

ВЫСШЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ

Б. В. ЗЕЙГАРНИК

ПАТОПСИХОЛОГИЯ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

Для студентов высших учебных заведений

2-е издание, стереотипное

Москва

2003

УДК 616.89(075.8)

ББК56.14я73 359

359

Рукопись предоставлена литературно-педагогическим агентством “Кафедра-М”

Зейгарник Б.В.

Патопсихология: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. — 2-е изд., стереотип. — М.: Издательский центр “Академия”, 2003. - 208 с.

Пособие представляет собой изложение основных разделов курса “Патопсихология” - одной из отраслей психологической науки, данные которой имеют теоретическое и практическое значение для психологии и психиатрии. В книге

рассматриваются принципы построения патопсихологического исследования, проблемы нарушения восприятия, мышления, умственной работоспособности и др.

Может быть полезно педагогам и практическим психологам.

ОГЛАВЛЕНИЕ

[Введение.](#)

[Глава I](#)

[Исторический обзор.](#)

[Глава II](#)

[Принципы построения патопсихологического исследования](#)

[Глава III](#)

[Нарушения сознания.](#)

[Глава IV](#)

[Нарушение восприятия.](#)

§ 1. Агнозии.

§ 2. Псевдоагнозии при деменции.

§ 3. Обманы чувств.

§ 4. Нарушение мотивационного компонента восприятия.

Глава V

Расстройства памяти.

§ 1. Нарушение непосредственной памяти.

§ 2. Нарушение динамики мнестической деятельности.

§ 3. Нарушение опосредованной памяти.

§ 4. Нарушение мотивационного компонента памяти.

Глава VI

Нарушения мышления.

§ 1. Нарушение операционной стороны мышления.

§ 2. Нарушение динамики мыслительной деятельности.

§ 3. Нарушение мотивационного компонента мышления.

§ 4. Нарушение критичности мышления.

Глава VII

Нарушения личности.

§ 1. Нарушение опосредованности и иерархии мотивов.

§ 2. Нарушение смыслообразования.

§ 3. Нарушение подконтрольности поведения.

Глава VIII

Нарушения умственной работоспособности.

Глава IX

Значение патопсихологических исследований для вопросов общей психологии.

Литература

ВВЕДЕНИЕ

Патопсихология является отраслью психологической науки. Ее данные имеют теоретическое и практическое значение для психологии и психиатрии. В этом смысле ее можно причислить к пограничным областям знания.

В настоящее время в науке происходит чрезвычайно интенсивный процесс формирования междисциплинарных областей. Существуют такие области, как биохимия, биофизика, химическая радиология и т.п. Этот процесс отпочкования от “материнской” науки, свидетельствующий о ее зрелости, коснулся и психологии; существует инженерная детская, педагогическая, социальная психология, нейропсихология, патопсихология и т.п. Процесс отпочкования пограничных областей знания обусловлен многими причинами, прежде всего научно-техническим прогрессом. В психологии к этим общим причинам добавляется еще одна — роль человеческого фактора. Стало очевидным, что многие, даже частные, проблемы педагогики, медицины и техники нельзя разрешить без учета человеческого фактора.

Отпочковавшись от своей “материнской” науки, междисциплинарные, пограничные области знания остаются, однако, с нею тесно связанными, они подчиняются ее основным закономерностям. Так же, как инженерная или социальная психология, патопсихология является наукой психологической; ее проблематику, ее перспективы и достижения нельзя рассматривать в отрыве от развития и состояния общей психологии.

Пограничные области знания, естественно, испытывают на себе влияние другой граничащей с ней науки, вернее, они вбирают в себя, ассимилируют многие положения, факты научных исследований этой сложной дисциплины.

Признание положения, что патопсихология является психологической дисциплиной, определяет ее предмет и отграничение его от предмета психиатрии.

Психиатрия, как и всякая отрасль медицины, направлена на выяснение причин психической болезни, на исследование синдромов и симптомов, типичных для того или иного заболевания, закономерностей их появления и чередования, на анализ критериев прогноза болезни, на лечение и профилактику болезни.

3

Патопсихология как психологическая дисциплина исходит из закономерностей развития и структуры психики в норме. Она изучает закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме, она изучает закономерности искажений отражательной деятельности мозга. Следовательно, при всей близости объектов исследования психиатрия и патопсихология отличны по своему предмету. Всякое забвение этого положения (т.е. положения о том, что патопсихология является психологической наукой) приводит к размыванию границ этой области знаний, к подмене ее предмета предметом так называемой *малой психиатрии*. Проблемы и задачи, которые патопсихология должна решать своими методами и в своих понятиях, подменяются проблемами, которые подлежат компетенции самих психиатров, что приводит не только к торможению развития патопсихологии, но не приносит пользы самой психиатрии.

Полученные экспериментальные данные, не проанализированные в понятиях психологической теории, “возвращают” клинику лишь по-иному обозначенные факты, которые врачи фиксируют не хуже нас своим клиническим методом. Лишь в том случае, когда анализ результатов патопсихологического эксперимента проводится в понятиях современной материалистической психологической теории, они оказываются полезными клинической практике, не только дополняя ее, но и вскрывая новые факты. Как говорил в свое время известный физик Л.Больцман, самым практичным оказывается хорошая теория.

Забвение положения о том, что патопсихология является психологической наукой, приводит к еще одному нежелательному результату. Из-за недостаточности специалистов-патопсихологов в патопсихологическую работу вливаются специалисты смежных дисциплин, не владеющие ни знаниями в области психологии, ни профессиональными навыками. Патопсихолог должен быть прежде всего психологом, вместе с тем хорошо осведомленным в теоретических основах и практических запросах психиатрической клиники.

Если патопсихологическим исследованием занимаются представители смежных дисциплин, они должны иметь основательную психологическую подготовку. Об этом еще на заре становления патопсихологии говорил представитель школы В.М.Бехтерева К.И.По-варнин: “Исследователи врачи часто считают возможным приступить к экспериментально-

психологическому исследованию душевнобольных, не потрудившись хорошо ознакомиться даже с основами нормальной психологии... При таком отношении к психологическим исследованиям трудно ждать от них удовлетворительных результатов... Ведь душевная жизнь человека

4

— самый сложный во всей природе объект изучения и требует умелого и осторожного подхода во всеоружии психологических знаний” [81; 38—39].

Недостаточная психологическая подготовка может вести к грубым ошибкам — упрощенному представлению о сложных психических явлениях, неправильным выводам. Сложную психологическую действительность, в которой все составляющие слиты воедино, экспериментатор должен умело реорганизовать, выдвигая на передний план изучаемое явление. Знание психологии необходимо не только при выборе способа исследования, но и при анализе результатов. И на это указывал К.И.Поварнин, подчеркивая, что исследователю “мало знать психологию и ее способы исследования теоретически — нужно уметь применить эти знания на практике. Навык к работе, умение подойти к испытуемому, планомерное ведение опыта, бесконечное число мелочей, упускаемых в теоретическом изложении, но крайне важных для дела, могут

быть усвоены только на практике” [81; 42].

Исследования в области патопсихологии имеют: а) теоретическое и б) прикладное значение. Перейдем к первому разделу о роли патопсихологических исследований для теории психологии. Мы остановимся подробно на этом вопросе в заключительной главе, здесь укажем лишь на те направления, в которых эта роль может найти свое выражение.

Прежде всего патологический материал предоставляет возможность проследить строение различных форм психической деятельности. Еще И.П.Павлов указывал на то, что патологическое очень часто упрощает то, что заслонено от нас в норме. На патологическом материале мы часто можем вскрыть те психологические факторы, которые “ответственны” за ту или иную структуру познавательной деятельности больного.

Особенное значение приобретают данные патопсихологических исследований при анализе строения мотивов и потребностей. Мы остановимся на этом позже, здесь следует лишь отметить, что психическое заболевание, разрушая и искажая иерархию мотивов, снижая их смыслообразующую функцию, представляет ценнейшие реальные факты для доказательства и проверки теоретических положений общей психологии. Это возможно потому, что душевная болезнь

приводит часто не только к распаду сформировавшихся процессов, мотивов, потребностей, но и к формированию новых (пусть патологически измененных) мотивов, появлению новых качеств, черт личности. Поэтому использование патологического материала может оказаться полезным при разрешении вопроса о соотношении биологического и социального в развитии психики.

5

Как мы покажем в последующих главах, изменения психической деятельности (как познавательной, так и мотивационно-эмоциональной сферы) не проявляются непосредственно как прямое следствие болезни, а проходят сложный путь формирования и развития. Поэтому анализ жизненного пути заболевшего человека и данных психологического эксперимента является своего рода *генетическим* подходом, позволяющим решить ряд теоретических вопросов.

Другой теоретической проблемой, для которой важны патопсихологические исследования, является проблема распада и развития психики, проблема, поставленная еще в 30-х годах Л.С.Выготским. Многие зарубежные психологи считают, что распад психики является негативом ее развития, т.е. что психические процессы, способности, развивающиеся в процессе созревания мозга, развиваются, пропорционально уменьшаются при его старении или болезни. Данные патопсихологического исследования показали, что это не так. По смыслу учения Сеченова — Павлова психические процессы формируются на основе условных, т.е. прижизненно формирующихся рефлексов. Л.С.Выготский, А.Н.Леонтьев высказали положение, что для человека характерно “социальное наследие”, положение, поддержанное и генетиком Н.П.Дубининым. Иными словами, психическое формируется в результате воспитания и усвоения человеческого опыта, т.е. развитие психики происходит под влиянием социальных факторов; болезнь же, протекая по закономерностям биологическим, создает условия для формирования аномальной психики. Следовательно, и теоретически нельзя предполагать, что распад является негативом развития.

Не менее значимо и прикладное значение психологии. Практические задачи, стоящие перед патопсихологическим исследованием, разнообразны. Прежде всего данные психологического эксперимента могут быть использованы для дифференциально-диагностических целей. Конечно, установление диагноза — дело врача, оно производится не на основании тех или иных лабораторных данных, а на основании комплексного клинического исследования. Однако в психологических лабораториях накоплены экспериментальные данные, характеризующие нарушения психических процессов при различных формах заболеваний, которые могут служить дополнительным материалом при установлении диагноза. Так, например, при клинической оценке психического состояния больного нередко возникает необходимость ограничения астенического

состояния органической природы от состояния шизофренической вялости. Замедленность психических процессов, плохое запоминание и воспроизведение предъявленного материала,

6

выявление зависимости этих нарушений от истощаемости — все это обнаруживается чаще при органическом заболевании, в то время как непоследовательность суждений при отсутствии истощаемости, разноплановость мышления при хорошем запоминании чаще наблюдается при шизофреническом процессе.

Перед психологическим экспериментом может быть поставлена задача анализа структуры, установления степени психических нарушений больного, его интеллектуального снижения вне зависимости от дифференциально-диагностической задачи, например при установлении качества ремиссии, при учете эффективности лечения.

В настоящее время, когда в клиническую практику внедряется большое количество новых терапевтических средств, применение адекватных психологических исследований помогает определить характер действий этих средств. Ряд экспериментально-

психологических приемов может быть использован в качестве индикаторов при психофармакологических пробах.

Методические приемы экспериментальной патопсихологии применяются в настоящее время не только в психоневрологической практике. Учет сдвигов в психическом состоянии больного, изменения его работоспособности, его личностных особенностей становится необходимым и в терапевтических, хирургических клиниках, а также в области профессиональной гигиены.

Особенно большое значение приобретают данные экспериментальной патопсихологии при решении вопросов психиатрической экспертизы: трудовой, судебной и воинской.

Задачи, которые ставит перед психологом судебно-психиатрическая экспертиза, разнообразны и носят сложный характер. Установление диагностических критериев, анализ степени снижения усложняются особым отношением больного к самому акту экспертизы, сознательно принятой “позицией” как к эксперименту, так и к травмирующей ситуации, или реактивными наложениями. Нередко встает задача нахождения критерия для определения симуляции болезненных проявлений, например для разграничения истинной не критичности от симулятивного поведения (исследование И.И.Кожуховской).

При проведении трудовой экспертизы необходимо учитывать соотношение полученных результатов исследования с требованиями профессии больного.

В настоящее время особенное развитие получил социальный аспект психиатрии. Существует даже термин “социальная психиатрия”. В этом направлении идут многие исследования наших отечественных и зарубежных психологов и психиатров. Выявилось,

7

что снижение работоспособности душевнобольного человека далеко не всегда соответствует степени изменения его психических процессов (работы В.М.Когана, Э.А.Коробковой, Д.Е.Мелехова, С.Я.Рубинштейн, А.Б.Халфиной, Т.С.Кабаченко и др.). Широко встает вопрос не только о восстановлении работоспособности, но и о предупреждении такого снижения. Данные психологического исследования, выявляющие изменения деятельности больного человека, его жизненной позиции, его отношения к окружающим, приобретают большой удельный вес в этой работе.

За последнее время обозначилась еще одна сфера влияния

патопсихолога в клинической практике — это участие в психотерапевтической работе. Этот раздел работы, широко развитый в зарубежной клинической психологии, в настоящее время получает свое распространение и в отечественной. Делается попытка обоснования психологических рекомендаций для проведения психотерапии (например, при лечении неврозов, алкоголизма).

Особое место занимает использование патопсихологического эксперимента в психиатрической клинике детского возраста. Наряду с задачей дифференциальной диагностики, установлением степени снижения и учета эффективности лечения встает специфический для детской психиатрической клиники вопрос о прогнозе обучаемости и связанный с ним вопрос об отборе детей в специальные школы.

Особенно ценным в этом отношении оказывается динамическое прослеживание детей, оно даст возможность проанализировать данные патопсихологом прогностические оценки обучаемости ребенка и осмыслить те теоретические принципы, на которых прогноз базировался. Однако задачи патопсихологической работы в клинике детского возраста не исчерпываются поисками критериев диагностики и обучаемости. В этой области проводится большая

коррекционная работа. Она касается как восстановления отдельных нарушенных функций, так и коррекции нарушенного развития в целом (например, с помощью игротерапии).

Следует отметить, что экспериментальные факты, накопленные патопсихологами при решении обозначенных практических задач, могут оказаться полезными при решении ряда теоретических вопросов. Дело в том, что клинические задачи требуют почти всегда динамического исследования, которое дает возможность проредить условия, при которых выступает то или иное психопатологическое явление. Именно эта “заданность” условий помогает проследить формирование того или иного симптома, вскрыть его природу, например формирование патологической потребности, искажения мотивов, интересов и т.п.

8

ГЛАВА I

ИСТОРИЧЕСКИЙ ОБЗОР

История патопсихологии связана с развитием психиатрии, неврологий и экспериментальной психологии.

В конце XIX века психология стала постепенно утрачивать характер умозрительной науки, в ее исследования вносятся методы естествознания. Экспериментальные методы В.Вундта и его учеников проникли в психиатрические клиники — клинику Э.Крепелина (1879), в крупнейшую психиатрическую клинику Франции в Сальпетриере (1890), где должность заведующего лабораторией более 50 лет занимал П.Жане; экспериментально-психологические лаборатории были открыты и в психиатрических клиниках России — лаборатория В.М.Бехтерева в Казани (1885), С.С.Корсакова в Москве (1886), затем лаборатории В.Ф.Чижова в Юрьеве, И.А.Сикорского в Киеве и др.

Уже на рубеже нашего века некоторые ученые говорят о возникновении новой отрасли психологической науки. Так, В.М.Бехтерев пишет в 1904 г.: “Новейшие успехи психиатрии, обязанные в значительной степени клиническому изучению

психических расстройств у постели больного, послужили основой особого отдела знаний, известного под названием *патологической психологии* (курсив наш. — Б.З.), которая уже привела к разрешению весьма многих психологических проблем и от которой, без сомнения, еще большего в этом отношении можно ожидать в будущем” [6; 12—13].

Расстройства психики рассматривались как эксперимент природы, причем затрагивающий большей частью сложные психологические явления, к которым экспериментальная психология еще не имела подхода. “Болезнь превращается в тонкое орудие анализа, — писал Р.Рибо, — она производит для нас опыты, никаким другим путем не осуществимые” [87; 61].

В одной из первых обобщающих работ по патопсихологии — “Психопатология в применении к психологии” — швейцарский психиатр Г.Штёрринг писал, что изменение в результате болезни того или иного составного элемента душевной жизни дает

9

возможность узнать, в каких явлениях он принимает участие и какое значение имеет для явлений, в состав которых входит. Патологический материя способствует постановке новых проблем в общей психологии, чем содействует ее развитию. Кроме того, патологические явления могут служить критерием при оценке психологических теорий.

Таким образом, у самых истоков новой отрасли психологической науки, когда еще не был накоплен достаточный конкретный материал, ученые видели ее значение, выходящее за рамки прикладной к психиатрии науки. Приветствуя появление работы Г.Штёрринга, в предисловии к ее русскому изданию (1903) В.М.Бехтерев писал: “...Патологические проявления душевной деятельности представляют собой, в сущности, не что иное, как отклонения и видоизменения нормальных проявлений душевной деятельности, подчиняющейся тем же основным законам, как и последние” [777].

В 20-х годах нашего столетия появляются работы по медицинской психологии известных зарубежных психиатров: “Медицинская психология” Э.Кречмера [49], трактующая проблемы распада и развития с неприемлемых для нас позиций конституционализма,

и “Медицинская психология” П.Жане [128], в которой

автор останавливается на проблемах психотерапии.

Развитие отечественной патопсихологии отличалось наличием прочных естественно-научных традиций. И.М.Сеченов придавал большое значение сближению психологии и психиатрии. В письме М.А.Боковой в 1876 г. он указывал, что приступает к созданию медицинской психологии, которую называл своей “лебединой песней”. Он писал о психологии: “Наука эта, очевидно, становится основой психиатрии, все равно как физиология лежит в основе патологии тела” (цит. по В.М.Каганову [34; 101]).

Однако И.М.Сеченову не пришлось развить новой отрасли психологии. Основоположником патопсихологического направления в России являлся В.М.Бехтерев, организатор широких экспериментально-психологических исследований нарушений психической деятельности.

Представитель рефлекторной концепции В.М.Бехтерев изгнал интроспекцию из сферы науки, объявив единственно научным методом объективный, что было его огромной заслугой в период засилья субъективно-идеалистической психологии. Но, как известно, логика борьбы с интроспективной психологией привела В.М.Бехтерева, не овладевшего диалектическим материализмом, к абсолютизации внешних проявлений психики, к отказу не только от употребления психологической терминологии, но и от попы-

10

ток проникновения в субъективный мир, к созданию рефлексологии. И это не могло не отразиться на патопсихологических исследованиях его учеников и сотрудников: рефлексологический принцип лишал исследования собственно психологического анализа объективных проявлений психики. Поэтому больший интерес представляют протокольные записи работ школы В.М.Бехтерева, чем сам их анализ: объективное исследование требовало по возможности охватывать “ всю совокупность фактов внешнего проявления невропсихики и сопутствующих условий...” [7; 592].

Кроме того, большинство патопсихологических исследований было осуществлено в дорефлектологический период творчества В.М.Бехтерева, в лаборатории и клинике душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии в Петербурге.

О диапазоне патопсихологических исследований можно судить по докторским диссертациям, выполненным под руководством В.М.Бехтерева: “Экспериментально-психологические исследования над больными с нарастающим паралическим слабоумием” Л.С.Павловской (1907); “Клинические и экспериментально-психологические исследования речевой функции” М.И.Астваца-турова (1908); “Характер ассоциаций у больных с хроническим первичным помешательством” К.Н.Завадовского (1909);

“О процессах сосредоточения (внимания) у слабоумных душевнобольных” А.В.Ильина (1909); “Экспериментально-психологические исследования в маниакально-меланхолическом психозе” Л.Г.Гутмана (1909); “Объективно-психологическое исследование творчества и других интеллектуальных функций у душевнобольных” В.В.Абрамова (1911) и др.

В работах школы В.М.Бехтерева получен богатый конкретный материал об особенностях ассоциативной деятельности, мышления, речи, внимания, умственной работоспособности у разных категорий больных сравнительно со здоровыми соответствующего возраста, пола и образования, представляющий интерес как исторический факт “деятельностного” подхода к психическим явлениям¹.

Уход от собственно психологического анализа фактически противоречил выдвинутому В.М.Бехтеревым принципу личностного

¹ Психологическая система В.М. Бехтерева по существу порывала с традиционным функционализмом. Вместо изучения отдельных психических функций предлагалось экспериментально исследовать различные виды деятельности, показывающие, как больным производятся оживление впечатлений из разных периодов жизни, знакомой и незнакомой обстановки; оценка зрительных или слуховых впечатлений, определение сходства и различия между объектами и т.п.

11

подхода: “...Личность больного и ее отношение к эксперименту ничуть не оставляется экспериментатором без внимания... Все, что может дать объективное наблюдение за больным, начиная с мимики и кончая заявлениями и поведением больного, должно быть принято во внимание... оцениваемо в связи со всеми условиями эксперимента, не исключая и непосредственно предшествующих опыту” [7; 593]. Это противоречие приводило к тому, что вопреки принципам рефлексологии в конкретные исследования представителей школы В.М.Бехтерева пробивался психологический анализ. Примером может служить вышедшая в 1907 г. работа М.И.Астваца-турова “О проявлении негативизма в речи” [3]. Речь больного в этом исследовании анализируется в системе целостного поведения, сопоставляются особенности речи в экспериментальной беседе с речью больного в иных обстоятельствах, подчеркивается, что сходные речевые реакции могут иметь различную природу.

Принятый в школе В.М.Бехтерева принцип качественного анализа нарушений психологической деятельности стал традицией отечественной психологии.

В.М.Бехтеревым, С.Д.Владычко, В.Я.Анфимовым и другими представителями школы было разработано множество методик экспериментально-психологического исследования душевнобольных, некоторые из которых (методика сравнения понятий, определения понятий) вошли в число наиболее употребляемых в советской патопсихологии.

