нервной и психической деятельности нивелируют и снижают преморбидные особенности личности и могут рассматриваться как «цена» церебрального поражения. Реабилитационные мероприятия у данных больных должны быть основаны на селективных нейропсихологических программах при одновременной коррекции сосудистых и метаболических церебральных нарушений.

4. Степень выраженности нарушений познавательной деятельности у больных с последствиями черепно-мозговой травмы зависит от степени тяжести травмы, от давности полученной травмы и от возраста больного.

3.8. Принципы восстановительного обучения⁵⁷

На основании учения о функциональных системах отечественными психологами в содружестве с физиологами, невропатологами, логопедами и др. был разработан и практически применен новый путь восстановления ВПФ – путь перестройки функциональных систем методом восстановительного обучения. Этот путь имеет два направления в практической работе.

Одно из них основывается на использовании тех афферентаций функциональной системы (подвергшейся нарушению), которые в свое время при формировании функций не исчезли, но ушли в «запасной фонд», уступив место ведущей афферентации. При поражении мозга, следствием которого является нарушение тех или других психических функций (например, речи), следует так построить восстановительное обучение, чтобы нарушенная афферентация функциональной системы, лежащая в основе дефекта, могла быть замещена бывшей «в резерве», то есть нарушенное звено в психологической структуре функции замещается другим.

Второе направление предусматривает создание новых функциональных систем, включающих в работу новые звенья (афферентации), не принимавшие прежде прямого участия в реализации этой (теперь нарушенной) функции.

Включая новые звенья, мы тем самым заранее как бы заново проектируем и конструируем пострадавшую функцию. Так, функция чтения (при оптической алексии – в этих случаях больной либо вообще перестает узнавать буквы, либо путает буквы близкие по начертанию (например, «И» и «Н», «З» и «Е»), либо не узнает сложные по начертанию буквы (например, «Ж» и «Щ» и т.п.). У таких больных могут наблюдаться и затруднения в узнавании сложных зрительных объектов – поражение вторичных отделов затылочной области левого (доминантного у правши полушария) восстанавливается следующим образом:

1. Обведение пальцем объемной буквы (тем самым вводится кинестетическое ощущение, афферентация с кинестетического анализатора, который не принимал участие в формировании функции чтения).

2. Написание буквы рукой в воздухе (введение моторного образа буквы).

3. Прослушивание звучания буквы (или слова) с одновременной зрительной опорой и проговариванием (метод «озвученного чтения»). В этом случае привлекаются те нервные элементы и афферентации с них, которые не участвовали в выполнении пострадавшей функции. Эта замещающая способность мозга была описана рядом исследователей (Анохин, Запорожец, Леонтьев, Лурия).

И второе направление – межсистемная перестройка, и первое, использующее резервные афферентации, должны тесно переплетаться с внутрисистемной перестройкой, предусматривающей перевод функции либо на более низкий и менее произвольный уровень с целью дальнейшего восстановления более высокого уровня ее протекания, либо на более высокий уровень ее организации, требующий включения сознания с целью преодоления дефектов более низкого уровня.

⁵⁷ Цветкова Л.С. Восстановительное обучение при локальных поражениях мозга. М., 1972.

Пример. В литературе давно известны факты, свидетельствующие об облегчении восстановления функции при условии перевода ее в ту или другую форму упроченной деятельности. Так, описывают значительный эффект восстановления движения руки, поврежденной ранением, если внимание больных отвлекалось от самого процесса движения, который включался в хорошо автоматизированные предметные действия: если больных просили как можно выше поднять руку, они с трудом могли ее поднять на 25-30 градусов, а когда больных просили рукой достать яблоко или другой предмет, то рука поднималась в два раза быстрее и выше⁵⁸. То же самое наблюдает и при восстановлении речи – при отвлечении внимания больного от артикуляторных движений, по включении речи в семантические связи больной мог произносить целые слова.

Теоретические принципы практической работы по нейропсихологической реабилитации больных

Их условно можно разделить на психофизиологические, психологические и психолого-педагогические.

Психофизиологические:

1. Принцип квалификации дефекта. Прежде чем приступить к восстановительному обучению, необходим тщательный нейропсихологический анализ нарушения функции и выявление его механизма, то есть первичного дефекта, лежащего в основе нарушения. Принцип квалификации дефекта позволяет наметить постановку дифференцированных задач и применение адекватных дефекту методов.