Сохранили значение для современной науки сформулированные В.М.Бехтеревым и С.Д.Владычко требования к методикам: 1) простота (для решения экспериментальных задач испытуемые не должны обладать особыми знаниями, навыками); 2) портативность (возможность исследования непосредственно у постели больного, вне лабораторной обстановки); 3) предварительное испытание методики на большом количестве здоровых людей соответствующего возраста, пола, образования.

Видную роль в определении направления отечественной экспериментальной психологии сыграл ученик В.М.Бехтерева А.Ф.Лазурский, заведующий психологической лабораторией в основанном В.М.Бехтеревым Психоневрологическом институте, организатор собственной психологической школы. В предисловии к книге А.Ф.Лазурского “Психология общая и экспериментальная” Л.С.Выготский писал, что А.Ф.Лазурский относится к тем исследователям, которые были на пути превращения психологии эмпирической в научную.

Разрабатывая главным образом вопросы индивидуальной и педагогической психологии, А.Ф.Лазурский придавал большое

12

значение патопсихологии: “...Данные, добытые патологией души, заставили пересмотреть, а во многих случаях и подвергнуть основательной переработке многие важные отделы нормальной психологии” [52; 665]; патология дает “возможность рассматривать душевные свойства человека как бы сквозь увеличительное стекло, делающее для нас ясным такие подробности, о существовании которых у нормальных субъектов можно только догадываться” [52; 664].

А.Ф.Лазурский был новатором в экспериментально-методической области: он раздвинул границы эксперимента в психологии, применяя его в обычных условиях повседневной жизни, и сделал предметом экспериментального исследования конкретные формы деятельности и сложные проявления личности. Естественный эксперимент, разработанный А.Ф.Лазурским, вначале для педагогической психологии, был внедрен в клинику. Конечно, осуществление такого эксперимента в условиях клиники было намного сложнее, чем в школе, где в ходе обычной учебной деятельности можно определенным образом строить программу урока, давать экспериментальные задания. В клинике “естественный эксперимент” применялся в ходе организации досуга больных, их занятий и развлечений — со специальной целью давались счетные задачи, ребусы, загадки, задания по восполнению пропущенных букв и слогов в тексте и др.

Вторым центром, в котором развивалась клиническая психология, была психиатрическая клиника С.С.Корсакова в Москве. В этой клинике была организована с 1886 г. вторая в России психологическая лаборатория, которой заведовал

А.А.Токарский. Как и все представители прогрессивных направлений в психиатрии, С.С.Корсаков придерживался того мнения, что знание основ психологической науки дает возможность правильного понимания распада психической деятельности душевнобольного человека. Не случайно он начинал чтение курса психиатрии с изложения основ психологии. Подобных традиций придерживались и последователи С.С.Корсакова — В.П.Сербский, А.Н.Бернштейн и др.

В работах, вышедших из клиники С.С.Корсакова, содержатся положения, вносящие ценный вклад в теорию психологической науки. Статья сотрудника С.С.Корсакова, А.А.Токарского [108] “О глупости” содержит интересный анализ структуры слабоумия, подводит к мысли о том, что нарушения интеллектуальной деятельности больных не сводится к распаду отдельных способностей, а что речь идет о сложных формах нарушений всей целенаправленной мыслительной деятельности.

13

Интерес к экспериментальной психологии проявляется и в том, что ряд заседаний Московского общества психиатров был посвящен ознакомлению с методами психологического исследования.

В 1911 г. вышла книга А.Н.Бернштейна, посвященная описанию методик экспериментально-психологического исследования; в том же году Ф.Г.Рыбаков издал свой “Атлас психологического исследования личности”. Таким образом, в канун Великой Октябрьской социалистической революции в России начала формироваться психологическая область знания — экспериментальная патопсихология.

Следует подчеркнуть большое содружество ведущих психиатров и невропатологов того времени с психологами. Многие из них, например С.С.Корсаков, В.М.Бехтерев, А.И.Сербский, Г.И.Россолимо, А.Н.Бернштейн, В.А.Гиляровский, были сами проводниками передовых идей психологии своего времени и содействовали развитию психологии и в научно-организационном направлении. Они начинали свои лекции с основ психологической науки, были членами психологических научных обществ, редакторами психологических журналов и т.п.

Интересно отметить, что в дальнейшем, именно на психоневрологических съездах, прозвучали первые доклады советских психологов-материалистов, выступавших за построение марксистской психологии. На I психоневрологическом съезде в Москве выступил со своим докладом “Современная психология и марксизм” Л.С.Выготский.

Это содружество во многом определило характер психологических исследований и пути их дальнейшего развития. Тесная связь с клинической практикой и тенденция теоретически осмыслить добываемые факты избавляли патопсихологию уже в то

время от голого эмпиризма и спекулятивных построений, которые характерны и сейчас для патопсихологии многих зарубежных стран.

Развитие патопсихологии после Великой Октябрьской социалистической революции шло в русле общего развития психологии как науки, строящейся на фундаменте марксистско-ленинской философии.

Большую роль в становлении патопсихологии как определенной области знаний сыграли идеи о предметной деятельности выдающегося советского психолога Л.С.Выготского, которые были в дальнейшем развиты в общей психологии его учениками и сотрудниками А.Н.Леонтьевым, А.Р.Лурия, П.Я.Гальпериним, Л.И.Божович, А.В.Запорожцем и др.

14

Л.С.Выготский высказал положения, что: 1) мозг человека располагает иными принципами организации функций, нежели мозга: животного; 2) развитие высших психических функций

не предопределено одной лишь морфологической структурой мозга; психические процессы не возникают в результате одного лишь созревания мозговых структур, они формируются прижизненно

в результате обучения, воспитания, общения и присвоения опыта человечества; 3) поражение одних и тех же зон коры имеет разное значение на разных этапах психического развития. Эти положения во многом определили путь патопсихологических и нейропсихо-логических исследований. Психические функции являются, по выражению А.Р.Лурия, сформированными по своему генезу и опосредованными по структуре.

Сам Л.С.Выготский положил своими экспериментальными исследованиями начало изучению распада мышления. Следует

отметить, что Л.С.Выготский использовал данные патопсихологических исследований для построения своей теории о высших

психических функциях и в своей принципиальной дискуссии с

К.Левином [17; Ш].

Интенсивные экспериментально-психологические исследования проводились в Ленинградском институте мозга им. В.М.Бехтерева на протяжении нескольких десятилетий под руководством В.Н.Мясищева. Следуя традиции В.М.Бехтерева, В.Н.Мясищев стремился к сочетанию психиатрии и психологии и внедрению объективных методов исследования больных в психиатрические клиники. Были разработаны методики объективной регистрации эмоциональных компонентов психической деятельности человека (в качестве объективного показателя использовалась электрокожная характеристика человека (ЭКХ), регистрируемая с помощью гальванометра).

Ряд работ, выполненных в отделе психологии Ленинградского института мозга, был посвящен анализу строения трудовой деятельности больных, изучению влияния отношения больных к труду на их трудоспособность. 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.

В эти же годы был проведен ряд крупных исследований в психологической лаборатории Центрального научно-исследователь-

15

ского института экспертизы трудоспособности, созданного впервые в мире в СССР.

Из этой лаборатории вышли работы, посвященные особенностям интеллектуальной деятельности больных, перенесших травмы головного мозга, характеристике психической деятельности и

трудоспособности больных эпилепсией и шизофренией.

Значение этого цикла работ выходит за пределы их узко экспертного применения. Анализируя нарушения трудоспособности, сотрудники ЦИЭТИНа уделяли много внимания исследованию разных форм психической активности.

В годы Великой Отечественной войны патопсихологи включились в восстановительную работу в нейрохирургических госпиталях. Предметом патопсихологических исследований становятся нарушения психической деятельности, вызванные травмами головного мозга, и их восстановление.

Одной из ведущих проблем в области патопсихологии является проблема распада познавательной деятельности. Работа в этой области ведется в разных направлениях: исследуются изменения личностного компонента в структуре расстройств познавательных процессов (лаборатория Московского института психиатрии и лаборатория патопсихологии факультета психологии МГУ), разрабатывается вопрос о связи нарушений познавательных процессов с процессом актуализации знаний (лаборатория Института психиатрии Академии медицинских наук). Другая линия исследований направлена на психологический анализ наблюдаемых в психиатрической клинике нарушений личности.

Изменяя психическую деятельность человека, болезнь приводит к различным формам патологии личностных особенностей. В психиатрической литературе имеются исключительные по яркости и правдивости описания нарушений личности, характерные для различных заболеваний и состояний. Однако анализ этих нарушений проводится в основном в терминах житейской либо устаревшей эмпирической психологии. Поэтому исследование личностных сдвигов в понятиях современной материалистической психологии является в настоящее время одной из наиболее перспективных задач. Эти исследования нужны не только психиатрической практике, они полезны и для разрешения теоретических вопросов психологии личности.

В настоящее время широко проводятся исследования изменений иерархического построения мотивов, их смыслообразующей функции; исследуется так называемая *внутренняя картина*

болезни при разных психических заболеваниях (лаборатория патопсихологии факультета психологии МГУ, патопсихологическая

16

лаборатория Московского института психиатрии). Используя теорию установки Д.Н.Узнадзе, ряд психологов и психиатров Грузии изучают нарушения установки при различных формах психических заболеваний.

Все эти исследования позволяют подойти к изучению поставленного в свое время Л.С.Выготским вопроса о соотношении развития и распада психики, вопроса, имеющего методологическое значение.

Значительно расширились за последнее время патопсихологические исследования в экспертной практике: судебно-психиатрической и трудовой.

Проблема трудовой и социальной реабилитации привлекает сейчас внимание представителей разных специальностей; расширяется сеть лабораторий по восстановлению как отдельных нарушений функций, так и работоспособности больных людей. Участие психологов становится сейчас не только необходимым, но часто ведущим фактором как в восстановительной работе, так и в области профилактики психических заболеваний.

Особое развитие получили патопсихологические исследования в детских психоневрологических учреждениях. Разрабатываются методики, способствующие ранней диагностике умственной

отсталости; проводится анализ сложных картин слабоумия и недоразвития в детском возрасте с целью поисков дополнительных дифференциально-диагностических признаков и симптомов; на основе положения Л.С.Выготского о *зоне ближайшего развития* разрабатывается ряд методик *обучающего эксперимента*, направленных на выявление прогностически важных признаков обучаемости детей (психологическая лаборатория психоневрологической больницы № 6).

Наряду с научно-исследовательской работой за последние годы проводится большая работа по разработке и апробации методов исследования, которые опубликованы в ряде методических писем и пособий: методическое письмо Московского института психиатрии “Об экспериментально-психологических исследованиях больных в психоневрологических учреждениях”; “Врачебно-трудовая экспертиза и трудоустройство больных шизофренией” И.Н.Дукельской и Э.А.Коробковой; руководство по психологическому исследованию психически больных детей” М.П.Кононовой; “Введение в медицинскую психологию” М.С.Лебединского и В.Н.Мясищева; методические пособия С.Я.Рубинштейн, А.Я.Ивановой, Л.Н.Поперечной, С.В.Лонгиновой.

Рост исследовательской и практической работы, в области экспериментальной патопсихологии проявляет себя и в том что при,.

17

научных обществах как психологов, так и психиатров и невропатологов существуют секции, объединяющие и координирующие исследования в области патопсихологии. На всесоюзных съездах психологов (1959, 1963 и 1971 гг.) были широко представлены доклады патопсихологов, которые концентрировались вокруг следующих проблем: 1) значение патопсихологии для теории общей психологии; 2) проблема компенсации; 3) проблема патологии мышления и личности. Аналогичные симпозиумы были организованы и на состоявшихся Международных конгрессах психологов (Москва — 1966 г., Лондон — 1969 г., Токио — 1972 г.).

В последнее время становится особенно заметным рост молодых специалистов-патопсихологов, работающих как в научных, так и практических учреждениях. Этому способствует специализация части студентов факультетов психологии по патопсихологии.

Таким образом, в настоящее время у нас развивается психологическая область знания, имеющая свой предмет, свои методы, свои теоретические и практические задачи, — экспериментальная патопсихология.

18

ГЛАВА II

ПРИНЦИПЫ ПОСТРОЕНИЯ

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Как и всякая область психологической науки, патопсихология использует метод эксперимента. Приемы патопсихологического исследования зависят от тех принципиальных общепсихологических теоретических установок, на которых они базируются. Поэтому выбор конкретных путей психологического исследования является проблемой не только методического, но и методологического характера. Для того чтобы понять особенности патопсихологического эксперимента, необходимо остановиться в нескольких словах на методах исследования общей психологии. Метод эксперимента не является единственным путем познания в психологии. Он стал главенствующим по мере развития психологии как точной науки и связи с ее общими теоретическими положениями.

Как известно, внимание психологов-рационалистов было направлено на разграничение в психике человека отдельных “душевных способностей”, каждая из которых по-своему перерабатывает получаемый извне материал. Психология сводилась к описанию работы этих способностей.

Умозрительное описание внутреннего мира человека получило свое отражение не только у психологов-рационалистов. Оно нашло свое место у представителей так называемой *понимающей* психологии (Э.Шпрангер, В.Дильтей). Отрицая дробление психики на отдельные процессы или функции, признавая неделимость, единство психического, представители этого направления отказываются от научного исследования психического, считая, что если природу можно объяснить, то психику

можно только понять. Эти *положения понимающей* психологии нашли свое отражение в концепции психологов-экзистенциалистов.

На практике это означает, что психолог должен ограничиться лишь наблюдением за поведением субъекта, регистрацией его высказываний и самонаблюдений и отказаться от эксперимента, от возможности изменения условий и деятельности, от которых

19

зависит протекание того или иного процесса. По существу, психолог-экзистенциалист стремится описывать явление, но не проникать в его сущность.

Пришедшая на смену рационалистической эмпирической психологии принесла с собой иное понимание метода исследования. С развитием эмпирической психологии, развитием психофизиологии начинает внедряться в психологию метод эксперимента (В.Вундт, Г.Эббингауз, Э.Титченер), проникающий в практику неврологии и психиатрии. В крупнейших клиниках (В.М.Бехтерева в Ленинграде, Э.Крепелина в Лейпциге, С.С.Корсакова в Москве) открываются психологические лаборатории.

Принципы методических приемов, используемых в лабораториях, различны. Кратко остановимся на них.

Долгое время в клиниках господствовал метод количественного измерения психических процессов, метод, который основывался на вундтовской психологии. Взгляд на психические процессы как на врожденные способности, которые лишь количественно меняются при развитии, привел к идее о возможности создания *измерительной* психологии. Экспериментальное исследование психических процессов сводилось к установлению лишь его количественной характеристики, точнее, к измерению отдельных психических способностей.

Принцип количественного измерения врожденных способностей лег в основу психологических методов исследования в психиатрических и неврологических клиниках. Исследование распада какой-нибудь функции состояло в установлении степени количественного отклонения от ее *нормального стандарта*.

В 1910 г. виднейший невропатолог Г.И.Россолимо разработал систему психологических экспериментов, которая якобы, по его мнению, позволяла установить уровень отдельных психических функций — *психологический профиль субъекта*. По

мнению автора, различные патологические состояния мозга вызывали определенные типичные *профили изменения психодинамики*. В основе этого метода лежала концепция эмпирической психологии о существовании врожденных изолированных способностей. Эта ложная теория так же, как и упрощенный количественный подход к анализу нарушений психической деятельности, не могла обеспечить внедрения методов, адекватных запросам клинической практики, хотя сама попытка приблизить психологию к решению клинических задач была прогрессивной для своего времени.

Метод количественного измерения отдельных психических функций достиг своей крайней выраженности в тестовых исследованиях Бине — Симона, которые были вначале направлены на выявление

20

уровня умственных способностей. Измерительные тестовые исследования базировались на концепции, согласно которой умственные способности ребенка фатально предопределены наследственным фактором и в малой степени зависят от обучения и воспитания. Каждому ребенку свойствен определенный, более или менее постоянный возрастной интеллектуальный коэффициент (JQ).

Задачи, которые предлагались детям, требовали для своего решения определенных знаний, навыков и позволяли судить в лучшем случае о количестве приобретенных знаний, а не о строении и качественных особенностях их умственной деятельности.

Подобные исследования, направленные на чисто количественные измерения, не позволяют прогнозировать дальнейшее развитие ребенка. А между тем с помощью этих тестов проводилось и сейчас проводится в некоторых странах отделение детей, якобы “способных” от рождения, от других, задержка умственного развития которых объявлялась зависящей тоже от врожденных особенностей. Метод тестов был использован и у нас в стране в так называемых педологических исследованиях детей в школах. Они были справедливо осуждены постановлением ЦК ВКП(б) от 4 июля 1936 г. как лженаучные.

Метод количественного измерения остается до настоящего времени ведущим в работе многих клинических психологов за рубежом. В многочисленных опубликованных за последние годы монографиях и статьях, посвященных экспериментально-психологическому исследованию больных, приводятся методы подобных тестовых исследований вплоть до вычисления JQ [140].

При исследовании больных методами, направленными на измерение функций, не могут быть учтены ни особенности умственной деятельности, ни качественная сторона нарушения, ни возможности компенсации, анализ которых столь необходим при разрешении клинических задач.

Путем измерения выявляются лишь конечные результаты работы, сам же процесс ее, отношение испытуемого к заданию, мотивы, побудившие испытуемого избрать тот или иной способ действия, личностные установки, желания — словом, все многообразие качественных особенностей деятельности испытуемого не может быть обнаружено.

Наряду с чисто количественным методом за последние годы в зарубежной психологии намечается тенденция к использованию методик, которые направлены лишь на выявление личности.

Представители этого направления используют в своих исследованиях так называемые *прожективные* методы. Задание, которое предлагается испытуемому, не предусматривает каких-либо

21

определенных способов решения. В отличие от теста, который требует выполнения задачи соответственно определенным условиям, “прожективный” метод использует любую задачу лишь как повод для того, чтобы испытуемый мог проявить свои переживания, особенности своей личности и характера.

В качестве конкретной методики применяется описание картин с неопределенным сюжетом (“Thematic Apperception Test”, сокращенно ТАТ). “Чернильные пятна” Роршаха, которые представляют собой различные симметрично расположенные конфигурации самого причудливого вида. Сюжетные картинки, предлагаемые для описания, представляют собой изображение действий или поз персонажей. Испытуемый должен описать картинку, рассказать, что на ней нарисовано, о чем думают, что переживают изображенные персонажи, что с ними произойдет, что предшествовало изображенному событию. При этом, по мнению некоторых авторов “прожективного метода”, происходит известное отождествление испытуемого с изображенным персонажем. По выражению французского психолога А. Омбредана, “личность отражается с помощью этого метода, как объект на экране” (отсюда и название “прожективный”). Этот метод часто называют “клиническим подходом к психике здорового человека”.

Таким образом, *прожективный* метод, являющийся по существу своему антиподом метода измерения, по замыслу его авторов должен предоставить возможность качественной оценки поведения испытуемого. Если тестовый метод направлен на

оценку результатов работы, то при *прожективном* методе сама проблема ошибочного или правильного решения вообще не возникает. Исследователь, применяющий *прожективный* метод, обращает внимание не на допущенные ошибки или на правильные решения, а на личностные реакции испытуемого, на характер возникающих при этом ассоциаций.

Если проанализировать, о каких личностных переживаниях и установках идет речь, то оказывается, что исследователи пытаются вскрыть при помощи этого метода *бессознательные, скрытые* мотивы и желания больного. Отдельные особенности восприятия испытуемого (например, видит ли он объекты в движении или в покое, обращает ли он внимание при описании пятен Роршаха на крупные части рисунков или на мелкие детали и т.п.) интерпретируются как показатели личностных особенностей.

Таким образом, этот метод должен в противоположность количественному измерению отдельных функций дать возможность качественного анализа целостной личности. Рациональное зерно, содержащееся в “прожективном” методе, должно безусловно

22

быть использовано. Однако выявление с его помощью переживания, особенности не могут служить индикаторами строения личности, устойчивой иерархии ее мотивов и потребностей. Прожективные методы должны сами стать объектом исследования.

Остановимся на принципах экспериментально-психологического исследования в советской патопсихологии. Положение материалистической психологии о том, что психические процессы являются не врожденными способностями, а прижизненно формирующимися видами деятельности, требует, чтобы психологический эксперимент давал возможность исследовать психические нарушения как *нарушения деятельности*. Он должен быть направлен на качественный анализ различных форм распада психики, на раскрытие механизмов нарушенной деятельности и на возможности ее восстановления. Если речь идет о нарушениях познавательных процессов, то экспериментальные приемы должны показать, как распадаются те или иные мыслительные операции больного, которые сформировались в процессе его жизнедеятельности, как видоизменяется процесс приобретения новых связей, в какой форме искажается возможность пользования системой старых, образовавшихся в прежнем опыте связей. Исходя из того, что всякий психический процесс обладает известной динамикой и направленностью, следует так построить экспериментальное исследование, чтобы оно отразило сохранность или нарушение этих параметров. Таким образом, результаты эксперимента должны дать не столько количественную, сколько качественную характеристику распада психики. Мы не будем в дальнейшем останавливаться на описании конкретных методик.

Они изложены в книге С.Я.Рубинштейн “Экспериментальные методики патопсихологии” [94].

Само собой разумеется, что полученные экспериментальные данные должны быть надежны, что статистическая обработка материала должна быть использована там, где поставленная задача этого требует и допускает, но количественный анализ не должен ни заменить, ни оттеснить качественную характеристику экспериментальных данных. Количественный анализ допустим тогда, когда проведена тщательная качественная психологическая квалификация фактов. Прежде чем приступить к измерению, надо установить, что измеряется.

Следует согласиться с замечанием А.Н.Леонтьева, сделанным в его статье “О некоторых перспективных проблемах советской психологии”, что не надо сближать научно обоснованные эксперименты, “дающие возможность качественной оценки, с так

23

называемыми тестами умственной одаренности, практика применения которых не только справедливо осуждена у нас, но вызывает сейчас возражения и во многих других странах мира” [58; 14].

Идея о том, что один лишь количественный анализ не может оказаться пригодным при решении ряда задач, связанных с деятельностью человека, находит свое признание среди ряда ученых зарубежных стран. Так, один из видных американских специалистов в области управления профессор А.Заде пишет, что “точный количественный анализ поведения гуманистических систем не имеет, по-видимому, большого практического значения в реальных социальных, экономических и других задачах, связанных с участием одного человека или группы людей” [25; 7]. Больше того, он подчеркивает, что “способность оперировать нечеткими множествами и вытекающая из нее способность оценивать информацию является одним из наиболее ценных качеств человеческого разума, которое фундаментальным образом отличает человеческий разум от так называемого машинного разума, приписываемого существующим вычислительным машинам” [25; 8].

Следовательно, основным принципом построения психологического эксперимента является принцип качественного анализа особенностей протекания психических процессов больного в противоположность задаче лишь одного количественного их измерения. Важно не только то, какой трудности или какого объема задание больной осмыслил или выполнил, но и то, как он осмыслял, чем были обусловлены его ошибки и затруднения. Именно анализ ошибок, возникающих у больных в процессе выполнения экспериментальных заданий, представляет собой интересный и показательный материал для оценки того или иного нарушения психической деятельности больных.

Один и тот же патопсихологический симптом может оказаться обусловленным различными механизмами, он может оказаться индикатором различных состояний. Так, например, нарушение опосредованной памяти или нестойкость суждений могут возникнуть вследствие нарушенной умственной работоспособности больного (как это имеет место при астениях разного органического генеза), оно может быть обусловлено нарушением целенаправленности мотивов (например, при поражениях лобных разделов мозга), оно может быть проявлением дезавтоматизации действий (при сосудистых изменениях мозга, эпилепсии).

Характер нарушений не является патогномичным, т.е. специфичным для того или иного заболевания; он является лишь типичным для них и должен быть оценен в комплексе с данными целостного патопсихологического исследования.

24

Психологическое исследование в клинике может быть приравнено к “функциональной пробе” — методу, широко используемому в медицинской практике и состоящему в испытании деятельности какого-нибудь органа. В ситуации психологического эксперимента роль “функциональной пробы” могут играть такие экспериментальные задачи, которые в состоянии актуализировать умственные операции, которыми пользуется человек в своей жизнедеятельности, его мотивы, побуждающие эту деятельность.

Следует подчеркнуть, что патопсихологический эксперимент должен актуализировать не только умственные операции больного, но и его личностное отношение. Еще в 1936 г. В.Н.Мясищев выдвинул эту проблему в своей статье “Работоспособность и болезнь личности” [74]. Он указывает, что психическое и психопатологическое явление может быть понято на основе учета отношения человека к работе его мотивов и целей, отношения к самому себе, требований к себе, к результату работы и т.д. Такой подход к психологическим проявлениям требует, как об этом говорит В.Н.Мясищев, знания и изучения психологии личности.

Этот подход диктуется и правильным пониманием детерминации психической деятельности. Говоря о механизмах детерминации психического, С.Л.Рубинштейн подчеркивал, что внешние условия не определяют непосредственно поведение и поступки человека, что причина действует “через внутренние условия”. Это означает, что суждения, действия, поступки человека не являются непосредственной реакцией на внешние раздражители, а что они опосредуются его установками, мотивами, потребностями. Эти установки складываются прижизненно под влиянием воспитания и обучения, но, сформировавшись, они сами определяют действия и поступки человека, здорового и больного.

Отношения человека связаны со структурой личности человека, с его потребностями, с его эмоциональными и волевыми особенностями. Несмотря на то что последние рассматриваются психологией как процессы, они по существу являются включенными в структуру личности. В потребностях человека, материальных и духовных, выражается его связь с окружающим миром, людьми. Оценивая человека, мы прежде всего характеризуем круг его интересов, содержание его потребностей. Мы судим о человеке по мотивам его поступков, по тому, к каким явлениям жизни он равнодушен, по тому, чему он радуется, на что направлены его мысли и желания.

О патологическом изменении личности мы говорим тогда, когда под влиянием болезни у человека скудеют интересы, мельчают

25

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, когда меняется его отношение к себе и окружающему. Такое измененное отношение является индикатором измененной личности.

Это измененное отношение приводит не только к ослаблению работоспособности больного, к ухудшению его умственной продукции, но само может участвовать в построении психопатологического синдрома. Так, при исследовании больных артериосклерозом головного мозга отмечено, что чрезмерная фиксация на своих ошибках приводила нередко больных к преувеличенным опосредствованным действиям, которые снижали умственную продукцию больных [27], и к чрезмерным коррекционным приемам, нарушавшим их зрительно-моторную координацию [96]. Иными словами, само отношение больного к ситуации, к себе должно стать предметом исследования и должно быть отражено в построении эксперимента.

Ориентация психологических исследований на изучение изменений личности неминуемо приводит к проблеме их методических путей этого изучения. Возникает вопрос: достаточно ли ограничиться одними наблюдениями за поведением больных с последующим его описанием или же при исследовании изменений личности возможен экспериментальный путь их изучения?

Прежде всего надо отметить, что уже само наблюдение за поведением больного в ситуации эксперимента качественно отличается от наблюдения за больным в клинике. Дело в том, что ситуация психологического исследования в клинике, как правило, воспринимается больными как исследование их умственных возможностей. Поэтому сама ситуация эксперимента

приводит к актуализации известного отношения к ней. 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”. Поэтому уже то, как больной принимает задание, может свидетельствовать об адекватности или неадекватности его личностных установок.

Сами способы и качество выполнения заданий, количество ошибок, темп работы могут, например, быть одинаковыми у больного шизофренией и у здорового. Между тем эмоциональные реакции больного, особенно при появлении ошибочных решений, глубоко различны.

26

Следует отметить еще одну особенность психологического исследования в клинике. Сам процесс выполнения задания вызывает неминуемо чувство какого-то самоконтроля. Больные часто указывают, что им самим “интересно проверить свою память”. Нередко бывает так, что больной в процессе работы впервые осознает свою умственную недостаточность. Фразы: “Я не думал, что у меня такая плохая память”, “Я не предполагал, что я так плохо соображаю” — являются нередкими.

Естественно, что такое “открытие” является само по себе источником переживания для больного. Поэтому уже наблюдение за поведением и высказываниями больного может послужить материалом для анализа его личностных проявлений.

Другой методический путь исследования изменений личности — это путь их опосредствованного выявления через анализ нарушений познавательных процессов.

Как будет показано в последующих главах, некоторые виды нарушений мышления являются по существу выражением той аффективной “смещенности”, которая присуща этим больным. К таким вариантам нарушения мышления можно отнести “некритичность мышления”, при котором бездумные и нецеленаправленные суждения вызываются не снижением уровня обобщения больного, а безразличным инактивным отношением к результату своей деятельности.

Так, больные с поражением лобных долей мозга не справлялись с некоторыми простыми заданиями, несмотря на то, что интеллектуальные операции у них были относительно сохранены.

Любое простое задание, требовавшее выбора, планирования, контроля, не выполнялось такого рода больными, и наоборот, более сложные задания, выполнение которых не требовало соблюдения этих условий, выполнялись ими довольно легко.

Таким образом, ошибочные решения заданий могут являться не следствием нарушения логического строя мышления, а результатом безразличного отношения субъекта.

Об этом свидетельствуют и исследования психологов, работающих в области педагогической психологии. Так, работами Л.И.Божович и Л.С.Славиной показано, что успеваемость многих детей в школе была обусловлена не нарушением их познавательных процессов, а измененным отношением детей, их измененной позицией в коллективе.

Путь опосредствованного изучения личности и ее аномалии не ограничен. Принципиально любая экспериментальная методика может оказаться пригодной для этого, так как построение

различных моделей человеческого поведения и деятельности

27

(а приемы экспериментально-психологического исследования по существу выполняют такую задачу) включает в себя и отношение испытуемого.

Ограничимся лишь некоторыми примерами. Уже выполнение самых простых заданий включает в себя эмоциональный компонент. Исследованиями Э.А.Евлаховой показано, что даже столь простое задание, как описание несложного сюжета картины, зависит от уровня эмоциональной сферы испытуемого. Ею обнаружено, что у детей с поражением лобных долей мозга отмечалась недостаточность реакции на эмоциональное содержание картины.

Поэтому казалось правомерным, что нарушение эмоционального отношения с особой четкостью должно выступить у определенной категории больных при описании таких картинок, осмысление которых должно опираться преимущественно на физиогномику изображенных персонажей, например при необходимости описания картинок с неопределенным сюжетом. Как показали исследования нашей дипломантки Н.К.Киященко, это задание вызвало у здоровых испытуемых активную направленность на раскрытие смысла жестов, выражения лица изображенных персонажей. “Он так держит руку, точно хочет решительно доказать своему собеседнику что-то. Выражение лица его несколько скептическое, он смотрит с недоверием” [37; 215].

При этом испытуемые, как правило, обнаруживали свое отношение к сюжету картины. Выражения: “Мне не нравится его лицо”, “Видно, человек не из скромных”, “Этот человек с вдумчивым симпатичным лицом” — и подобные им являлись частыми при описании картинок.

Совершенно иными являются данные, полученные с помощью I этой методики у больных шизофренией (в основном больные простой и параноидной формой шизофрении, в клинической картине которых выступали проявления пассивности, вялости). Описания картин этими больными сводятся к чисто формальной констатации фактов: “Двое мужчин”; “Мужчины разговаривают”; “Люди! сидят за столом”.

Если подобным больным указать на необходимость содержательного описания картинок, они в состоянии вникнуть в смысловую сторону изображенного события, остановиться на

характерных особенностях изображенных лиц, однако такое описание! не возникало спонтанно и не вытекало непосредственно из желаний, а лишь в ответ на требование экспериментатора. Своего же! эмоционального отношения к изображенным лицам больные, как правило, не высказывали.

При этом обнаруживалась еще одна особенность больных при решении задачи. Уровень выполнения здоровыми испытуемыми

28

некоторых экспериментальных заданий (классификация предметов, метод исключения и т.д.) не зависел, как правило, от личностного отношения к нему. От этого отношения зависела оценка данного задания (“это детская игра”, “это проверка моего внимания”), небрежность или старательность выполнения, но не сама возможность выделения адекватного принципа решения задачи. У некоторых же больных (например шизофренией) выполнение задания становилось неадекватным из-за того, что какие-то обрывки субъективных переживаний, желаний начинали доминировать в их суждениях, изменяя сам характер и ход этих суждений. Сама возможность адекватного выполнения даже простого задания нарушалась из-за измененной мотивации, измененного отношения.

Резюмируя, можно сказать, что применение методик, активизирующих познавательную деятельность, всегда включает в себя и актуализацию личностных компонентов (мотивации, отношения).

Наконец, одним из путей исследования личностных изменений является применение методик, направленных непосредственно на выявление мотивационных особенностей больного человека. Речь идет о методах, берущих свое начало из результатов исследований Курта Левина. С.Л.Рубинштейн подчеркивал, что результат исследования, вскрывающего какие-либо существенные зависимости исследуемой области явлений, превращаются в

метод, инструмент дальнейшего исследования [90]. Так

случилось и с рядом экспериментальных методов К.Левина.

Несмотря на то что методологические позиции К.Левина для нас неприемлемы, некоторые его экспериментальные приемы оказались полезными для исследования мотивационной сферы. В качестве примера приведем методику ученика К.Левина Ф.Хоппе, известную в психологической литературе как “Исследование уровня притязаний”. Она заключалась в следующем: испытуемому давался ряд заданий (около восемнадцати), отличавшихся по степени трудности. Содержание заданий было нанесено на карточках, расположенных в порядке возрастания их сложности. Это могут быть задачи, требующие знаний в области литературы, искусства, математики. Задания могут быть типа головоломок, лабиринтов. Иными словами, содержание заданий должно соответствовать профессиональному, образовательному уровню испытуемых, их интересам, установкам. Только при этом условии у испытуемых вырабатывается серьезное отношение к ситуации эксперимента — создается ситуация выбора.

Давалась инструкция: “Перед вами лежат карточки, на обороте которых обозначены задания. Номера на карточках означают

29

степень сложности заданий. На решение каждой задачи отведено определенное время, которое вам не известно. Я слежу за ним с помощью секундомера. Если вы не уложитесь в отведенное вам время, я буду считать, что задание вами не выполнено. Задания вы должны выбирать сами”. Таким образом, испытуемому дается право самому выбирать сложность задачи. Экспериментатор же может по своему усмотрению увеличивать или уменьшать время, отведенное на выполнение задания, тем самым произвольно вызывать у испытуемого переживание неудачи или удачи, показать, что задание выполнено, либо опорочить результаты. Только после оценки экспериментатора испытуемый должен был выбрать следующее задание.

Исследования Ф.Хоппе показали, что после успешных решений уровень притязания повышается, испытуемый обращается к более сложным заданиям; и наоборот, после неуспеха уровень притязаний понижается, испытуемый выбирает более легкое.

Работа Ф.Хоппе была первой попыткой экспериментальным путем исследовать условия для формирования уровня притязания под влиянием успешного или неуспешного решения задачи; за нею последовали другие работы.

Законы перемещения уровня притязания, которые установил Ф.Хоппе, были проверены в исследовании М.Юкнат “Достижение, уровень притязания и самосознание”. С помощью несколько измененной методики вместо отдельных задач, как у Ф.Хоппе, она создала серию лабиринтных задач. Первая серия (10 лабиринтных задач) гарантировала успех, т.е. испытуемый всегда мог решить задачу. Это была “серия успеха”. Во второй серии — “серия неуспеха” — все задачи (тоже 10 лабиринтных задач), кроме первой, были нерешимы (путь в лабиринте всегда заводил в тупик).

М.Юкнат исследовала две группы испытуемых. Первая группа начинала работу с серии, которая гарантировала успех, вторая группа начинала со второй серии (серия неуспеха). Оказалось, что испытуемые, начинавшие с первой серии, с успехом начинали вторую серию с более высокого уровня, и наоборот, испытуемые, которые выполняли задания серии “неуспеха”, начинали работу с легких задач даже через четырнадцать дней, когда с ними проводился повторный опыт с другим типом задач. Испытуемые, выполнявшие серию “успеха”, выбирали через две недели сложные задания. Таким образом, М.Юкнат показала, что формирование “уровня притязаний” связано с предыдущим опытом.

Однако у нее, как и у Ф.Хоппе, “уровень притязаний” оказался совершенно изолированным от реальных отношений с окружающими людьми, от содержания выполняемой деятельности.

30

В исследованиях советских авторов была сделана попытка

показать зависимость уровня притязаний от содержания деятельности. К таким исследованиям принадлежат работы Е.А.Серебряковой и М.С.Неймарк.

Взяв за основу методику Хоппе, Е.А.Серебрякова [98] установила не только роль выполняемой деятельности, но и оценки окружающих в формировании самооценки и уверенности в себе. Если Ф.Хоппе в своей методике предельно абстрагировался от реальных жизненных условий, то Е.А.Серебрякова стремилась максимально приблизиться к ним. В результате своего исследования Е.А.Серебрякова установила несколько видов самооценки:

1. Устойчивую адекватную самооценку.

2. Неадекватную пониженную самооценку.
3. Неадекватную повышенную самооценку.
4. Неустойчивую самооценку.

У Е.А.Серебряковой обнаружилось проявление различного типа аффективных реакций на успех и неуспех. Однако вопросы, связанные с эмоциональным отношением учеников к трудностям в работе, не стали предметом исследования Е.А.Серебряковой точно так же, как вопрос о соотношении самооценки и уровня притязаний. Она пишет, что уровень притязаний есть потребность в определенной удовлетворяющей человека самооценке. Задачей исследования было изучение эмоционального отношения детей к своим успехам и неудачам.

М.С.Неймарк показала зависимость уровня притязаний от материала эксперимента, природу эмоциональной реакции в острой ситуации, вплотную подошла к проблеме соотношения уровня притязаний и самооценки. Таким образом, исследования Е.А.Серебряковой и М.С.Неймарк показали пригодность методики Хоппе для исследования формирования отношения личности школьника. Данная методика оказалась пригодной для исследования изменений аномалий эмоционального состояния и мотивационной сферы больных.

Уже работами сотрудников В.Л.Мясищева были выявлены с помощью этой методики особенности личности у детей-истериков [77].

В нашей лаборатории было проведено с помощью разных вариантов описанной методики исследование формирования уровня притязаний у больных различными формами психических заболеваний [26; 19]. В качестве экспериментальных работ испытуемым предлагались задачи, выполнение которых могло восприниматься как показатель некоторого “культурного уровня”. Задачи типа арифметических или другого специального круга должны были

31

быть отвергнуты, так как у многих людей не вырабатывается по отношению к ним уровня притязаний.

Данные наших экспериментов подтвердили результаты исследований Ф.Хоппе и Е.А.Серебряковой. Выбор задания у здоровых испытуемых зависел от успешного или неуспешного выполнения предыдущих заданий. Исходный уровень

притязаний был различным; у некоторых испытуемых все поведение было осторожным, “ощупывающим”; у других — более или менее высокий уровень притязаний вырабатывался сразу, как бы “с ходу”. Однако зависимость выбора задания от качества выполнения предыдущего была очевидна. Эта зависимость была часто не прямолинейной, но ситуация выбора всегда выступала.

Совершенно иные результаты были получены при исследовании этой методикой больных шизофренией (простая форма) с вялым течением процесса. По данным Б.И.Бежанишвили, у 26 из 30 больных не было обнаружено зависимости выбора задания от успешного или неуспешного предыдущего решения. Уровень притязаний не формировался у них; не вырабатывалась и адекватная самооценка своих возможностей. Высказывания больных не носили сколько-нибудь эмоциональной окраски; больные не обнаруживали огорчения, даже когда экспериментатор подчеркивал их неудачи.

Иная картина выявляется при исследовании “уровня притязаний” психопатов. Уровень притязаний у них очень быстро сформировался. И, как правило, был довольно высоким. Однако он отличался хрупкостью, нестойкостью: при малейшей неудаче он снижался, и точно так же быстро повышался при удачных решениях.

Дальнейшая модификация методики в дипломной работе Н.К.Калиты выявила, что формирование уровня притязаний

зависит не только от оценки экспериментатора, но и от отношения испытуемого к экспериментатору и эксперименту в целом и что уровень притязаний не образуется в тех случаях, когда у испытуемого формируется “деловое” отношение к эксперименту, когда; мотивом для него становится стремление познакомиться с задачами.

Все эти данные приводят нас к следующему выводу: для того чтобы эксперимент мог выявить уровень притязаний человека, он должен быть так смоделирован, чтобы он мог вызвать не только направленность на содержание задачи, но и способствовал

формированию отношения к экспериментальной ситуации и к экспериментатору.

Вместе с тем во всех приведенных исследованиях обнаружилась связь уровня притязаний с самооценкой. Специально эта проблема была поставлена в дипломных работах А.И.Обознова и В.Н.Которского. Проведенные ими эксперименты с учениками средних и

старших классов показали, что уровень притязаний зависит не столько от успешного или неуспешного выполнения заданий и оценки экспериментатора, сколько от самооценки подростка.

Эти данные соответствуют гипотезе, выдвинутой Л.И.Божович [14],

что у детей-подростков возникает потребность в сохранении определенной самооценки и что поведение подростка ориентируется именно на нее. Особенно четко это выступило в работе Е.И.Савонько [9], где было показано, что в зависимости от возраста выявляется разное отношение между ориентацией на оценку и

на самооценку.

Наиболее значительный сдвиг от ориентации на оценку к ориентации на самооценку происходит в подростковом возрасте. Этот факт может быть поставлен в связь с появлением у подростка

потребности сделать предметом сознания качества своей собственной личности. Конечно, это не означает, что преимущественная ориентация на самооценку приводит к игнорированию оценки со стороны других людей, однако в подростковом возрасте

мотивационное значение самооценки уже настолько велико, что при расхождении между требованиями, вытекающими из самооценки и оценки со стороны других, преобладающим мотивом поведения оказывается самооценка.

Само формирование самооценки еще не означает, что ее наличие всегда вызывает адекватную деятельность. Решение этого вопроса зависит от того, является ли сама самооценка адекватной или неадекватной. Наши исследования с больными-психопатами показали, что завышенная неадекватная самооценка может выступать в виде тормоза адекватных действий и поступков. Так, завышенная самооценка у психопатических личностей сталкиваясь с более низкой оценкой окружающих, приводит к аффективным срывам так же, как и недооценка своих возможностей приводит к снижению уровня притязаний. Таким образом, динамика уровня притязаний в какой-нибудь узкой конкретной деятельности связана с самооценкой человека в более широком смысле этого слова.

Связь уровня притязаний с самооценкой была выявлена в дипломных работах Л.В.Викуловой и Р.Б.Стеркиной.

В исследовании Л.В.Викуловой обнаружилось своеобразие динамики уровня притязаний, присущее детям-олигофренам. На материале учебной деятельности (две серии задач по арифметике, вопросы по истории, географии и литературе), а также при использовании и экспериментальной методике Кооса было показано, что у детей-олигофренов уровень притязаний либо вырабатывается очень замедленно, с трудом и только под конец, либо вовсе не вырабатывается. Выбор задач у этих детей нередко характеризуется бездумностью, успешное или неуспешное выполнение предыдущего

33

задания не влияет на выбор последующего. Обнаруживается равнодушное отношение к успеху и неудаче в работе. В то же время установлено, что дети-олигофрены чрезвычайно

чувствительны к оценке экспериментатора, особенно к отрицательной, к порицаниям. Таким образом, в характеристике уровня притязаний детей-олигофренов на первый взгляд выступает парадоксальное сочетание трудности или даже невозможности выработки уровня притязаний (на фоне равнодушного отношения к результатам* деятельности) с повышенной ранимостью к порицаниям экспериментатора. В исследовании Р.Б.Стеркиной была сделана дальнейшая попытка выявить, что лежит в основе наблюдаемых противоречий, и психологически их проанализировать. Р.Б.Стеркина проводила эксперименты на двух видах деятельности: учебной (арифметические задания) и практической (вырезания).