2. Принцип использования сохранных анализаторных систем в качестве опоры при обучении. Этот принцип основывается на учении о функциональных системах и их пластичности, на представлении о полицепторности их афферентного поля и о «запасном фонде» афферентаций.

3. Принципом восстановительного обучения и способом восстановления ВПФ является создание новых функциональных систем, включающих в работу другие звенья на основе новых афферентаций, не принимавших прежде прямого участия в осуществлении пострадавшей функции.

4. Восстановительное обучение должно учитывать наличие разных уровней организации функциональной системы, на основе которых может быть реализована пострадавшая функция.

5. Опора на разные уровни организации, в том числе и на речь, когда есть взаимодействие со всеми психическими процессами.

6. Принцип контроля – лишь постоянный поток обратной сигнализации обеспечивает слияние выполняемого действия с исходным намерением и своевременную коррекцию допускаемых ошибок.

Психологические принципы:

1. Принцип учета личности больного. Восстановительное обучение должно исходить из задач лечения человека, восстановления функций у больного

⁵⁸ Леонтьев А.Н., Запорожец А.В. Восстановление движения. М., 1945.

человека, а не из задач изолированного восстановления каких-либо умений. В связи с этим необходимо формировать нужные мотивы деятельности больных.

2. Принцип опоры на сохранные формы вербальной и невербальной деятельности больного (использование остаточных возможностей наиболее упроченных форм деятельности).

3. Принцип опоры на предметную деятельность – усвоение происходит через собственную деятельность субъекта.

4. Принцип организации деятельности больного – важны не только содержание обучения и собственная деятельность по усвоению материала, но, прежде всего, необходима организация этой деятельности и управление ею.

5. Принцип программированного обучения – способ реализации четвертого принципа. Этот принцип предусматривает разработку программ, состоящих из ряда последовательных операций, выполнение которых больным (сначала с педагогом, а позже самостоятельно) приводит к реализации нарушенного умения (способности) говорить, понимать, писать и т.д. Необходима разработка таких методов, которые могли бы ответить на вопрос – «как сделать?»

Многочисленные исследования, проведенные за последние десятилетия психологами (Л.С. Выготский, А.И. Леонтьев, П.Я. Гальперин, Д.Б. Эльконин, В.В. Давыдов и др.) убедительно показали, что формирование каждого умения или навыка проходит у человека, по крайней мере, три уровня: сначала они осуществляются путем серии развернутых внешних (материальных) операций, затем внешние операции постепенно свертываются, начинают выполняться при участии внешней роли и, наконец, переносятся во внутреннюю речь и начинают выполняться как свернутые, автоматизированные умственные действия. Этот процесс интериоризации и автоматизации приводит к тому, что у человека большинство умений и навыков принимает настолько свернутый характер, что анализ тех операций, которые они включают, становится почти недоступным.

Исследования А. Р. Лурия и других, а также исследования Л. С. Цветковой⁵⁹ показывают, что любое очаговое поражение мозга приводит не только к выпадению одного из факторов, входящих в состав сложной психической деятельности, но затрагивает весь цикл изолированных актов, каждый из которых начинает требовать специального усилия. Это нарушение свернутой сокращенной формы осуществления сложных действий должно учитываться в восстановительном обучении.

Таким образом, наиболее оптимальными методами обучения, приводящими к стойкому восстановительному эффекту, могут стать также методы, которые позволят воссоздать в развернутом виде внутреннюю структуру нарушенного звена в распавшейся функции с помощью вынесения наружу отдельных операций, строго соответствующих структуре дефекта, и последовательное выполнение которых может привести к восстановлению пострадавшей деятельности. Выписанные в определенной последовательности операции составят программу, управляющую извне ходом восстановления нарушенного действия и позволяющую контролировать этот ход.

⁵⁹ Цветкова Л.С. Восстановительное обучение при локальных поражениях мозга. М., 1972.

Расчленение действия, которое до болезни выполнялось автоматически и сокращенным способом (например, оптическое восприятие букв, узнавание звуков речи со слуха, активная разговорная речь), на ряд последовательных операций, которые доступны больному, вынесение их вовне, сначала контроль, а позже и самоконтроль за их выполнением – все это создает возможность больному выполнить нарушенное действие уже в самом начале обучения.