Оказалось, что уровень притязаний вырабатывался у детей-олигофренов при выполнении задания “вырезание” и не формировался при выполнении учебной (арифметика). Р.Б.Стеркина сочла возможным объяснить это явление тем, какое место занимают оба вида деятельности у исследуемых детей.

Учебная деятельность занимает в структуре личности детей-олигофренов иное место, чем у их здоровых сверстников. Умственно отсталому ребенку обычно трудно дается арифметика, в течение длительного времени он постоянно терпит неудачи в данном виде деятельности, у него создается установка, что он не может достичь хороших результатов в этой деятельности. Создается ситуация, сходная с ситуацией в экспериментах М.Юкнат, о которой говорилось выше. Со временем у ребенка выработалось своеобразное пассивное отношение к этой деятельности. Деятельность приобретает для него характер “пресыщенной”. Естественно, что

уровень притязаний в этой деятельности, которая не затрагивает

личности ребенка, формироваться не может. Недаром у учеников более сильных, которые успешнее проявили себя в арифметике, подобное отношение меньше выражено.

Практическая же деятельность (вырезание) более доступна

детям-олигофренам и не является для них деятельностью

пресыщенной. Она не вызывает равнодушного отношения к себе, а на оборот, располагает относиться к ней с интересом, т.е.

затрагивает личностные особенности субъекта. Поэтому уровень притязания в этой деятельности формируется.

Таким образом, экспериментально установленный уровень

притязаний личности в какой-нибудь конкретной деятельности должен быть проанализирован в соответствии с самооценкой личности. Только тогда он может стать фактом, вскрывающим какие-то

34

реальные личностные отношения испытуемого. В настоящее время продолжаются исследования: а) по выявлению связи самооценки (и ее изменений) и уровня притязаний в одном виде деятельности с самооценкой в других видах и б) по выявлению условий, способствующих или тормозящих формирование самооценки (у детей-психопатов, детей с задержкой умственного развития, детей-эпилептиков).

К методикам, направленным на исследование самооценки,

следует отнести и методику, разработанную С. Я. Рубинштейн

[94]. Она представляет собой вариант методики Т. В. Дембо,

которая применялась для выявления “представления о счастье”, но С.Я.Рубинштейн использует ее значительно шире для выявления самооценки. Заключается методика в следующем: перед испытуемым кладут чистый лист бумаги; экспериментатор проводит на нем вертикальную черту и просит испытуемого отметить свое место по состоянию здоровья среди всех людей, размещенных на этой черте (от самых здоровых — вверху, до самых больных — внизу).

Затем испытуемому предлагается аналогичная задача: отметить свое место среди всех людей по уму (вторая вертикальная черта); после этого — по счастью и по характеру (третья и четвертая вертикальные черты).

Когда испытуемый выполнил все эти задания, его просят рассказать, каких людей он считает счастливыми, несчастными, глупыми, умными и т.д. Таким образом, в конечном итоге мы получаем соотношение самооценки испытуемых с их представлением об этих категориях. По данным С.Я.Рубинштейн, у здоровых людей обнаруживается тенденция поставить себя к “точке чуть выше середины”.

При психических заболеваниях нередко наблюдается не критическое отношение к своей болезни и способностям, вследствие чего самооценка больных является в одних случаях слишком завышенной, в других — слишком заниженной.

За последнее время внимание патопсихологов привлекает еще один метод — это психологический анализ данных, содержащихся в историях болезни душевнобольного человека. Дело в том, что в содержание историй болезни подобных больных входят данные опроса самого больного (субъективный анамнез), данные опроса его близких, сослуживцев (объективный анамнез) описание обстановки, в которой больной находился, сведения о его взаимоотношении с людьми, сведения о его поведении после выписки из больницы (катамнез). Иными словами, история болезни представляет собой материал, характеризующий жизненный путь человека, как бы “продольный” срез его жизни.

35

Сопоставление этих данных (именно сопоставление, а не

корреляция каких-то отдельных факторов, свойств) с результатами экспериментально-психологического исследования представляет собой ценнейший объективный материал [16; 36].

Следует остановиться еще на одной особенности патопсихологического эксперимента. Его строение должно предоставить возможность обнаружить не только структуру измененных, но и оставшихся сохранных форм психической деятельности больного. Необходимость такого подхода важна при решении вопросов восстановления нарушенных функций.

А.Р.Лурия [65] высказал мнение, что успешность восстановления нарушенных сложных психических функций зависит от того, насколько восстановительная работа опирается на сохранные звенья психической деятельности; он подчеркивал, что восстановление нарушенных форм психической деятельности должно протекать по типу перестройки функциональных

систем. Плодотворность такого подхода была доказана работами многих советских авторов. Исследования, направленные на анализ принципов восстановления нарушенных движений, возникших как следствие огнестрельных ранений во время Великой Отечественной войны, показали, что в процессе восстановительной трудовой терапии решающая роль принадлежала мобилизации сохранных функций больного, сохранности его установок (С.Г.Гелерштейн, А.В.Запорожец, А.Н.Леонтьев, С.Я.Рубинштейн). К аналогичному выводу пришли и

психологи, работающие в области восстановления речевых расстройств (А.С.Бейн, В.М.Коган, Л.С.Цветкова).

Перестройка дефектной функции происходит в тесном комплексе с развитием сохранных. Авторы убедительно показывают, что восстановительная работа должна базироваться на оживлении оставшихся в сохранности знаний. С полным правом подчеркивается, что при восстановительной работе (в данном случае восстановление речи) должна быть актуализирована вся система связей, установок человеческой, хотя и болезненно измененной, личности. Так, В.М.Коган [39] предлагает в восстановительной работе вызвать осознанное отношение больного к смысловому содержанию слова в его связи с предметом. Приведенные взгляды исследователей касаются восстановления функций, носящих, условно говоря, узкий характер, — речи, праксиса.

С еще большим правом они могут быть отнесены к восстановлению более сложных форм психической деятельности, к восстановлению утраченной умственной работоспособности (целенаправленности, активности больного). В этих случаях вопрос

о сохранных возможностях встает особо остро (например, при

36

решении вопроса о трудоспособности больного, о возможности продолжать учебу и т.п.). Для ответа на эти вопросы патопсихолог выходит за пределы узко экспериментально-методических

приемов; анализу подвергается жизненный путь больного [30].

Необходимо отметить еще ряд особенностей, которые отличают эксперимент в клинике от эксперимента, направленного на

исследование психики здорового человека, т.е. эксперимента, направленного на решение вопросов общепсихологического порядка.

Основное отличие заключается в том, что мы всегда должны чистить своеобразие отношения больного к опыту, зависящее от его болезненного состояния. Наличие бредового отношения, возбуждения или заторможенности — все это заставляет экспериментатора иначе строить опыт, иногда менять его на ходу.

При всех индивидуальных различиях здоровые испытуемые

стараятся выполнить инструкцию, “принимают” задание, между тем как психические больные иногда не только не стараются выполнить задание, но превратно толкуют опыт или активно противостоят инструкции. Например, если при проведении ассоциативного эксперимента со здоровым человеком экспериментатор предупреждает, что будут произнесены слова, в которые он должен вслушаться, то здоровый испытуемый активно направляет свое внимание на произносимые экспериментатором слова. При проведении же этого эксперимента с негативистичным больным часто возникает противоположный эффект: больной активно не хочет слушать. При таких условиях экспериментатор вынужден проводить эксперимент как бы “обходным путем”: экспериментатор произносит слова как бы невзначай и регистрирует реакции больного. Нередко приходится экспериментировать с больным, который бредовым образом интерпретирует ситуацию опыта, например считает, что экспериментатор действует на него гипнозом”, “лучами”. Естественно, что такое отношение больного к эксперименту сказывается в способах выполнения задания; он часто выполняет просьбу экспериментатора умышленно неправильно, отсрочивает ответы и др. В подобных случаях построение эксперимента также должно быть изменено.

Построение экспериментально-психологического исследования в клинике отличается от обычного психологического эксперимента еще одной особенностью: многообразием, большим количеством применяемых методик. Объясняется это следующим. Процесс распада психики не происходит однослойно. Практически не бывает так, чтобы у одного больного нарушались только процессы синтеза и анализа, а у другого страдала бы исключительно целенаправленность личности. При выполнении любого

37

экспериментального задания можно в известной мере судить о различных формах психических нарушений. Однако, несмотря на это, не каждый методический прием позволяет с одинаковой очевидностью, четкостью и достоверностью судить о той или иной форме или степени нарушения.

Очень часто изменение инструкции, какой-нибудь экспериментальный нюанс меняют характер показаний эксперимента. Например, если в опыте на запоминание и воспроизведение слов экспериментатор подчеркивает значимость своей оценки, то результаты этого эксперимента будут более показательны для оценки отношения испытуемого к работе, нежели для оценки процесса его запоминания. А так как сама ситуация эксперимента с больным человеком в течение опыта часто меняется (хотя бы потому, что меняется состояние больного), сопоставление результатов различных вариантов эксперимента становится обязательным. Такое сопоставление необходимо еще и по другим основаниям. Выполняя то или иное задание, больной не только правильно или ошибочно его решает, решение задачи часто вызывает осознание своего дефекта; больные стремятся найти возможность компенсировать его, найти опорные пункты для исправления дефекта. Разные задания предоставляют различные возможности для этого. Часто бывает так, что больной правильно решает более трудные задания и не в состоянии решать более легкие. Разобраться в природе такого явления возможно только при сопоставлении результатов различных заданий.

И наконец, последнее: нарушение психической деятельности больного бывает часто нестойким. При улучшении состояния больного некоторые особенности его мыслительной деятельности исчезают, другие остаются резистентными. При этом характер обнаруживаемых нарушений может меняться в зависимости от особенностей самого экспериментального приема; поэтому сопоставление результатов различных вариантов какого-нибудь метода, при этом многократно применяемого, дает право судить о характере, качестве, динамике нарушений психики больного.

Следовательно, тот факт, что при исследовании распада психики приходится не ограничиваться одним каким-нибудь методом, а применять комплекс методических приемов, имеет свой смысл и свое обоснование.

Направленность экспериментально-психологических приемов на раскрытие качественной характеристики психических нарушений с особенной необходимостью выступает при исследовании аномальных детей. При любой степени психического недоразвития или

заболевания всегда происходит дальнейшее (пусть замедленное или

38

искаженное) развитие ребенка. Психологический эксперимент не должен ограничиваться установлением структуры уровня психических процессов больного ребенка; он должен выявить прежде всего потенциальные возможности ребенка.

Это указание было впервые сделано еще в 30-х годах Л.С.Выготским в его положении о *зоне ближайшего развития*. В своей работе “Проблема обучения и умственного развития в школьном возрасте” он пишет: “Состояние умственного развития ребенка может быть определено по меньшей мере с помощью выяснения двух уровней — уровня актуального развития и зоны ближайшего развития” [17; 448]. Под *зоной ближайшего развития* Л.С.Выготский понимает те потенциальные возможности ребенка, которые самостоятельно, под влиянием тех или иных условий, не выявляются, но которые могут быть реализованы с помощью взрослого.

Существенным, по мысли Л.С.Выготского, является не только то, что ребенок может и умеет делать самостоятельно, но и то, что он умеет сделать с помощью взрослого. Умение ребенка перенести усвоенные с помощью взрослого способы решения задачи на действия, которые он выполняет самостоятельно, является главным индикатором его умственного развития. Поэтому психическое развитие ребенка характеризуется не столько его актуальным уровнем, сколько уровнем зоны его ближайшего развития. Решающим является “расхождение между уровнем решения задач, доступных под руководством, при помощи взрослых, и уровнем решения

задач, доступных в самостоятельной деятельности” [17; 447].

Мы несколько подробно остановились на этом хорошо известном положении Л.С.Выготского потому, что оно определяет принципы построения психологического эксперимента применительно к аномальным детям. Измерительные тестовые исследования, принятые в зарубежной психологии, могут выявить в лучшем случае лишь “актуальный” (в терминологии Л.С.Выготского) уровень психического развития ребенка и то лишь в его количественном выражении. Потенциальные же возможности ребенка остаются невыясненными. А ведь без такого “прогнозирования” дальнейшего развития ребенка многие задачи, например задача отбора в специальные школы обучения, не могут быть по существу решены. Экспериментальные психологические исследования, применяемые в области детской психоневрологии, должны проводиться с учетом этих положений Л.С.Выготского и строиться по типу обучающего эксперимента. В таком направлении проводятся исследования А.Я.Ивановой [31]. А.Я.Иванова предлагает детям задания, которые им не были до того известны. В процессе выполнения детьми этих заданий экспериментатор оказывает ребенку разные виды

39

помощи, которые были ею строго регламентированы. То, как ребенок воспринимает эту помощь, строго учитывается. Таким образом, сама помощь входит в структуру эксперимента.

Для осуществления “регламентированной помощи” А.Я.Иванова внесла видоизменения в некоторые общепринятые методики патопсихологического исследования: предметную классификацию, методику Кооса, классификацию геометрических фигур, серию последовательных картин. Автор подробно регламентирует и фиксирует этапы помощи. Учитываются их количественная градация и их качественная характеристика. Применение “обучающего эксперимента” дало А.Я.Ивановой [32] возможность разграничить разные формы аномального психического развития. Метод обучающего эксперимента был также использован Н.И.Непомнящей, исследовавшей формирование счета умственно отсталых детей. Исходя из теоретических положений П.Я.Гальперина [21] о поэтапном формировании умственных действий, Н.И.Непомнящей было показано, что у умственно отсталых детей обнаруживаются трудности процесса сокращения первоначально развернутого действия. Его приходилось специально и длительно обрабатывать. Если же путем специального обучения и “отработки” удавалось добиться механизма сокращения, то можно было в известных пределах преодолеть дефект у этих детей.

Система дозированных подсказок была использована Р.Г.Натадзе при формировании искусственных понятий у здоровых детей. С помощью детально разработанной методики Р.Г.Натадзе обнаружил разные уровни развития детей. Таким образом, обучающий эксперимент, в основе которого лежит положение Л.С.Выготского о *зоне ближайшего развития*, вскрывающий потенциальные возможности ребенка, может явиться орудием при исследовании структуры и степени снижения психики аномального ребенка и при решении практической задачи — отбора детей в специальные школы.

В настоящее время в патопсихологии детского возраста разрабатываются методы коррекции патологических явлений. Нахождение этих коррекционных путей требует не только знания возрастных особенностей ребенка и анализа их отклонений, но и осуществления, по выражению Д.Б.Эльконина, “контроля за ходом психического развития детей” [114]. В качестве одного из таких коррекционных методов выступает игровая деятельность. Исходя из того, что игра “ведет за собой развитие” (Л.С.Выготский), в детской патопсихологии делается попытка нахождения адекватных приемов для коррекции искаженной игры (В.В.Лебединский, А.С.Спиваковская, О.Л.Раменская). Эти коррекционные приемы служат одновременно и для диагностических целей [103].

ГЛАВА III

НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ

Нарушения сознания относятся к наименее разработанным вопросам. Несмотря на то что во всех учебниках психиатрии описаны разнообразные формы нарушенного сознания, определение этого понятия наталкивается на трудности. Происходит это потому, что понятие сознания в психиатрии не опирается на философскую и психологическую трактовку.

Сознание может рассматриваться в разных аспектах. В философии оно имеет широкое значение, употребляясь в плане противопоставления идеального материальному (как вторичное первичному), с точки зрения происхождения (свойство высокоорганизованной материи), с точки зрения отражения (как отражающее объективный мир).

В более узком значении сознание — это человеческое отражение бытия, отражение в социально выработанных формах идеального. Возникновение человеческого сознания марксизм связывает с возникновением труда в процессе превращения обезьяны в человека. Воздействие на природу в ходе коллективной трудовой деятельности породило осознание свойств и закономерных связей явлений, которое закреплялось в языке, формирующемся в процессе общения. В труде и реальном общении возникло самосознание — осознание собственного отношения к окружающей природной и социальной среде, понимание своего места в системе общественных отношений. Специфика человеческого отражения бытия состоит в том, что “сознание человека не только отражает объективный мир, но и творит его” [1; 194].

При решении проблемы сознания в психологии советские ученые исходили из положений марксистско-ленинской философии. Сознание рассматривалось как высшая, связанная с речью функция мозга, отражающая в обобщенном виде реальную действительность и целенаправленно регулирующая деятельность человека.

Большое внимание проблеме сознания в психологии уделял С.Л.Рубинштейн [89, 90, 91]. Говоря, что сознание это процесс “осознания субъектом объективного бытия реальности”, он делал

41

акцент на том, что сознание есть знание того, как объект противостоит познающему субъекту [91; 149]. Особенно большое внимание проблеме связи сознания с деятельностью уделяется в трудах А.Н.Леонтьева. Он прямо указывает, что сознание можно понять “как субъективный продукт, как преобразованную форму проявления тех общественных по своей природе отношений, которые осуществляются деятельностью человека в предметном мире... В продукте запечатлевается не образ, а именно деятельность — то предметное содержание, которое она объективно несет в себе” [60; 130].

Сознание включает в себя не только знание об окружающем мире, но и знание о себе — о своих индивидуальных и личностных свойствах (последнее предполагает осознание себя в системе общественных отношений). В отличие от традиционного употребления понятия “самосознание” А.Н.Леонтьев предлагает применять этот термин в смысле осознания своих личностных качеств. Самосознание, сознание своего “Я”, есть осознание в системе общественных отношений “и не представляет собой ничего другого” [61; 78].

Понятие сознания в психиатрии не совпадает с его философским и психологическим содержанием. Оно является скорее “рабочим”. Ведущий современный психиатр А.В.Снежневский говорит, что “если подходить к сознанию в философском смысле, то мы естественно должны сказать, что при всяком психическом заболевании высшая форма отражения мира в нашем мозге нарушается” [101; 99—100]. Поэтому клиницисты пользуются условным термином нарушения сознания, имея в виду особые формы его расстройства.

С данным положением соглашается и С.Л.Рубинштейн, говоря о целесообразности “разведения” психического нарушения и нарушения сознания, как обладающих специфическими признаками [91].

Это понятие сознания, которое А.В.Снежневский определяет как “условное”, базируется на взглядах немецкого психиатра К.Яс-перса, рассматривающего сознание как фон, на котором происходит смена различных психических феноменов. Соответственно при душевных заболеваниях сознание может нарушаться независимо от других форм психической деятельности, и наоборот. Так, в историях болезни можно встретить выражения, что у больного имеет место бред при ясном сознании, нарушено мышление на фоне ясного сознания и т.п. Метафорические признаки “ясности” и “помрачения” сознания, введенные К.Ясперсом [129], стали определяющими для характеристики сознания в учебниках

42

психиатрии до настоящего времени. Вслед за К.Ясперсом в качестве критериев помраченного сознания берутся:

- 1) дезориентировка во времени, месте, ситуации;
- 2) отсутствие отчетливого восприятия окружающего;
- 3) разные степени бессвязности мышления;

4) затруднение воспоминаний происходящих событий и субъективных болезненных явлений.

Для определения состояния помраченного сознания решающее значение имеет установление совокупности всех вышеперечисленных признаков. Наличие одного или нескольких признаков не может свидетельствовать о помрачении сознания (В.А.Гиляровский [22]; А. В. Снежневский [101]).

Оглушенное состояние сознания. Одним из наиболее распространенных синдромов нарушения сознания является синдром оглушенности, который чаще всего встречается при острых нарушениях ЦНС, при инфекционных заболеваниях, отравлениях, черепно-мозговых травмах.

Оглушенное состояние сознания характеризуется резким повышением порога для всех внешних раздражителей, затруднением образования ассоциаций. Больные отвечают на вопросы как бы “спросонок”, сложное содержание вопроса не осмысливается. Отмечается замедленность в движениях, молчаливость, безучастие к окружающему. Выражение лица у больных безразличное. Очень легко наступает дремота. Ориентировка в окружающем неполная или отсутствует. Состояние оглушения сознания длится от минут до нескольких часов.

Делириозное помрачение сознания. Это состояние резко отличается от оглушенного. Ориентировка в окружающем при нем тоже нарушена, однако она заключается не в ослаблении, а в наплывах ярких представлений, непрерывно возникающих обрывков воспоминаний. Возникает не просто дезориентировка, а ложная ориентировка во времени и пространстве.

На фоне делириозного состояния сознания возникают иногда преходящие, иногда более стойкие иллюзии и галлюцинации, бредовые идеи. В отличие от больных, находящихся в оглушенном состоянии сознания, больные в делирии говорливы. При нарастании делирия обманы чувств становятся сценopodobными: мимика напоминает зрителя, следящего за сценой. Выражение становится то тревожным, то радостным, мимика выражает то страх, то любопытство. Нередко в состоянии делирия больные становятся возбужденными. Как правило, ночью делириозное состояние усиливается. Делириозное состояние наблюдается в основном у больных с органическими поражениями головного мозга после травм, инфекций.

43

Онейроидное (сновидное) состояние сознания. Впервые описано Майер-Гроссом, характеризуется причудливой смесью отражения реального мира и обильно всплывающих в сознании ярких чувственных представлений фантастического характера. Больные совершают межпланетные путешествия, оказываются среди “жителей Марса”. Нередко встречается

фантастика с характером громадности: больные присутствуют “при гибели города”, видят, “как рушатся здания”, “проваливается метро”, “раскалывается земной

шар”, “распадается и носится кусками в космическом пространстве” [101;111).

Иногда больной может остановить фантазирование, но незаметно для него в сознании вновь начинают возникать такого рода фантазии, в которых всплывает, по-новому формируясь, весь прежний опыт, все, что он читал, слышал, видел.

Одновременно больной может утверждать, что он находится в психиатрической клинике, что с ним разговаривает врач. Обнаруживается сосуществование реального и фантастического. К.Ясперс, описывая подобное состояние сознания, говорил о том, что отдельные события реальной ситуации заслоняются фантастическими фрагментами, что онейроидное сознание характеризуется глубоким расстройством самосознания. Больные оказываются не только дезориентированы, но у них отмечается фантастическая интерпретация окружающего.

Если при делирии происходит воспроизведение некоторых элементов, отдельных фрагментов реальных событий, то при оней-роиде больные ничего не помнят из того, что происходило в реальной ситуации, они вспоминают иногда лишь содержание своих грез.

Сумеречное состояние сознания. Этот синдром характеризуется внезапным наступлением, непродолжительностью и столь же внезапным прекращением, вследствие чего его называют транзиторным, т.е. преходящим.

Приступ сумеречного состояния сознания кончается критически, нередко с последующим глубоким сном. Характерной чертой сумеречного состояния сознания является последующая амнезия. Воспоминания о периоде помрачения сознания полностью отсутствуют. Во время сумеречного состояния больные сохраняют возможность выполнения автоматических привычных действий. Например, если в поле зрения такого больного попадает нож, больной начинает совершать привычное с ним действие — резать, независимо от того, находится ли перед ним хлеб, бумага или человеческая рука. Нередко при сумеречном состоянии сознания имеют место бредовые идеи, галлюцинации. Под влиянием бреда

44

и напряженного аффекта больные могут совершать опасные поступки.

Сумеречное состояние сознания, протекающее без бреда, галлюцинации и изменения эмоций, носит название “амбулаторного автоматизма” (непроизвольное блуждание). Страдающие этим расстройством больные, выйдя из дому с определенной целью, вдруг неожиданно и непонятным для себя образом оказываются в другом конце города. Во время этого бессознательного путешествия они механически переходят улицы, едут в транспорте и производят впечатление погруженных в свои мысли людей.

Сумеречное состояние сознания длится иногда чрезвычайно короткое время и носит название absence (отсутствие — фр.).

Псевдодеменция. Разновидностью сумеречного состояния сознания является псевдодеменция. Она может возникнуть при тяжелых деструктивных изменениях в центральной нервной системе и при реактивных состояниях и характеризуется остро наступающими расстройствами суждения, интеллектуально-мнестическими расстройствами. Больные забывают название предметов, дезориентированы, с трудом воспринимают внешние раздражители. Образование новых связей затруднено, временами можно отметить иллюзорные обманы восприятия, нестойкие галлюцинации с двигательным беспокойством.

Больные апатичны, благодушны, эмоциональные проявления скудны, недифференцированы. Поведение нередко напоминает нарочито детское. Так, грамотный больной при вопросе, сколько у него пальцев на ногах, снимает носки, чтобы сосчитать их.

Мы остановились лишь на некоторых формах нарушения сознания. В действительности же их проявления в клинике значительно разнообразнее, но нам важно было познакомить читателя

с теми понятиями, в которых нарушения сознания интерпретируются и описываются в клинике.

Наряду с различными формами нарушения сознания как отражения окружающей действительности в клинике встречается своеобразная форма нарушения самопознавания — деперсонализация.

Деперсонализация. Характеризуется чувством отчуждения собственных мыслей, аффектов, действий, своего “Я”, которые воспринимаются как бы со стороны. Частым проявлением деперсонализации является нарушение “схемы тела” — нарушение отражения в нашем сознании основных качеств и способов функционирования собственного тела, его отдельных частей и органов. Подобные нарушения могут возникнуть при разных заболеваниях — при эпилепсии, шизофрении, после черепно-мозговых травм и др.

Самый общий ответ на вопрос о природе данного явления мы находим у И.М.Сеченова [99], подчеркивавшего роль мышечных ощущений в осуществлении движений тела и актов восприятия, указавшего на существование “темных”, нерасчлененных чувствований, исходящих из внутренних органов, которые создают *чувственную подкладку* нашего “Я” и служат основой самоощущения.

“Темные” интерорецептивные ощущения в силу своего постоянства и однообразия, а также индукционного торможения в связи с направленностью активности субъекта вовне обычно не осознаются, но являются необходимым фоном для нормального протекания всей психической деятельности. На основе этих ощущений ребенок в процессе развития научается выделять себя из окружающего мира.

В норме человеку не требуется доказательств принадлежности собственной персоне своего тела и психических переживаний. В некоторых патологических случаях эта чувственная “подкладка” самоощущения нарушается, и как непосредственное знание может явиться чувство отчуждения, навязанности, внушенности собственных мыслей, чувств, действий.

Современный исследователь проблемы деперсонализации А.А.Меграбян [69], показывая несостоятельность объяснения данного психопатологического явления с позиций ассоцианизма, феноменологического направления, антропологической психологии, психоанализа, связывает его с расстройством особых “гностических чувств” — системных автоматизированных чувствований, слитых в нормальном состоянии с отражательным компонентом психических образов.

Гностические чувства, по А.А.Меграбяну [70; 130], обнаруживают следующие свойства: 1) обобщают предшествующие знания о предмете и слове в конкретно-чувственной форме; 2) обеспечивают чувство принадлежности психических процессов нашему “Я”; 3) включают в себя эмоциональный тон той или иной окраски и интенсивности.

Роль гностических чувств в лознании и самопознании становится особенно ощутимой в случаях патологии, порождающей явления психического отчуждения [69; 70]. Нарушение гностических чувств может привести не только к расстройству самопознания, но и к личностным изменениям. Это убедительно показано в диссертации В.И.Белозерцевой [3]. На материале работ школы В.М.Бехтерева автор выявила, как измененное самоощущение в ходе отражательной деятельности больного мозга порождает новую для субъекта деятельность — деятельность самовосприятия. Эта деятельность в связи с постоянством необычных чувствований и их особой значимости для человека становится смыслообразующей,

ведущей в иерархии других видов деятельности. Больные забрасывают свои прежние дела и ни о чем не могут думать, кроме собственных необычных состояний и их предполагаемых причин.

Многие истории болезни, приводимые в работах В.М.Бехтерева и его сотрудников, иллюстрируют, как стремление осмыслить результаты искаженного самовосприятия приводит больных к бредовой интерпретации своего состояния. В поисках воздействующих на них “врагов” больные наблюдают за поведением окружающих, анализируют взаимоотношения с ними, совершают реальные действия с целью “освобождения” от предполагаемого гипнотического воздействия и вновь анализируют свое состояние и поведение “врагов”.

В ходе этой деятельности и реальных взаимоотношений с людьми бред воздействия на психическую сферу обрастает новыми и новыми подробностями, искажая восприятие окружающего и оказывая влияние на поведение и образ жизни больных, перестраивая систему их взаимоотношений с людьми, изменяя их личность.

В.И.Белозерцева заключает, что если у здорового человека

самоощущение не имеет отношения к его личностной характеристике и осознанию себя в системе общественных отношений, то у больного оно может выдвинуть на передний план деятельность, до того не существовавшую или выступавшую лишь в качестве отдельных действий в системе других деятельностей, — деятельность самовосприятия. Независимо от личности, хотел бы того человек или нет, она становится смыслообразующей. Происходит сдвиг главного мотива на цель, нарушается характерная для

здорового субъекта “отвязанность” иерархии деятельностей от состояния организма. Биологическое в случае патологии начинает играть иную роль, нежели в жизнедеятельности здорового человека.

Это, конечно, не означает, что сама болезнь как биологический фактор детерминирует перестройку иерархии мотивов и деятельности личности. Мотив к деятельности самовосприятия порождается осознанием необычности, измененности ощущений собственных психических переживаний, активным отношением к ним. Следовательно, болезнь действует разрушающе на личность не непосредственно, а опосредованно, через деятельность, усвоенную в ходе социального развития человека.

Следовательно, патологическое изменение личности, ее самосознания осуществляется как и нормальное развитие, в онтогенезе, в практической деятельности субъекта, в перестройке его реальных взаимоотношений — в данном случае под влиянием развивавшейся в ходе самовосприятия бредовой интерпретации своего состояния, затрагивающей место человека среди других людей.

47

ГЛАВА IV

НАРУШЕНИЕ ВОСПРИЯТИЯ

Нарушения восприятия принимают при психических заболеваниях различные формы. Как известно, еще И.М.Сеченов указывал на то, что акт восприятия включает в себя афферентные и эфферентные механизмы. Остановившись на зрительном восприятии, он писал, что глаз “ощупывает” предметы мира и что эти “ощупывания” входят в состав зрительного восприятия, соединяясь с проприоцептивными сигналами от глазодвигательных мышц.

Это положение И.М.Сеченова оказалось исходным для работ многих современных физиологов и психологов (Р.Гранит, Е.Н.Соколов, В.П.Зинченко, А.В.Запорожец, Л.А.Венгер). Было показано, что восприятие составляет основу ориентировки человека в мире.

Из теоретических положений А.Н.Леонтьева, А.В.Запорожца, Л.А.Венгера, В.П.Зинченко, Ю.Б.Гиппенрейтер следует, что развитие восприятия детерминируется задачами, возникающими перед человеком в его жизнедеятельности. Для исследований в общей психологии характерен подход к восприятию как деятельности, включающей в себя основную специфику человеческой психики — активность и пристрастность.

С.Л.Рубинштейн [89], указывает, что человеческое восприятие является всегда обобщенным и зависит от направленности личности. Следовательно, восприятие следует рассматривать как перцептивную деятельность, характеризующуюся обобщенностью и мотивированностью. За последние годы ряд зарубежных авторов также пытаются показать, что продукт процесса восприятия зависит от эмоциональных и личностных особенностей человека (Дж. Брун-нер, Н.А.Виткин).

Поэтому следовало ожидать, что восприятие может оказаться нарушенным в разных характеристиках деятельности — в нарушении обобщения, личностной обусловленности. Эти нарушения проявляются в затрудненности узнавания, в

искажениях воспринимаемого материала, в обманах чувств, ложных узнаваниях, в перестройках мотивационной стороны перцептивной деятельности. Остановимся на некоторых из них.

48

§ 1. Агнозии

Агнозиями называется затруднительность узнавания предметов, звуков. Проблеме агнозии, особенно зрительной, посвящено множество работ. Начиная с А.Петцля (1928) зрительные агнозии разделялись на: а) агнозии предметов, так называемая лиссауэров-ская “душевная объектная агнозия”, когда больные не узнавали предметов и их изображений. К этой группе примыкает и “симультанная агнозия” Вольперта (больные узнавали отдельные предметы, их изображения, но не узнавали изображения ситуации); б) агнозии на цвета и шрифты; в) пространственные агнозии.

Делались попытки увязать нарушение гнозиса с речевыми расстройствами (К.Гольдштейн, А.Р.Лурия, Е.П.Кок). Ставился вопрос о топическом значении синдромов агнозии (А.Р.Лурия, Е.П.Кок, Дж. Миллер), о связи различных форм агнозии с доминантностью полушарий (М.С.Лебединский, Е.П.Кок).

История учения об агнозиях и их механизмах глубоко прослежена А.Р.Лурия в его монографии “Высшие корковые функции”, в которой анализ этого явления проводился в основном в связи с проблемой локализации функций и поисками их нейрофизиологических механизмов [65].

Мы хотим в данной книге остановиться лишь на тех случаях агнозии, которые выступали при психических заболеваниях.

Уряда больных (с органическими поражениями мозга различного генеза) явления агнозии проявлялись в том, что больные выделяли то один, то другой признак воспринимаемого объекта, но не

осуществляли синтеза; так, изображение гвоздя один больной описывает как что-то кругленькое, говоря: “наверху шапочка, внизу палочка, что это такое — не знаю”; другой больной описывает ключ, как “кольцо и стержень”. При этом больные описывали точно конфигурации предмета, могли даже точно скопировать его, но это не облегчало их узнавание. Аналогичные факты, говорящие о невозможности осуществления синтеза, были описаны Е.П.Кок при исследовании больных с поражениями теменно-затылочных систем, а также Е.Д.Хомской и Э.Г.Соркиной.

Прежде всего возник вопрос, что у больных нарушено восприятие структуры, как это имело место у больного Ш. (описанного К.Гольдштейном), который, как известно, не воспринимал формы предметов; он не мог отличить “с глаза” треугольника от круга и узнавал фигуры только после того, как он “обводил” их моторно, например движениями головы.

Оказалось, что у наших больных агностические явления носили иной характер. Они узнавали форму, конфигурацию даже тог-

49

да, когда последние предъявлялись тахископически. Не узнавая предметов, они могли их описать. Так, например, при тахископическом предъявлении садовой лейки больная говорит: “Бочкообразное тело, что-то круглое, посередине отходит вроде палочки с одной стороны”, другой больной при тахископическом предъявлении расчески говорит: “Какая-то горизонтальная линия, от нее книзу отходят маленькие, тоненькие палочки”. Иногда больные могли нарисовать предмет, не узнавая его.

Приводим в качестве иллюстрации данные патопсихологического исследования и историю болезни больной В., которая была описана нами совместно с Г.В.Биренбаум в 1935 г. [28].

Больная В., 43 года, по профессии библиограф. Диагноз: эпидемический энцефалит (из истории болезни доктора Э.Г.Кагановской).

Заболела в 1932 г. Появилась резкая сонливость, которая продолжалась около недели и сменилась бессонницей. Отмечалось слюнотечение, левосторонний парез ноги и боль в области наружной части левого плеча, повышение температуры. Имели место иллюзии и галлюцинации. На стенке вокруг вентилятора “бегали мыши”, на полу прыгали фигуры, кружились “танцующие рожи”. С этими явлениями больная поступила в Боткинскую больницу.

Через несколько дней появились кратковременные расстройства сознания, больная не могла найти своей палаты, постели. В 1933 г. была переведена в психиатрическую клинику ВИЭМ.

Ко времени нашего исследования психический статус больной изменился. Больная в ясном сознании, правильно ориентирована в окружающем. Несколько амимична. Тихий, мало модулирующий голос. Много лежит, жалуясь на утомляемость и головные боли.

С трудом и не сразу дает анамнестические сведения, при этом останавливается на подробностях, не имеющих отношения к существу вопросов. Мало читает, “не хватает, — отмечает больная, — живого воображения”. Внешне добродушна, эмоциональна. Это состояние, однако, быстро сменяется раздражительностью, злобностью, доходящими до аффективной взрывчатости. Вместе с эмоциональной лабильностью отмечается в общем бедная и довольно однотипная аффективная жизнь с очень узким кругом привязанностей, безразличное отношение к людям, к работе, к общественной жизни, к литературе, раньше очень любимой.

На этом фоне общего эмоционального однообразия имеется заинтересованность в выздоровлении.

Экспериментально-психологическое исследование не выявляет каких-либо грубых изменений мыслительной деятельности больной. Больная правильно усваивала инструкцию, передавала хорошо содержание, подтекст прочитанной книги, понимала условный

50

смысл пословиц, метафор. Обнаружились лишь некоторая пассивность и отсутствие заинтересованности в экспериментальной ситуации.

Вместе с тем патопсихологическое исследование выявило грубые нарушения узнавания предметов. Больная часто не узнавала (40%) предъявленных ей изображений. Так, нарисованный гриб она называет “стог сена”, спички — “кристаллами”. Сюжет картины больная не улавливает сразу, а лишь после длительных фиксаций на отдельных деталях. Процесс восприятия носит характер отгадывания: “Что бы это могло быть — расческа? На чем она сидит — на кресле, стуле? Что бы это могло быть — плита, корыто?”. При показе известной картины “Смертница” больная говорит: “Что это за женщина, о чем-то задумалась? На чем она сидит? На кровати? Что это за тени?”.

Приведем данные протокола исследования.

Протокол экспериментально-психологического исследования больной В.

Предъявленный рисунок карточки лото	Описание больной
1	2
Щетка зубная	Щетка, вероятно, половая. А это что? Желтенькая палочка, вероятно, бахрома.
Пионерский барабан	Горшок с кисточкой. <i>Экспериментатор:</i> может быть, что-нибудь другое? <i>Больная:</i> булка, которую кладут в кастрюлю, а это кренделек (на палочку). Похоже и на шапку, а это что такое?
Кнопки	Внутри треугольники, вероятно, протоплазмовая клетка.
Перья	Перья.
Книга	Книга с бисерным почерком.
Спички	Свечи горящие, это не может быть; а это не может быть кристаллы в лампе?

51

1	2
---	---

Два барабана	То же самое, что и раньше, только две штуки: знакомое и незнакомое. <i>Экспериментатор:</i> детская игрушка. <i>Больная:</i> может, губка круглая для стола?
Перья для туши	Факелы, носят в театрах или длинные ручки с пером. Свеча, тут уж ясно, что свеча. Кисточка.
Карандаш	Музыкальный инструмент, флейта или труба.
Кисточка	Растение, морковка по форме, а по хвостику вот не знаю.
Пионерская труба	Это стрелка (указывает на хвост самолета). Это балкон, но при чем тут стрелка, две ножки?
Стручки	
Самолет	

Даже при правильном названии у больной всегда отмечалось сомнение и неуверенность, она ищет опорные пункты в рисунке для того, чтобы подтвердить ими правильность своего вывода. Так, больная узнавала изображение книги, но сразу наступили обычные для больной сомнения: “Разве книга, это какой-то квадрат. Нет, у квадрата нет выступов и тут что-то написано. Да, это книга”.

При таком выраженном нарушении узнавания рисунков больная прекрасно узнавала геометрические формы, дополняла незаконченные рисунки согласно структурным законам. Больше того, не узнавая предмет на рисунке, больная прекрасно

описывала его форму. Например, не узнав рисунка барабана и шкафа, она описывала их форму чрезвычайно точно и даже хорошо срисовывала их.

В процессе исследования выяснилось, что реальные предметы больная всегда хорошо узнавала и затруднялась при узнавании модулей из папье-маше (например, больная не узнавала самолета, с трудом узнавала собаку, мебель).

52

Таким образом, создавалась как бы некоторая ступенчатость ее расстройств. Больная хорошо узнавала предметы, хуже узнавала модели, еще хуже — рисунки предметов. Особенно плохо она узнавала те изображения, которые были схематически нарисованы, в виде контуров. Поэтому возникло предположение, что причина затрудненности узнавания, очевидно, вызывается той обобщенностью, формализацией, которая присуща рисунку. Для проверки была проведена следующая серия экспериментов: больной предъявлялись изображения одних и тех же предметов в разном выполнении: а) в виде пунктирного контура; б) в виде черного силуэта; в) в виде точного фотографического изображения, иногда на фоне конкретных деталей, например, рядом с пресс-папье была нарисована ручка и чернильница. Данные экспериментального исследования подтвердили наше предположение. Больная совершенно не узнавала пунктирные, несколько лучше, но все же очень плохо узнавала силуэтные изображения и лучше конкретные.

Приводим для иллюстрации несколько выписок из протоколов ее исследования.

Предъявлена картинка	Описание больной
1	2

Шляпа (пунктирное изображение)	Я сама не знаю, что. Напоминает кольцо. Не может быть такой широкий камень (откладывает в сторону, вертит рисунок).
Шляпа (черный силуэт)	Не гриб ли это? Может быть, похожа на шляпу, но при чем тут эта полоса? Это похоже на шляпу.
Шляпа (цветное конкретное изображение)	
Пресс-папье (пунктирное изображение)	Не знаю, точки какие-то, что это такое?
Пресс-папье (силуэтное изображение)	Это странный предмет.
Повторно показывается шляпа (контур)	
Пресс-папье (конкретное изображение)	Это не шляпа, а может быть, действительно шляпа. Это для промокашки, пресс-папье.

Таким образом, эксперимент "...явил обозначенную выше своеобразную ступенчатость узнавания; последнее улучшалось по мере включения объекта в фон, характеризующийся конкретными подробностями, окраской. Можно сказать, что, улавливая

структурную оформленность рисунка, больная как бы не осмысливает того, что она видит, она не в состоянии отнести схематический рисунок к определенной категории вещей. Об этом говорит и отгадывающий характер ее узнаваний, поиск опорных деталей (“что это за точки, что они означают?”), вопросительная форма ее высказываний (“неужели это был забор?”, “неужели это расческа?”).

Как указывает А.РЛурия [65; 119], “процесс зрительного анализа превращался в серию речевых попыток расшифровать значение воспринимаемых признаков и синтезировать их в зрительный образ”. Больная не могла “с глаза” воспринять рисунок, процесс восприятия приобрел характер раздернутого дезавтоматизированного действия.

Об этом свидетельствует следующий факт: узнав фотографическое изображение, больная не смогла перенести это узнавание на силуэтное изображение. После того как больная узнала в раскрашенном изображении ножницы, экспериментатор спрашивает: “А я вам показывала раньше этот предмет?”. Больная раздумывает и говорит с удивлением: “Нет, я его вижу впервые; ах, вы думаете, те палочки, которые вы мне показали? Нет, это не ножницы (больная при этом рисует их по памяти). Что же это может быть? Я не знаю”. Даже тогда, когда ей удается сделать перенос, у нее остается неуверенность. Узнав раскрашенную шляпу, она говорит на контурную: “А это что, тоже шляпа?” На утвердительный ответ экспериментатора она замечает: “При чем тут эта линия?” (указывает на тень). Когда ей в последующем эксперименте опять предъявляют этот рисунок, она замечает: “Вы тогда сказали, что это шляпа”.

Приведенные данные показали, что восприятие нарушается в своей специфически человеческой характеристике как процесс, обладающий функцией обобщения и условности; поэтому нам казалось правомерным говорить о нарушении обобщающей функции восприятия. За это говорят и способы, с помощью которых можно было скомпенсировать этот дефект. Так, если экспериментатор просил указать определенный предмет (“укажите, где шляпа или где ножницы”), то больные правильно узнавали. Таким образом, включение предъявляемого объекта в определенный круг значения помогало узнаванию. Название же приблизительного круга предметов, к которому относится данный объект (покажите мебель, овощи), помогало меньше. Поэтому следовало ожидать, что

54

подобные агностические расстройства должны особенно четко выявиться и у дементных больных.