К программам, создаваемым в восстановительном обучении, необходимо выдвинуть ряд требований: избирательность в содержании программы, последовательность в выполнении операций, многократная повторяемость (упражняемость) программы больным в процессе обучения, опора на внешние вспомогательные средства. Все это создает условия для высокой степени активности и самостоятельности больного в преодолении дефектов.

Сначала правильно составленная программа будет являться средством управления для восстановления функции, а после овладения ею – она выступит для больного как средство самоуправления, как способ выполнения тех или иных действий.

Психолого-педагогические принципы:

1. Принцип от простого к сложному.

При этом формальная сложность вербального материала не всегда совпадает с психологической его сложностью при восстановлении речи. Поэтому в каждом конкретном случае должен быть подвергнут тщательному анализу вопрос о сложности материала. Например, при восстановлении понимания речи у больных с сенсорной афазией (локальные поражения вторичных отделов височной доли – человек теряет возможность отчетливо различать звуки речи), необходимо начать работу с восстановления умения слушать и слышать текст, а не слово, которое в этих случаях грубо нарушено. Текст больной воспринимает в целом и понимает контекст. А затем – от контекста и от текста – надо переходить к фразе и только потом к слову.

2. Учет объема и степени разнообразия материала – вербального и картиночного. Объем должен быть «комфортным», то есть не загружать полностью внимание больного и не становиться его предметом.

3. Учет сложности вербального материала, учет объективной и субъективной (для данного больного) частотности лексики, фонетической сложности, длины – слов, фраз, текста.

4. Учет эмоциональной сложности материала. Вербальный (и невербальный) материал должен создавать благоприятный эмоциональный фон для занятий, должен стимулировать положительные эмоции. В некоторых случаях необходимо применение материала, вызывающего резко негативные эмоции у больного (сразу после положительных). Такой «конфликт» нередко создает условия для актуализации слов при афазиях.

Перечисленные принципы восстановительного обучения, являясь его научной основой, предъявляют ряд требований к методам, применяемым в практике обучения больных:

1. Требование адекватности механизму нарушения речи.

2. Требование опосредованности методов, воздействующих на дефект не прямо («в лоб»), а обходя непосредственный дефект с целью его преодоления с опорой на сохранные уровни и звенья в структуре функции, через другие психические процессы и образования – восприятие, память, мышление, предметные представления, эмоционально-волевую сферу, личность.

И наконец, методы должны быть не изолированными, а системными. Системность методов обеспечивает системное воздействие на дефект и ведет к восстановлению не частных речевых операций, а вербального поведения в целом.

Все это позволяет по-новому сформулировать задачи восстановительного обучения:

1. Восстановление не изолированных частных умений и навыков, а восстановление нарушенной функции как психической деятельности.

2. Восстановление функции (частичное или полное), а не приспособление больного к дефекту.

3. Возвращение больного в нормальную социальную среду, а не в упрощенную.

4. Восстановление разных форм деятельности общения.

Заключение.

Самым главным результатом развития клинической психологии в последнее время является то, что научные и практические исследования в этой области больше не нуждаются в доказательстве своей значимости и права на существование.

Это представляет дополнительные возможности, но и дополнительные требования к данной специальности.

Клинический психолог должен быть широко образованным человеком, владеющим хорошим знанием биологии, физиологии, психологии, философии.

Разграничение патопсихологии и психопатологии связано, прежде всего, с тем, что предметом психологического анализа являются закономерности нарушения психики приводящие к психическим расстройствам, а не сами психические расстройства. Она исходит из психологических теорий и разработанных на их основе психологических методов, основная роль которых состоит в решении научных и практических проблем актуальных для медицины.

Нейропсихология как раздел психологической науки опирается на клинко-психологические исследования локальных поражений головного мозга. Главная задача клинической нейропсихологии состоит в изучении нейропсихологических синдромов, возникающих при поражении того или иного участка мозга, а так же в оценке влияния того или иного поражения на познавательные возможности человека и смысловую структуру личности.

Нейропсихологический анализ является одним из оснований естественно-научного подхода в общепсихологическом мировоззрении необходимом каждому психологу.

Данное учебно-методическое пособие может быть использовано при подготовке психологов общего профиля по дисциплине «Клиническая психология».