§ 2. Псевдодиагнози при деменции

Исследование зрительного восприятия у больных, у которых клинические и экспериментально-психологические данные выявили деменцию по органическому типу, обнаружило отмеченные выше особенности: больные не узнавали силуэтных и пунктирных рисунков. К этому добавилась еще одна особенность: их восприятие было диффузным, недифференцированным.

Нарушения восприятия выявляются у этой группы особенно четко при экспозиции ситуационных картинок. Помимо того что дементные больные не улавливают сюжета, они при этом проявляют и ряд других характерных феноменов. Не понимая смысла сюжета, они часто описывают отдельные предметы, не видя их сюжетной связи. Отдельные части рисунка сливаются, смешиваются с фоном, изображения предметов не узнаются. Г.В.Биренбаум отмечает, что предмет узнавания обуславливается той частью рисунка, на которой больной фиксирует свое внимание. Так, гриб больной называет помидором, если выступила как часть головка гриба, или же видит в грибе огурец, если фиксирует внимание на его ножке. Поэтому при предъявлении рисунка больному часто безразлично: показывают ему его часть или целое.

У некоторых больных агнозия распространялась и на структуру, на форму изображения. Г.В.Биренбаум описала в 1948 г. больного К., у которого на фоне органической деменции выступили расстройства зрительного гнозиса в виде нарушения восприятия формы. При показе треугольника он говорит: “Клином как-то, а назвать не могу, я вижу клин в трех местах, клин-трехклиник”.

При экспозиции четырехугольника больной говорит: “Мне трудно сказать (обводит пальцем) — прямая, прямая, прямая и прямая”. При экспозиции незаконченного круга видит прежде всего изъян: “Здесь провал какой-то”, в то же время воспринимает симметрию формы. Например, при показе креста, не умея назвать фигуры, больной заявляет: “Хоть куда хочешь заглядывай, она лежит правильно”. Нередко больной воспринимает форму предмета, но тут же быстро наступает распад его структуры.

Г.В.Биренбаум [28] отмечает, что агнозию больного можно

было трактовать как нарушение “оптического внимания”. Например, при осмотре картинки, на которой нарисован крестьянин, стоящий с задумчивым видом у телеги, у которой отскочило колесо,

55

больной говорит: “Вот колесо, а это мужчина стоит”, показывая на лошадь: “А это птица какая-то”. *Экспериментатор*: “Это ведь лошадь”. *Больной*. “На лошадь плохо смахивает”. Здесь отчетливо выступает нарушение не только смысловых, но и

структурных компонентов. Узнав телегу и колесо, он не только не делает соответствующего вывода, что стоит телега с лошадей, но остро торчащие уши лошади создают у больного впечатление, что это птица. При попытке понять сюжет картинки больные из-за неправильного узнавания деталей и структурного распада часто неправильно описывают ее содержание. Это расстройство напоминает феномен, описанный А.Пиком как “сенильная агнозия” или как расстройство “симультанного восприятия”. Оно выражается в том, что испытуемый, описывая отдельные предметы, не умеет уловить общего смысла картинки.

При раскрашенных сюжетных рисунках дементные больные легко поддаются диффузному впечатлению яркой раскраски отдельных частей картинки и также могут описывать их по вышеуказанному типу. Восприятие, освобожденное от организующей роли мышления, становится диффузным, легко возникает структурный распад, несущественные элементы рисунка становятся центром внимания и ведут к неправильному узнаванию.

В силу выпадания и расстройств смысловых компонентов у дементных больных резко страдала ортоскопичность восприятия. Достаточно было показать этим больным предмет или рисунок в перевернутом виде, как они его уже не узнают. Примеры: предъявляется рисунок кошки (из детской серии лото) в перевернутом виде, *Больной* говорит: “Памятник какой-то”. Экспозиция того же рисунка в прямом положении: “Вот так памятник! Кошка-котик”. Рисунок — ботинок, из той же серии лото, дан в перевернутом виде. *Больной*: “Урна какая-то”. В прямой экспозиции больной сразу узнает ботинок. При незначительном удалении предметов у дементных больных не сохранялась константность их величины.

Таким образом, нарушение восприятия при деменции, которую Г.В.Биренбаум обнаруживала у слабоумных больных, подтверждает ведущую роль фактора осмысленности и обобщенности в любом акте перцептивной деятельности.

§ 3. Обманы чувств

Галлюцинации. Одним из наиболее часто встречающихся симптомов расстройства восприятия при душевных заболеваниях являются галлюцинации.

56

Галлюцинациями в психиатрии называют ложные восприятия. Больные видят образы, предметы, которых нет, слышат речь, слова, которые никем не произносятся, чувствуют запахи, которых в действительности нет.

Галлюцинаторный образ может быть различной модальности. Еще Е.Эскироль писал, что галлюцинант — это “человек, имеющий внутреннее убеждение, что он что-то воспринимает, тогда как извне нет никакого объекта, способного вызвать это восприятие” (цит. по В.А.Гиляровскому [23; 9]). Это определение Эскироля легло в основу положений психиатров, что галлюцинации возникают без наличия раздражителя. При иллюзорном восприятии имеется раздражитель, но у больного возникает его искаженное восприятие. В зависимости от наличия или отсутствия раздражителя обманы чувств относятся к категории иллюзий или галлюцинаций.

Содержание характера галлюцинаций различно: они могут быть нейтральными, тогда больные спокойно реагируют на них. Галлюцинации могут носить императивный характер: голос приказывает больным что-то сделать. Так, одной больной голос

“приказал” сжечь свои вещи; другой больной (кассирше)

голос “приказал” выбросить деньги; “голоса” бывают устрашающими: они угрожают убить. Под влиянием этих образов, голосов больные совершают те или иные поступки (например, упомянутые больные действительно сожгли вещи, выбросили деньги).

Больные относятся к галлюцинаторным образам как к реально воспринимаемым объектам, словам. Поведение больных часто определяется именно этими ложными восприятиями; нередко

больные отрицают наличие галлюцинаций, но их поведение выдает, что они галлюцинируют. Так, беседа с врачом, больной вдруг говорит “голосу”: “Не мешай, видишь, я занят”. Другой прогоняет “мышей”, которые якобы ползут по его рукаву (при белой горячке). При обонятельных галлюцинациях больные отказываются от еды: “Пахнет бензином, керосином, гнилью”.

Больные, как правило, не могут отличить галлюцинаторные образы от образов, получаемых от реальных предметов. Галлюцинаторный образ проецируется вовне. Больной, страдающий галлюцинациями, может точно указать местонахождение галлюцинаторного образа. Он говорит о том, что этот образ находится “направо”, что “машина стоит перед окном”. Галлюцинаторный образ, как правило, чувственно окрашен: больные различают

тембр “голоса”, принадлежность его мужчине, женщине, они

видят окраску, яркую, темную, маленьких или больших животных.

Эта яркая чувственность, проекция вовне, мешает наступлению

57

коррекции и роднит галлюцинаторный образ с образом, получаемым от реальных предметов. Галлюцинаторный образ возникает произвольно, больной не может его вызвать, не может от него избавиться, галлюцинации возникают помимо его желаний, волевых усилий.

И наконец, возникновение галлюцинаторного образа сопровождается отсутствием подконтрольное. Больного невозможно убедить в том, что галлюцинаторного образа не существует. “Как же вы не видите, — возражает больной на уверения врача, — ведь вот стоит собака, вон там в правом углу, уши подняты, шерсть рыжая, ну вот, вот” или: “Как же вы не слышите, ведь вот совершенно ясно мужской голос приказывает мне “подыми руку, подыми руку”, это голос курильщика с хрипотцой”. Убеждать галлюцинанта бесполезно — болезненный симптом проходит лишь с улучшением общего состояния.

Описанию галлюцинаций посвящен ряд работ как отечественных, так и зарубежных психиатров. Однако во всех этих работах объяснение этого симптома, так же как и других психопатологических симптомов, всегда осуществлялось, как отмечает Ю.Ф.Поляков, в виде анализа конечного результата продуктов психической деятельности; сам же процесс, который этот продукт производит, не изучался [83].

Для психологов представляет интерес вопрос о природе обманов чувств. Может ли возникнуть образ предмета без наличия какого-то внешнего объекта? Этой проблеме, имеющей психологическое и методологическое значение, посвящено экспериментальное исследование С.Я.Рубинштейн, на котором мы ниже остановимся подробнее.

Вопрос о механизмах галлюцинаций ставился неоднократно. Одни авторы понимали галлюцинации как спонтанный продукт нарушения рецепторов; другие подчеркивали в возникновении галлюцинаций роль отдельных нарушенных участков центральной нервной системы; третьи видели механизмы галлюцинаций в интенсификации представлений. Близкими к последней концепции являются взгляды Е.А.Попова, выдвинувшего тормозную теорию галлюцинаций.

Основой для этой теории послужили высказывания И.П.Павлова о том, что галлюцинации возникают при наличии гипнотической парадоксальной фазы. Действительно, ряд клинических фактов говорит о наличии тормозного состояния в коре больных. Выявилось, что галлюцинаторные образы усиливаются при засыпании и в момент пробуждения; с другой стороны, прием таких стимулирующих лекарств, как кофеин, фенамин, ослабляет галлюцинирование,

в то же время прием тормозящих, например брома, активизирует галлюцинаторный процесс.

Исходя из того положения, что при парадоксальной фазе слабые раздражители приобретают большую силу, чем сильные, А.Е.Попов считал, что представления под влиянием гипноидных фаз интенсифицируются и проецируются как реальные предметы в пространство.

Однако, как замечает С.Я.Рубинштейн [93], прибавление гипноидных фаз не сделало теорию интенсификации представлений более убедительной, так как представления не существуют сами по себе вне рефлекторного процесса. Автор правильно указывает, что диалектико-материалистическая теория рассматривает психическую деятельность как отражение действительности, что все формы деятельности человека представляют собой отражение бесчисленных воздействий реальных раздражителей. Тот факт, что в большинстве случаев невозможно установить непосредственную связь между галлюцинацией и объектом, еще не говорит о его отсутствии. С.Я.Рубинштейн [93; 95], отмечает, что связи между объектом и возникающим образом могут быть сложно замаскированы или опосредованы, они могут представлять собой связи следового порядка, но положение, что первоначальной причиной всякого психического акта является внешнее раздражение, относится и к нарушенной деятельности анализатора. Для доказательства своей гипотезы С.Я.Рубинштейн разработала следующую методику: больным предлагались записанные на магнитофонной ленте слабо различимые звуки, которые носили предметный характер (шелест бумаги, бульканье воды), характер других являлся неопределенным.

В то время как здоровые испытуемые различали источники звуков, у больных, страдающих или страдавших раньше галлюцинациями, эти эксперименты вызывали обманы слуха. С.Я.Рубинштейн описывает, как одна больная слышала при звуке шелеста бумаги слова: “Ты дрянь, ты дрянь...” Другая слышала рыдания; больной, в прошлом моряк, слышал звон склянок, приборой моря. Поведение больных, их действия, суждения были ответными на ложно воспринимаемые звуки. У некоторых больных ложные образы сохраняли известную, хотя и искаженную связь с источниками звука, у других больных эти связи оказались зафиксированными стереотипными связями. С.Я.Рубинштейн приходит к выводу, что одним из важных патогенетических условий формирования галлюцинаций является затрудненность прислушивания и распознавания звуков [93; 95].

О правомерности положения о том, что затруднения деятельности анализатора облегчают или даже вызывают обманы чувств,

говорят факты возникновения галлюцинаций у здоровых людей.

В литературе описаны случаи, когда галлюцинаторные переживания возникали: 1) в условиях сенсорного дефицита (у водолазов, у

людей в барокамерах); 2) у слабовидящих и слабослышащих (но не

у слепых и не у глухих).

Эти факты свидетельствуют о том, что условия, затрудняющие прислушивание, приглядывание, вызывающие усиленную ориентировочную деятельность анализаторов, способствуют возникновению галлюцинаций. В генезе зрительных галлюцинаций играют также роль сенестопатии, оптико-вестибулярные нарушения про-прио- и интерорецепции.

Г.А.Абрамович описал больную, у которой было ощущение, что ее голова раздувается, правый глаз становится больше; во время этих пароксизмальных припадков у нее возникали зрительные галлюцинации.

Таким образом, в сложном патогенезе галлюцинаций большую роль играет изменение деятельности внешних и внутренних анализаторов. На основании своих экспериментальных данных С.Я.Рубинштейн с полным правом утверждает, что неправомерно определять галлюцинации как ложные восприятия, возникающие без наличия обуславливающих их раздражителей во внешней или внутренней среде. Автор указывает, что различные раздражители способны возбудить содержание через сложную цепь ассоциаций, промежуточные звенья которой могут ускользнуть от отчета. Связь образа с наличными раздражителями трудно поддается прослеживанию, она часто маскируется, но она существует.

Выводы С.Я.Рубинштейн перекликаются с экспериментами, проведенными в свое время В.М.Бехтеревым. В присутствии

больных, страдающих слуховыми галлюцинациями, В.М.Бехтерев применял монотонные звуковые раздражители с помощью метронома и получил следующие результаты: 1) галлюцинации меняли

свою проекцию в пространстве соответственно перемещению источника раздражения; 2) раздражители иногда возбуждали галлюцинаторные явления; 3) больные переставали видеть или слышать реальный раздражитель, когда возникал галлюцинаторный образ, несмотря на то, что последний был вызван этим раздражителем. Все эти данные подтверждают

положение С.Я.Рубинштейн [95] о том, что наличие раздражителей, вызывающих перегрузку деятельности анализаторов, как внешних, так и внутренних, играет существенную роль в патогенезе обманов чувств.

Это положение очень важно, так как доказывает роль искаженной деятельности в становлении симптома: Именно поэтому, как мы говорили выше, анализ любого психопатологического явления может оказаться полезным для вопросов общей психологии

60

Психопатологически измененные процессы (в данном случае восприятия) показывают, что к этим процессам следует подойти как к формам деятельности.

Псевдогаллюцинации. Особый интерес представляет для психологии тот вид галлюцинаций, который носит название псевдогаллюцинации. Они были впервые подробно описаны русским психиатром В.Х.Кандинским и французским психиатром П.Кле-рамбо.

В книге “О псевдогаллюцинациях” В.Х.Кандинский [35; 44] проводит отличие псевдогаллюцинаций как от истинных галлюцинаций, так и от образов памяти и фантазии: “...В результате возбуждения известных (кортикальных) сенсорных

областей головного мозга, в сознании весьма живые и чувственные до крайности определенные образы (т.е. конкретные чувственные представления), которые, однако, резко отличаются для самого воспринимающего сознания от истинно-галлюцинаторных

образов тем, что не имеют присущего последним характера объективной действительности, но, напротив, прямо сознаются как нечто субъективное, однако вместе с тем как нечто аномальное, новое, нечто весьма отличное от обыкновенных образов воспоминаний и фантазий”.

В отличие от галлюцинаций псевдогаллюцинации проецируются не во внешнем пространстве, а во “внутреннем” — голоса звучат “внутри головы”, больные их слышат как бы “внутренним ухом”; видения воспринимаются “умственным” взором, “духовными очами”. Если галлюцинации для больного — сама действительность, то псевдогаллюцинации переживаются как субъективное явление, и больной по-разному к ним относится. Так, описываемый В.Х.Кандинским больной Пашков не

испугался псевдогаллюцинаторного льва, хотя и чувствовал прикосновение его лап: он видел его не телесными, а духовными очами. По словам больного, если бы лев явился в настоящей галлюцинации, он бы закричал и бросился бежать.

Как и галлюцинации, псевдогаллюцинации возможны во всякой чувственной сфере: они могут быть тактильными, вкусовыми, кинестетическими. Но в любом случае они не идентифицируются с реальными предметами и их качествами.

В отличие от воспоминаний и образов фантазии псевдогаллюцинации представляются более отчетливыми и живыми, причем образы являются одновременно в мельчайших деталях, стойкие и непрерывные.

Псевдогаллюцинации возникают спонтанно, независимо от воли больного; они не могут быть произвольно изменены или

61

изгнаны из сознания. При этом отсутствует ощущение собственной деятельности, активности, как это бывает при воспоминаниях, мышлении, фантазировании человека. Часто псевдогаллюцинации носят характер навязанности: они кем-то “сделаны”; больные жалуются, что им “насильно показывают картины”, “вызывают звучание мыслей”, “действуют помимо воли языком, говорят

слова, которые он не хочет произносить”, “руками, ногами, телом кто-то действует” и т.д. Наступает известная деперсонализация: собственная психическая продукция становится чужой.

Так, Л.М.Елгазина [24] описывает больную, которая чувствовала, будто “забирают ее мысли и включают другие”. Она же описывает другого больного, у которого истинные галлюцинации сочетались

с псевдогаллюцинациями: с одной стороны, он слышит “голоса настоящие” и, с другой стороны, “голоса в голове”; ему

внушают плохие слова и мысли, он не может “распоряжаться своими мыслями”; ему “фабрикуют” неуклюжую походку — он “вынужден” ходить с вытянутыми руками, сгорбившись, не может выпрямиться.

Сочетание псевдогаллюцинаций с симптомом отчуждения, “сделанности” носит название синдрома Кандинского. Основной радикал синдрома Кандинского — это чувство “сделанности” восприятия, мыслей, утрата их принадлежности собственной личности, чувство овладения, воздействия со стороны. Различают три компонента этого синдрома: 1) идеаторный —

“сделанность”, насильственность, раскрытость мыслей. У больного возникают псевдогаллюцинации слуха, содержащие его собственные мысли. Возникает неприятное чувство “внутренней раскрытости”; 2) сенсорный — “сделанность” ощущений; 3) моторный — “сделанность” движений. Природа этого синдрома недостаточно исследована. К объяснению псевдогаллюцинаций можно привлечь положения А.А.Меграбян о гностических чувствах и их расстройствах. А.А.Меграбян предполагает, что в основе этого сложного психопатологического явления лежит нарушение чувствования отнесенности к себе собственной психической продукции, отчуждение психических состояний (см. об этом подробнее в гл. III).

Псевдогаллюцинации мало изучены психологами, между тем исследование этого симптома внесло бы определенный вклад в решение проблемы сознания и самосознания. Можно указать

лишь на работу Т.А.Климушевой [38], которая включила в исследование больных с синдромом Кандинского—Клерамбо.

Автор подтверждает гипотезу о патологии гностических чувств, нарушении самовосприятия как основы данного синдрома, экспериментально доказывая, что нет оснований выводить эти явления из расстройств

62

мышления. В экспериментах выявились условия, способствующие и провоцирующие эти болезненные явления. Ими оказались “субъективное ощущение усилия, напряжения выполненной умственной работы, где трудность и ошибка могут быть заметны самому больному” [38; 128].

§ 4. Нарушение мотивационного компонента

восприятия

Как мы указывали в начале главы, подход к восприятию как деятельности обязывает выявить изменения ее различных характеристик, которые могут оказаться “ответственными” за его нарушение. Выше мы показали, как снижение обобщения приводит к агнозиям (§ 1, 2), как изменения функционального состояния деятельности анализаторов внешних и внутренних приводят к обманам чувств (§ 3). В данном параграфе мы хотели остановиться на том, как изменение мотивационного компонента отражается в перцептивной деятельности больных. Еще в 1946 г. С.Л.Рубинштейн [89] писал, что в восприятии отражается вся многообразная жизнь личности, поэтому следовало ожидать, что при изменении личностного отношения изменяется и перцептивная деятельность.

Роль измененного личностного компонента в восприятии можно выявить разными путями: а) путем анализа расстройств самого процесса восприятия; б) путем создания специального экспериментального приема, позволяющего изменить смыслообразующую функцию мотива восприятия.

О значении личностного фактора в перцептивной деятельности говорят данные, полученные при исследовании восприятия больных с так называемым *лобным* синдромом, у которых выражены нарушения подконтрольности, произвольности, поведение которых отличалось аспонтанностью, отсутствием коррекции.

Мы остановимся на характеристике этого вида нарушений в главе IX, здесь же мы хотим лишь указать на особенности восприятия этой группы больных, которые по своему внешнему проявлению могли импонировать как агностические расстройства. Так, больной Б., описанный нами совместно с А.М.Дубининым в 1940 г., получивший тяжелую травму левой лобной доли, с трудом узнавал предметы, нарисованные пунктиром или затушеванные, был

63

не в состоянии схватить и передать смысл двух картин, последовательно изображающих несложные сюжеты (на одной картине двое ребят курят у стога сена; на другой — они убегают от загоревшегося стога). “Здесь двое сидят, а здесь двое бегут”. Больной не замечает, что речь идет о последовательном изображении. Другой больной из этой группы не мог узнать содержания известной картины Н.Я.Ярошенко “Всюду жизнь”: “Стоит человек, тут птичка, он смотрит на них”. Точно так же больной не мог узнать рисунка, предметов, заштрихованных или наложенных друг на друга (фигура В. Попельрейтера).

О том, что затруднения узнавания являются псевдоагностическими, говорит тот факт, что стоило попросить больного “внимательно посмотреть”, он давал адекватный ответ: “Ах, да ведь тут решетка, это заключенный”. Следовательно, затрудненность узнавания не являлась у подобных больных агностическим расстройством в узком смысле этого слова, а проявлением того, что больные не осуществляли активного поискового процесса, который всегда включен в акт восприятия (А.Л.Ярбус, 1956), не сличали своих ответов, своих действий с результатом.

Клинические описания известного немецкого психиатра А. Пика (1907) подтверждают высказанное выше положение относительно природы подобных “псевдоагнозий”. А.Пик наблюдал патологию восприятия, названную им “аперцептивной душевной слепотой”, при атрофическом поражении мозга (болезнь Пика). Больные с подобной патологией не в состоянии фиксировать предъявляемые им предметы и связывать отдельные элементы воспринимаемого в одно осмысленное целое. Аналогичные нарушения [26] восприятия мы наблюдали и у больных прогрессивным параличом (болезнь, при которой тоже

поражаются лобные доли мозга). Особенно большие трудности вызывает у больных с поражением лобных долей мозга понимание серий картинок, изображающих в последовательном порядке какой-нибудь сюжет. Больные ограничиваются описанием отдельных фрагментов или отдельных картинок. Так, одному такому больному с поражением базальных отделов лобных долей мозга была предъявлена серия из пяти картинок, изображающих погоню волка за мальчиком по снежной поляне в лесу. На одной из картинок изображен мальчик, сидящий на дереве, вокруг которого расположились волки. “Ишь ты, озорник, влез на дерево, за яблоками, что ли”, — говорит больной, едва взглянув на эту картинку. После настойчивой просьбы экспериментатора посмотреть внимательнее больной правильно описывает сюжет.

Таким образом, приведенные данные показывают, что существенную роль в гностических нарушениях описываемых больных

64

играет нарушение подконтрольности, невозможность сличения своих действий с предлагаемым результатом. Иными словами, ответственными за “псевдогностические” расстройства этих больных являются нарушение произвольности, невозможность коррекции. Эта произвольность проявляется еще в одном

своеобразном феномене — у подобных больных не наступает смены

фигуры и фона в обратимых фигурах Рубина.

Как известно, если длительное время фиксировать изображение, процесс смены фигуры и фона наступает сам собой; в противном случае достаточно обратить внимание испытуемого на возможность такой смены, чтобы произвольно вызвать этот процесс. У описываемых больных этот процесс смены фигуры и фона не может быть произвольно вызван. Точно так же у них не возникает гипотез при предъявлении пятен Роршаха. Таким образом, природа псевдодиагнозов, описанная у больных с лобным синдромом, является проявлением произвольности больных и свидетельствует об определенной форме их личностных нарушений. Следует отметить, что наша интерпретация не является случайной, так как она коррелирует с данными общего экспериментального психологического исследования больных и данными истории болезни, квалифицировавших состояние этих больных как спонтанное.

Особое развитие получил тезис о “личностном подходе” к восприятию у ряда современных американских психологов. Можно выделить следующие основные тенденции, характерные для этого подхода.

Первое. Восприятие рассматривается как селективный процесс, определяющийся взаимодействием объективных качеств стимуляции и внутренних мотивационных факторов (школа New Look).

Так, Дж. Р. Брунер и Л. Постмэн [120] различают аутохтонные и директивные факторы восприятия. Первые определяются непосредственно свойствами сенсорики человека, благодаря которым формируется представление об относительно простых качествах объекта. Директивные факторы восприятия отражают прошлый опыт человека, его эмоциональные состояния, установки и потребности.

В предложенной авторами когнитивной теории восприятия роль внутреннего, директивного фактора играет *гипотеза*, в концепциях других авторов *установки, ожидания, схемы* и т.д. Действие этих факторов обуславливает избирательность, сенсбилизацию или искажение восприятия. В качестве иллюстрации можно привести известные эксперименты А. Шафера и Г. Марфи, в которых тахистоскопически предъявлялась известная фигура Рубина, образованная двумя “полумесяцами”, каждый из которых мог

65

видеться как профиль, образующий фигуру на фоне. Опыт строился по типу игры: испытуемый получал вознаграждение, если видел одно из лиц, и штрафовался, если видел другое лицо (при этом в тахистоскопе многократно предъявлялось каждое лицо в отдельности). Когда впоследствии внезапно предъявляли двусмысленную фигуру, испытуемый воспринимал в качестве фигуры то лицо, которое обычно вознаграждалось. Иначе говоря, “ожидания” субъекта определяли выбор элементов фигуры-фона.

Другое направление, представленное Г. Виткиным [138] и

его сотрудниками, поставило вопрос о соотношении способа восприятия человека и его личностной организации. По мнению представителей этого направления, испытуемые при выполнении различных перцептивных задач проявляют некоторые характерные способы восприятия. Так, при выполнении задания, в котором необходимо было правильное восприятие какого-то элемента перцептивного поля, одни испытуемые принимали за точку “отсчета” проприоцептивные ощущения собственного тела, другие ориентировались преимущественно на впечатления от “внешнего” зрительного поля. Эту особенность восприятия Г. Виткин называл зависимостью (независимостью) от “поля”, которая, по мнению автора, связана с определенной личностной структурой. При этом подчеркивалось, что в восприятии психически больных описанная зависимость или независимость от “поля” особенно выражена.

К третьему направлению следует отнести работы зарубежных авторов, стремящихся доказать, что восприятие обеспечивает адаптацию личности к внешнему миру и отражает уровень ее адаптации.

Такое понимание функции восприятия вытекает из принятой в американской психологии концепции личности. Термином *личность* обозначается в американской психологии некоторая интегративная система, которая обеспечивает целостность и постоянство поведения индивида и которая постоянно подвергается опасности разрушения либо со стороны запретных инстинктивных влечений, либо со стороны налагаемых внешним миром требований. Наличие такого постоянно действующего конфликта создает определенный уровень тревожности. При его возрастании пускаются в ход механизмы *психологической защиты*, целью которых является устранение источника беспокойства и возвращение личности к состоянию комфорта. Не касаясь проблемы психологической защиты (впервые описанной З.Фрейдом и А.Фрейд), требующей специального рассмотрения, остановимся лишь на той ее форме, которая привлекает внимание современных исследователей восприятия за рубежом и названа *перцептивной защитой*. Приведение в действие

66

механизма *перцептивной защиты* связано, как подчеркивают многие авторы, со степенью структурированности перцептивного материала. Неопределенная, конфликтная или незнакомая ситуация, требующая перестройки поведенческих схем, приспособления к новым ситуационным взаимоотношениям, может привести к возрастанию уровня тревожности. *Непереносимость неопределенности* вызывает перцептивную защиту.

Основным недостатком приведенных вкратце исследований является эклектичность методологических позиций авторов, пытающихся синтезировать понятия гештальтпсихологии и психоанализа. Личностный компонент восприятия заключается для этих авторов в агрессивных тенденциях, чувстве тревожности, дискомфорте. Из сферы психологического анализа выпадает значение деятельности субъекта как основной формы проявления личностной активности, выпадает роль сформировавшихся в процессе этой деятельности социальных мотивов, их иерархия, содержание и смыслообразующая функция.

Между тем из положений советской психологии вытекает, что смыслообразующая функция мотивации играет роль и в процессе восприятия. Работами А.Н.Леонтьева и Е.П.Кринчик [59] показано, что введение подкрепления, имеющего различный смысл для испытуемого, по-разному влияет на время реакции. Ими выявлен активный характер переработки информации человеком, что нашло свое выражение; в схватывании статистических характеристик объекта, в оптимизации деятельности испытуемого при построении вероятностной модели. Деятельность восприятия включает в себя основную

характеристику человеческой психики — “пристрастность” (А.Н.Леонтьев). Поэтому можно было предполагать, что процесс восприятия не только строится различно в зависимости от того, какие мотивы будут побуждать и направлять деятельность испытуемых, но можно было ожидать разную структуру перцептивной деятельности у здоровых и больных людей, у которых клиника диагностирует те или иные изменения личности.

Роль мотивационного компонента в строении восприятия удалось вычлениить в специально направленном экспериментальном исследовании [88]. Целью исследования было: 1) показать зависимость восприятия от характера мотивации экспериментальной деятельности; 2) выявить особенности восприятия, связанные с нарушением смыслообразующей функции мотива.

Экспериментальная методика состояла в следующем. Предъявлялись сложные сюжетные картинки и картинки с неясным сюжетом в условиях разной мотивации, которая создавалась, во- первых,

67

с помощью различных инструкций, во-вторых, — разной степенью неопределенности изображений. Используемые в эксперименте картинки представляли собой изображения более или менее сложных ситуаций (мать купает ребенка, группа чем-то взволнованных женщин и т.д.) или нечеткие снимки объектов (цветы, мокрая мостовая, пятна Роршаха).

Различие инструкций состояло в следующем. В варианте “А” карточки-картинки предлагались с “глухой” инструкцией описать, что изображено. В варианте “Б” сообщалось, что целью эксперимента является исследование воображения. В варианте “В” испытуемых предупреждали, что задачей исследования является определение их умственных способностей. Чтобы мотивировка задания выглядела убедительной, предварительно предлагалась серия заданий, где экспериментатор якобы оценивал интеллект испытуемых. В каждом варианте предъявлялись разные наборы картинок. Таким образом, во всех трех вариантах исследования цель задания оставалась неизменной, менялась лишь его мотивация. Неопределенность перцептивного материала выступала непосредственным побудителем деятельности, роль смыслообразующего мотива выполняла инструкция.

В экспериментах участвовали здоровые испытуемые, больные эпилепсией, больные шизофренией. Данные историй болезни и общепсихологического исследования показали, что в клинической картине болезни на первый план у больных выступали личностные расстройства, типичные для выбранных новологических групп. Между исследованными больными не было существенных различий в возрасте и образовании.

Большинство из испытуемых (как в норме, так и в патологии) при предъявлении карточек-картинок выдвигают гипотезы. При восприятии структурных картинок (с неопределенным сюжетом) испытуемые пытаются определить, на что могут быть похожи изображения.

В условиях варианта “А” процесс восприятия не обуславливался экспериментально заданной мотивацией. Тем не менее деятельность испытуемых в целом направлена на содержательную интерпретацию картинок и реализуется процессом выдвижения гипотез. Это заставляет предположить, что экспериментальное задание актуализировало какие-то мотивы, существующие у испытуемых потенциально, в форме своеобразной готовности, установки. Таким мотивом мог быть прежде всего *мотив экспертизы*, который почти всегда актуализируется в психологическом эксперименте в клинике. Адресуясь к личности испытуемого, его уровню притязаний, он придает любому психологическому исследованию *личностный*

68

смысл. Эта особенность экспериментальной ситуации подчеркивалась еще К.Левиним [130], считавшим, что именно наличие у испытуемого определенного отношения создает саму возможность объективного психологического исследования. Наряду с “мотивом экспертизы” деятельность испытуемых побуждалась собственным мотивом восприятия (СМВ). Определяясь свойствами перцептивного материала, СМВ как бы присутствует в самом акте восприятия, побуждает к ориентировочной деятельности, направленной на исследование характера стимуляции.

Таким образом, деятельность испытуемых определялась влиянием двух мотивов — мотива *экспертизы* и СМВ. Эти мотивы находятся в иерархическом отношении: мотив *экспертизы* порожден и опосредован социальными и личными установками испытуемых. Он не только побуждает деятельность, но и придает ей личностный смысл¹. Собственный мотив восприятия играет роль дополнительного стимула. Совместное действие обоих мотивов обеспечивало содержательную интерпретацию картинок. В ряде случаев смыслообразующая функция мотива *экспертизы* могла быть выражена недостаточно. В силу этого непосредственная цель деятельности — содержательная интерпретация — не приобретала самостоятельной побудительной силы. Процесс интерпретации принимал тогда вид формальных ответов. Это явление наиболее ярко проявилось у больных шизофренией.

Качественно иные результаты были получены в вариантах “Б” и “В”, где введение инструкций-мотивов создавало определенную направленность деятельности.

Выступило прежде всего изменение в отношении к эксперименту. В норме это выразилось в том, что у испытуемых появился интерес к заданию и оценке экспериментатора. Изменился и характер формулировок гипотез — они стали более развернутыми, эмоционально насыщенными. Центральное место в описании сюжетных картинок занимает раскрытие внутреннего мира изображенных персонажей. Исчезают формальные ответы.

У больных эпилепсией изменение инструкции привело к полному переструктурированию деятельности. Больные с энтузиазмом приступают к заданию, подолгу с удовольствием описывают картинки. Резко сократилось количество формальных высказываний. Гипотезы становятся значительно более эмоциональными, часто

¹ Это не означает, что в отдельных случаях испытуемые не могли руководствоваться другими мотивами, тем не менее мы полагаем, что выделенный мотив является ведущим.

69

сопровождаются пространными рассуждениями. В своих ответах больные не столько дают интерпретацию картинок, сколько стремятся продемонстрировать свое отношение к событиям или персонажам. Часто это достигается путем приписывания героям определенных ролей. Длинные витиеватые монологи героев комментируются “автором”, вместе с предположением о сюжете дается оценка действующим лицам или событиям. Гипотезы превращаются в “драматические сценки”. Употребление прямой речи, напевная интонация, иногда ритмизация и попытка рифмовать придают ответам исключительную эмоциональность. Приведем для иллюстрации выписку из протокола больного Г-ова.

Больной Г-ов Е. К., 1939 г. рождения, по образованию зоотехник. Диагноз: эпилепсия с изменениями личности. Болен с 1953 г., когда появились первые судорожные припадки. В последние годы отмечались ухудшения памяти, дисфории, раздражительность.

Для мышления больного характерны конкретность, склонность

к детализации. Контактен, к исследованию относится заинтересованно, сообщает, что “всегда любил фантазировать”.

При предъявлении карточек с нечетким изображением отражения света фар на мостовой говорит: “Наступает вечер, собираюсь я гулять и только ожидаю, как милую встречать, идем мы в парк, чтобы потанцевать. И встречаюсь я с ней и — к любимому месту, где встречались, недалеко от парка, где люстры отражались”.

Некоторые изменения наметились и в деятельности больных шизофренией. По сравнению с предыдущим вариантом вдвое уменьшилось количество формальных ответов, у некоторых больных удалось создать направленность на раскрытие содержательной стороны картинок. Тем не менее у 30% больных сохранились формальные констатации и отказы. У больных шизофренией не отмечался тот выраженный комплекс эмоциональных реакций, который характеризует именно деятельность.

Результаты, полученные в варианте “В” (“интеллектуальная инструкция”), показали, что деятельность здоровых испытуемых принимает вид развернутого решения перцептивной задачи. Происходит поиск *информативных* элементов изображения, их сопоставления, построение и проверка гипотез. Формальные описания, неадекватные гипотезы встречаются лишь при затруднениях в определении содержания картинок и составляют промежуточный этап в интерпретации. Приведем описание одного из здоровых испытуемых карточки, на которой изображена группа чем-то взволнованных женщин.

70

“Первое, что бросается в глаза, — это лицо женщины, возможно, матери. К ней тянется мальчик, лицо его сходно с выражением лица женщины, матери. Справа пожилая женщина, возможно, мать. Она что-то говорит, успокаивает... Пятно на спине у мальчика... кровь? Тогда можно объяснить, почему так отчаянно смотрят люди... Почему на первом плане женщины с детьми, а мужчины в стороне? Если бы это было столкновение, то почему с женщинами и детьми? В то же время голова мальчика очень естественно лежит на плече женщины, так что эта версия отпадает... Скорее всего, это момент, когда у людей отнимают что-то очень дорогое. Возможно, из дома выселяют... С другой стороны, из-за дома так не страдают. Возможно, что-то случилось с мужчинами... Да, мне кажется, это вокзал, и мужчин куда-то увозят, поэтому у женщин такие лица”.

Сформулированная испытуемым гипотеза является, таким образом, итогом длительного поэтапного процесса рассуждений. Представляет интерес сравнение этих данных с результатами исследования больных эпилепсией. Больные придавали большое значение экспериментальному исследованию, относились к заданию как к своеобразной *экспертизе ума*. Предъявление картинок вызывает обстоятельное, детализированное описание изображений. При этом наряду с информативными элементами, на основе которых может быть построена гипотеза, привлекаются детали, не несущие никакой смысловой нагрузки.

Больной О-в, 1930 г. рождения, образование 7 классов. Диагноз: эпилепсия травматического генеза с изменением личности по эпилептическому типу. Психический статус: вязок, инертен, многоречив, обстоятелен, склонен к резонерству.

Приводим высказывания больного при предъявлении уже упоминавшейся картинки.

“На этой картинке изображены несколько человек. Слева стоит женщина, около нее другая. Волосы темные у нее. Она сложила руки на груди и плачет. К ней бежит мальчик, поднявши руки, вроде, успокоить хочет... Сзади мальчика женщина держит ребенка или он на чем-то сидит, прижался к ней, обняв ее правой рукой... В левом углу еще две женщины стоят...” и т.д.

Приведенный пример показывает, как деятельность, вначале направленная на содержательную интерпретацию картинки, превращается в скрупулезное описание отдельных ее фрагментов. В некоторых случаях это тормозит процесс выдвижения гипотез, приводя к возникновению формальных ответов.

71

Иной вид имеет деятельность больных шизофренией. Несмотря на “интеллектуальную” направленность исследования, больные не проявляли интереса к заданию, не реагировали на оценку экспериментатора, не корригировали свои ошибки. Деятельность больных характеризуется чрезвычайной свернутостью, отсутствием поисковой активности, столь выраженной в норме. Высказывания больных крайне лаконичны, малоэмоциональны и в основном лишь обобщенно констатируют некоторое сюжетное или предметное содержание картинок: “Какое-то несчастье”, “Человек задумался”.

Анализ результатов исследования в вариантах “А”, “Б”, “В” позволил установить, что изменение мотивации обуславливает разную структуру деятельности, в соответствии с чем изменяется место и содержание процесса восприятия. С введением смыслооб-разующих мотивов образуется новая мотивационная структура, разная в норме и патологии.

72

ГЛАВА V

РАССТРОЙСТВА ПАМЯТИ

Большинство больных жалуются на расстройства памяти. Еще Ларошфуко высказал мысль, что люди часто жалуются на расстройства памяти, но никто не жалуется на недостаточность мышления. И это действительно так. Редко больные говорят о недостатках, неадекватности своих суждений, но почти все замечают дефекты своей памяти. Это происходит отчасти

потому, что признать свою несостоятельность в области запоминания не обидно, в то время как никто не проявляет столь высокой самокритичности по отношению к своему мышлению, поведению, чувствам. Вместе с тем расстройства памяти являются действительно частым симптомом при заболеваниях мозга. Кроме того, ряд нарушений психической деятельности, как нарушение работоспособности, нарушения мотивационной сферы, выступают для самого больного и наблюдающих за ним в виде расстройств памяти.

Проблема расстройств памяти всегда стояла в центре психиатрических и патопсихологических исследований. Это происходит не только потому, что мнестические нарушения являются, как мы только что сказали, часто встречающимся синдромом, но и потому, что проблема памяти наиболее разработана в классической психологической литературе.

Еще И.М.Сеченов [99; 136] указывал на то, что память является “краеугольным камнем психического развития”, что “учение о коренных условиях памяти есть учение о силе, сплачивающей, склеивающей всякое предыдущее со всяким последующим. Таким образом, деятельность памяти охватывает собой все психические рефлексy”. Главную особенность человеческой памяти Сеченов видит не в фотографичности воспроизведения, не в “зеркальности” запечатления, а в переработке воспринятого, в классификации и сортировке воспринятых образов. Именно эта особенность является условием возможности психического развития. И.М.Сеченову [99; 64] принадлежат замечательные слова о том, что память является сложной обобщенной деятельностью: “Самые простые наблюдения убеждают нас в том, что знания в умственном складе

73

у взрослого в самом деле распределены не зря, а в определенном порядке, как книги в библиотеке”. Структура процесса запоминания и воспроизведения сложна, те особенности, которые присущи любой форме человеческой деятельности — опосредованность, целенаправленность, мотивированность — относятся и к памяти (Л.С.Выготский, А.Н.Леонтьев, И.П.Зинченко, А.А.Смирнов, Л.В.Занков и др.). Поэтому и распад мнестической деятельности принимает различные формы. Анализ расстройств памяти становится особенно актуальным, благодаря переходу к “поуровневым” исследованиям психической деятельности человека (А.Н.Леонтьев). Изучение памяти как мотивированной, направленной, опосредованной деятельности является конкретизацией такого подхода.

Исследования, посвященные патологии памяти, идут в разных направлениях: а) клиническое направление (С.С.Корсаков, Ю.Грюнталь, В.А.Гиляровский, Р.Я.Голант, С.Г.Жислин, М.А.Мар-заганова). Его представители связывали расстройства памяти

с определенными синдромами, нозологическими единицами и не ставили перед собой задачи раскрытия их психологических механизмов; б) психофизиологическое и нейропсихологическое направления (В.Пенфилд, В.Сковилл и Б.Милнер, Ж.Барбизе, Л.Т.Попова, М.Климковский, Д.Талланд, А.Р.Лурия, Е.Н.Соколов, Л.П.Латаш, Н.К.Киященко и др.). В работах представителей этого направления содержится анализ психофизиологических основ памяти, изучается природа мнестических нарушений при очаговых поражениях мозга; в) психологическое направление, которое в основном рассматривает вопросы организации памяти и ее нарушений. Теоретические и методологические позиции, на которых базируются представители этого направления, крайне неоднородны, а порой противоречивы. К этому направлению примыкают работы ряда современных зарубежных авторов, ограничивающихся констатацией наличия или отсутствия организации запоминания при психических расстройствах (Г.Берксон и Г.Кантор, В.Осборн, В.Валлас и В.Андервуд и др.). К нему следует отнести исследования, синтезирующие основные понятия гештальтпсихологии с теоретико-информационными идеями (Г.Спитз). В это же направление включаются и работы отечественных психологов, подвергающих анализу расстройства памяти с позиции теории о предметной деятельности (А.Н.Леонтьев, Г.В.Биренбаум, Р.И.Меерович, Б.В.Зейгарник, А.Р.Лурия, Б.И.Бежанишвили, Л.В.Бондарева и др.).

Исследования патологии памяти важны в теоретическом отношении, так как они позволяют выяснить, какие структуры, факторы участвуют в протекании мнестической деятельности, и

74

сопоставить данные о нарушенных звеньях мнестической деятельности с разработанной отечественными психологами системой взглядов на формирование процессов памяти.

Исследования расстройств памяти важны также для практических вопросов психиатрической клиники. Нередко данные о нарушении памяти, полученные при патопсихологическом эксперименте, не совпадают с представлениями самого больного о характере своей мнестической деятельности. Например, больные жалуются на ослабление памяти, которое мешает им в работе, в то время как психологическое исследование этого нарушения не выявляет. И наоборот, некоторые больные успешно справляются со своими профессиональными обязанностями, требующими удержания материала, данные же психологического эксперимента обнаруживают расстройства мнестической деятельности. Анализ подобного несовпадения оказывается часто очень важным при решении экспертных вопросов, при трудовых рекомендациях, выборе коррекционных мероприятий. Они важны еще в том отношении, что помогают согласованию понятий психиатрии и психологии.

Эти факты свидетельствуют о том, что в основе нарушений памяти лежат различные факторы, которые должны быть подвергнуты психологическому анализу. Результаты их изучения могут оказаться полезными при установлении диагноза, разграничении синдромов и в практике восстановительной работы с больными.

В исследовании патологии памяти наиболее важными представляются следующие вопросы: а) проблема строения мнестической деятельности опосредованного и неопосредованного, произвольного и произвольного запоминания; б) вопрос о динамике мнестического процесса; в) вопрос о мотивационном компоненте памяти. Следует отметить, что не всегда удается вычленить в каком-нибудь определенном, частном амнестическом синдроме отдельно эти характеристики, большей частью они переплетаются; однако экспериментально удается нередко выделить ведущую роль того или иного компонента.

Анализ амнестического синдрома усложняется еще тем обстоятельством, что так называемые *ядерные* симптомы, вызванные непосредственно болезненным состоянием мозга, сливаются со вторичными, наслаивающимися на них симптомами. Мысль Л.С.Выготского о переплетении так называемых *культурных* и *натуральных* функций психических процессов с особенной четкостью выявляется в нарушениях памяти; экспериментальные исследования в этой области позволяют выделить преимущественно функциональную значимость этих симптомов.

75

§ 1. Нарушение непосредственной памяти

Корсаковский синдром. Одним из наиболее исследованных расстройств непосредственной памяти является нарушение памяти на текущие события, при котором относительно интактным остается память на события прошлого; так называемый корсаковский синдром, который был описан известным отечественным психиатром С.С.Корсаковым при тяжелых алкогольных интоксикациях. Этот вид нарушений памяти часто сочетается с конфабуляциями в отношении текущих событий и дезориентировкой в месте и времени. Два последних признака могли быть слабо выражены, но первый всегда чрезвычайно выражен и составляет основной радикал этого страдания (забывание текущих событий).

Впоследствии оказалось, что корсаковский синдром может обнаружиться при других диффузных поражениях мозга неалкогольного генеза (К.Гампф, И.Делей) и также при поражении определенных ограниченных мозговых систем (В.М.Бехтерев, Ю.Грюн-таль, Б.Милнер). Больные, у которых имеют место подобные амнестические явления, не помнят, как мы говорили выше, событий недавнего прошлого, но воспроизводят те события, которые были много лет тому назад. Так,

подобный больной может правильно назвать события из своего детства, школьной жизни, помнит даты общественной жизни, но не может вспомнить, обедал ли он сегодня, посетили ли его вчера родственники, беседовал ли с ним сегодня врач и т.п. Если подобного больного спросить, навещали ли его сегодня родственники, нередко можно получить ответ: “Я не помню, но у меня в кармане папиросы — значит, жена приходила”. Такие больные здороваются по несколько раз, задают один и тот же вопрос, обращаются по многу раз с одной и той же просьбой, производят впечатление назойливых людей.

При анализе структуры корсаковского синдрома вставал вопрос о том, является ли забывание недавнего прошлого следствием дефекта воспроизведения или удержания материала.

Ряд экспериментальных данных говорит за то, что речь идет о плохом воспроизведении. Еще в 1911 г. Э.Клапаред описал интересные факты, выступившие у подобных больных. Э.Клапаред несколько дней подряд здоровался с больным, при этом незаметно для больного колол его при рукопожатии спрятанной иглой. Больной перестал подавать Э.Клапареду руку, но при этом не узнавал его, не помнил ни самого факта укола, ни того, что с ним здоровались.

А.Н.Леонтьев (1935) вырабатывал у подобных больных условный рефлекс на болевой раздражитель, хотя больные не помнили

76

и не осознавали самого этого факта. Все эти данные говорят о том, что у больных нарушается процесс воспроизведения. В нашей лаборатории были поставлены следующие эксперименты с больным, у которого после тяжелого брюшного тифа развился корсаковоподобный амнестический синдром. Больной должен был в течение некоторого времени нажимать на кнопку при зажигании зеленой лампочки. На следующий день больной, введенный в кабинет, не только не помнил, что он вчера делал, но отрицал сам факт того,

что он вчера был в этом кабинете, не узнавал экспериментатора, однако, когда стала зажигаться лампочка зеленого цвета, он стал нажимать на кнопку и не производил этого действия, когда зажигалась лампочка другого цвета. Спрошенный, почему он это делает, больной удивленно пожал плечами: “Не знаю”. Эти и многие другие экспериментальные факты свидетельствуют о том, что процесс усвоения был у больных не нарушен.

О том, что при корсаковском синдроме имеют место затруднения процесса воспроизведения, а не слабость образования следов, говорят также данные школы грузинских психологов. Исследования Б.И.Бежанишвили [10], проведенные под

руководством И.Т.Бжалавы, показали нестойкость, грубость, иррадированность оптической установки больных корсаковским синдромом.

Эти данные согласуются с выводами А.Р.Лурия, Н.К.Киященко о том, что нейрофизиологическими механизмами корсаковского синдрома являются нарушения ретроактивного торможения, а не слабость следообразования.

Экспериментально-психологическое исследование непосредственной памяти обнаруживает низкое плато без наращивания.

Одним из примечательных особенностей при корсаковском синдроме являются конфабуляции, т.е. заполнение провалов памяти несуществующими событиями. Так, один из больных заявил, что он сегодня “ходил в лесок по грибы”, другой заявил, что “он вчера был дома, на заводе, ему там устроили пышную встречу”. Для иллюстрации приводим выписку из истории болезни больного Б-ка.

Больной Б-к, 33 года (история болезни доктора Белоусовой). Поступил в психоневрологическую больницу №420.111944 г., умер 13.V1944г. В прошлом здоров. По характеру — живой, активный. 23.11 1943 г. ранен осколком мины в правую лобную область. Первые 14 дней после ранения состояние тяжелое, сознание спутанно, резкое двигательное возбуждение.

Рентгенограмма от 6.III 1943 г. В лобно-теменной области справа определяется костный дефект размером 4x3 см. Разрушение лобной пазухи с проникновением костных и 2-х металлических осколков на глубину 1—4 см.

77

Психическое состояние: ориентирован неточно. Правильно называет год. Месяца и числа не знает. Во время беседы прежде всего обращает на себя внимание эйфория. Больной всегда пребывает в прекрасном настроении, его ничто не огорчает, все неприятности, неудобства, перенесенное ранение, болезнь кажутся ему незначительными и неважными. Он всегда широко улыбается, приветливо встречает врача, утверждает при этом, что чувствует себя “великолепно”, что он совершенно здоров. Речь свою непрерывно сопровождает громким смехом. Со смехом рассказывает о пребывании в психиатрической больнице, о своей неопрятности. Все эти факты считает незначительными и несущественными. Ранен он только в череп, а “мозг здоров”. Он удивлен, почему его задерживают в больнице и “заставляют даром есть хлеб”. Периодически он обращается к врачу с просьбой отпустить его домой, однако пребыванием в психиатрической больнице по существу не тяготится. Наряду с указанной эйфорией, которая наступает преимущественно в процессе беседы, в течение дня больной пассивен, лежит в постели, молча укрывшись с головой одеялом, не давая никакой реакции на окружающее.

Быстро, не задумываясь, отвечает на вопросы, однако ответы чаще носят случайный характер. На этом фоне выступают выраженные нарушения памяти на текущие события. Больной не помнит того, что он ел к завтраку, не знает, какой вопрос ему задавал только что врач. Прослушав радиопередачу, больной не только не может рассказать ее содержание, но не помнит самого факта, что он слушал радио. Точно так же он не помнит, что сосед по палате читал ему фельетон газеты. Во время беседы с экспериментатором больной нечаянно пролил чернила, испачкав рукав халата. На вопрос, откуда взялись чернильные пятна на столе и рукаве, больной отвечает “не знаю, вероятно, дали мне такой халат”. Утверждает, что ходил сегодня в “рощу березовую гулять”. Указанные конфабуляторные высказывания держатся стойко, больной повторяет их в одних и тех же вариантах, упорно настаивая на своем, не поддаваясь разубеждению. Также упорно и настойчиво отрицает факты, имевшие место в действительности. При этом больной помнит события и факты своей прошлой жизни, начало войны, год женитьбы.

Нарушения памяти больной не замечает, утверждая, что у него “прекрасная память”.

За последние две-три недели усиливается вялость и аспонтанность, нарастает неврологическая симптоматика: выраженный двусторонний симптом Кёрнига, ригидность затылка. Повышение коленных рефлексов больше справа. Больной оглушен, вял, медленно отвечает на вопросы. Несмотря на тяжелое соматическое состояние, по-прежнему утверждает, что чувствует себя “прекрасно”. 13.V 1944 г. больной умер.

Патолого-анатомический диагноз: гнойный абсцесс в правой орбитально-лобной области с прорывом в правый боковой и 4-й желудочки мозга.

78

Диффузный, преимущественно базиллярный лептоменингит, ограниченный пахи-менингит в местах дефекта лобной кости.

Данные экспериментально-психологического исследования больного Б-ка. Больной без всякой заинтересованности относится к эксперименту, выявилась нецеленаправленность действий больного. Он не может выполнять задания, требующего учета прежних действий. Так, классифицируя картинки, он образует много одноименных групп. Когда больной образовал 2 группы животных и экспериментатор обратил его внимание на это, больной удивился: “А разве я уже собирал животных?” Задания же, не требующие запоминания только что совершенных действий, больной выполняет: объясняет правильно переносный смысл поговорки, метафоры, справляется с заданием “метод исключения”, но спустя 3 минуты не помнит, что выполнял.

Выявляются грубые нарушения памяти; из 5 предъявленных слов он воспроизводит после 5-кратного повторения лишь последнее. Больной запомнил 1, 2, 0, 1, 1 слово. Применение опосредования (по методу А.Н.Леонтьева) ему не помогает. Из 10 слов он запомнил лишь 2 слова (хотя сам процесс опосредования ему в принципе доступен). Точно так же больной не может воспроизвести сюжет простого рассказа (“Галка и голуби”).

Экспериментатор: “Почему галка полетела к голубям?”

Больной: “А кто ее знает, захотела и полетела”.

Экспериментатор: “Может, она слышала, что у голубей хорошая пища была?”

Больной: “Может быть, галки прожорливые, но и голуби тоже любят поклевать”.

Экспериментатор: “Ну, а кто кого выгонял из гнезда? Кто перекрасился?”

Больной: “Никто никого не выгонял. Какая раскраска? Не понимаю, о чем вы толкуете?”

Спустя 10 минут больной отрицает сам факт исследования, говорит, что никогда не видел экспериментатора.

Часто нарушения памяти на события недавнего прошлого не достигают столь выраженной степени. Корсаковский синдром может проявиться в неточности воспроизведения слышанного, виденного, в неточной ориентировке. При этом возникает иногда ложное воспроизведение, без грубых конфабуляций: нередко больные сами замечают дефекты своей памяти, пытаются восполнить ее пробелы, придумав несуществовавший вариант событий. Таким образом, нарушение памяти на недавние события сочетается у больных

с недостаточной ориентировкой в окружающем; реальные

79

события могут то отчетливо выступать в сознании больного, то переплетаются причудливо с неимевшими место событиями; невозможность воспроизведения информации настоящего момента приводит к невозможности организации будущего, по существу у больных нарушается возможность увязывания отдельных отрезков жизни.

Не случайно ряд авторов (А.Р.Лурия, В.А.Гиляровский) увязывают наличие корсаковского синдрома с нарушениями сознания. А.С.Шмарьян (1948) тоже указывал на то, что расстройства гнозиса пространства и времени являются одним из механизмов развития корсаковоподобного амнестического синдрома, наблюдаемых при тяжелых травмах мозга.

Особую форму приобретают расстройства памяти при корсаковском синдроме, если они развиваются на фоне выраженной аспон-танности, т.е. грубых нарушений мотивационной сферы, как это имеет место у больных с поражениями лобно-базальных отделов мозга. Наблюдая вместе с Ю.Б.Розинским (1948) подобных больных, мы могли обнаружить, что такие нарушения памяти обнаруживаются на фоне апатического и эйфорического состояния.

При апатическом состоянии деятельность больных оказывается лишенной произвольности, целенаправленности; для таких больных недоступен выбор, спонтанное переключение с одного предмета деятельности на другой, проявление инициативы, у них отсутствует потребность окончить начатое дело. При эйфорическом состоянии часто наблюдалась расторможенность, легкомысленно-дурашливое поведение, расстройства критики.

Недостатки памяти больные восполняют конфабуляторными высказываниями. Мы наблюдали больных, которые вместо описания предъявляемых им рисунков рассказывали о чем угодно, но не о том, что в действительности было предложено. Им значительно легче было создать любой несоответствующий ситуации вариант, чем адекватно сообщить о виденном или слышанном.

В силу дезориентировки у них была нарушена адекватная оценка окружающего. Им было недоступно соотнесение прошлого и настоящего в плане временной характеристики событий. Приводим для иллюстрации историю болезни больного Е.

Больной Е., 1941 г. рождения, электромонтер (история болезни из практики доктора Ю.Б.Розинского).

Анамнестические данные. Со слов родных, родился и развивался нормально. В детстве ничем не болел. По характеру всегда был общительным, живым, активным, инициативным. Учился хорошо, к учебе проявлял интерес, 24-х лет больной женился, приобрел специальность электромонтера. Всегда очень активный, являлся

80

примерным производственником. Дома — очень внимателен к родным, заботлив, мягок. Много времени проводил за книгами — “любитель почитать”.

21 сентября (больной попал под поезд) был доставлен в Перовскую больницу, где пробыл по 25 сентября. Диагноз при поступлении: перелом основания черепа, ушибленная рана лба. После удаления сгустков крови в области лобной кости слева линейная рана длиной 5 см с рваными краями. Рана проникает до кости. Другая линейная рана на левой брови, длина ее 2 см. Под кожей черепного свода широкая гематома, занимающая лобную, почти половину теменной и височной области. Произведена операция. Напряженная твердая мозговая оболочка разрезана крестообразно. Из-под нее стали выходить сгустки крови и жидкая кровь. На рану наложены швы.

26 октября. Неориентирован; говорит, что травма была 4 года назад. Он родился в 1941 г., но ему 44 года. Соглашается, что тогда ему не может быть 44 года, “надо взять послужной список и посмотреть”. Работал он “на этом, в котором говорили лет 5”. Месяц назвать не может: “Сентябрь, октябрь, ноябрь — выбирайте любой”.

Жену и дочь, пришедших к нему, не узнал. Во второе посещение через 2 недели его состояниг было лучше, он узнал родных, но отнесся к их приходу совершенно равнодушно, считал, что он находится дома, что родные не пришли, а находятся здесь с ним постоянно. Тотчас забывал все, что ему говорили и что говорил сам. Не высказывал никаких желаний, просьб. Совершенно равнодушно отнесся к уходу родных, ни о чем их не спрашивал.

21 ноября переведен в нервно-психиатрическую клинику Центрального института психиатрии.

Неврологический статус. Малоподвижен, застывает в однообразных позах, ходит мелкими шагами. Амимичен. Слегка уплощена левая половина лобной кости, там же костный дефект, видна пульсация. Правый зрачок неправильной формы, расширен, не реагирует на свет. Легкая асимметрия лица. Язык по средней линии. Легкая неустойчивость в позе Ромберга. Гиперкинезов нет. Брюшные рефлексы слева ниже, чем справа. Сухожильные и периостальные рефлексы на верхних конечностях очень живые. Коленные и ахилловы равные, но повышенные. Патологических рефлексов нет.

Рентгенологическое исследование. Перелом свода и основания черепа с развитием спонтанного пневмоцефалона на почве травматической порэнцефалии.

Исследование спинно-мозговой жидкости. Цитоз 152/3, белок 0, 5%, реакция Нонне-Апельта положительная, реакция Вейхброта слабо положительная, реакция Ланге 11122100. Реакция Вассермана, Закс—Витебского, Кана — отрицательные.

Психический статус. Больной не ориентирован, вял, пассивно лежит в постели, не меняя позы. Амимичен. Будучи неопрятен мочой, может длительное время лежать в мокром белье, никогда

сам ни о чем не попросит. На вопросы отвечает односложно, после длительной паузы, часто не отвечает совсем.

Данные психологического исследования и клинических наблюдений показали, что поведение больного, его ответы зависят от обстановки и конкретных вещей, среди которых он находится. Будучи введен в кабинет врача, подходит к столу, начинает разбирать на нем бумаги. Увидев раскрытую папку, закрывает ее. Заметив карандаш, берет его и начинает писать на лежащей перед ним папке, или бумаге, или книге, наконец, просто на столе. Книгу, лежащую перед ним, берет и начинает читать. На вопрос о том, что там пишут, ответил: “Об авторе пишут”.

На фоне подобного ситуационного поведения выступают грубые нарушения памяти. Больной не может воспроизвести события, относящиеся к периоду до травмы и после нее, так же как факт самой травмы. Больной не запомнил сюжета рассказанного ему рассказа: “Что-то вы мне рассказывали”. Из 10 слов после многократного повторения не запомнил ни одного: “А вы мне ничего не говорили”. Не помнит имени врача, имен окружающих его больных. Выйдя из палаты, он не в состоянии отыскать ее, в палате не находит свою постель. Не может сказать, сколько человек лежит с ним в палате, совершенно не способен указать время дня: утром может сказать, что это вечер, и наоборот, и даже завтрак или ужин не являются для него опознавательными моментами времени. На один и тот же вопрос больной каждый раз дает разные ответы, никогда не задумываясь. У него то пятеро, то четверо, то, наконец, двое детей, имена их каждый раз различны. Он находится то в школе, то на производстве. Имеют место конфабуляторные высказывания. Он ходил сегодня в лес, собирал ягоды и грибы. На вопрос, как же могут быть ягоды и грибы в декабре, больной отвечает: “Такой уж лес попался”. Год, месяц, число, время года каждый раз называет различные. Иногда отвечает на вопросы неопределенно. Нередко его ответы приобретают уклончивый характер. Например, спрошенный о том, что он знает о начале своего заболевания, больной отвечает: “То же, что и вы”. — “А что знаем мы?” — “То, что знаем мы вместе”. На вопрос, что же мы знаем вместе, больной отвечает: “Ничего”. Часто больной соглашается с тем, что все его высказывания не соответствуют действительности, и тут же он начинает утверждать, что все сказанное “совершенно правильно”. Явная противоречивость его совершенно не смущает. Из памяти больного выпал весь период с момента травмы и до нее. События более давние сообщает

правильно. Называет свою специальность, дает некоторые сведения о своей учебе и более ранние анамнестические сведения.

Прогрессирующая амнезия. Расстройства памяти распространяются часто не только на текущие события, но и на прошедшие: больные не помнят прошлого, путают его с настоящим; они смещают хронологию событий; выявляется дезориентировка во времени и пространстве. Временами такие нарушения памяти носят гротескный характер; так, одной больной казалось, что она живет в начале этого века, что только что кончилась первая мировая война, только что началась Октябрьская революция.

В.А.Гиляровский описывал в 30-х годах больную, которой казалось, что она живет у помещика, она боялась “барыни-помещицы” потому, что “не успела выстирать белье”.

В этой амнестической дезориентировке звучат часто прошлые профессиональные навыки. Так, один из наших больных (в прошлом официант в ресторане) считал, что он во время обеда обслуживает посетителей, требовал, чтобы они (больные) ему заплатили за еду, иначе он позовет “хозяина”. Подобные нарушения памяти отмечаются часто при психических заболеваниях позднего возраста, в основе которого лежит прогрессирующая, качественно своеобразная деструкция коры головного мозга. Клинически болезнь характеризуется неуклонно прогрессирующими расстройствами памяти: сначала снижается способность к запоминанию текущих событий, стираются в памяти события последних лет и отчасти давно прошедшего времени. Наряду с этим сохранившееся в памяти отдаленное прошлое приобретает особую актуальность в сознании больного. Он живет не в настоящей реальной ситуации, которую не воспринимает, а в обрывках ситуаций, действий, положений, имевших место в далеком прошлом. Такая глубокая дезориентировка с отнесением в отдаленное прошлое представлений не только об окружающей обстановке и близких людях, но и о собственной личности при старческом слабоумии развивается постепенно.

Такие расстройства памяти, характеризующиеся “жизнью в прошлом”, ложным узнаванием окружающих, с адекватным этой ложной ориентировке поведением возникают в основном при старческом слабоумии. В основе его лежит диффузный, равномерно протекающий атрофический процесс коры головного мозга.

С.Г.Жислин высказывает предположение, что неясное восприятие мира при старческом слабоумии обусловлено расторможенностью выработанных дифференцировок, общим ослаблением анализаторных функций коры. Ставшие инертными нервные процессы не могут поспевать за сменой разыгрывающихся событий,

83

идуших из реальной жизни, и фиксируют лишь отдельные части, компоненты обстановки и ситуации. Все описанные явления протекают на фоне интеллектуальной обедненности, обусловленной гибелью огромного числа клеток коры.

В нашей лаборатории проведено психологическое исследование группы больных в возрасте от шестидесяти до восьмидесяти трех лет. Исследование познавательных процессов проводилось с помощью методик: заучивание десяти слов, опосредованное запоминание по А.Н.Леонтьеву, воспроизведение рассказов, установление простых аналогий, объяснение метафор и пословиц. Прежде всего выявилась недостаточная активность процесса запоминания. Больные фактически не принимали задачу “запомнить”. Об этом свидетельствует то, что ни одна из испытуемых не смогла воспроизвести ни одного слова при опосредованном запоминании (по А.Н.Леон-тьеву). Вместо этого больные называли предметы, нарисованные на картинках, хотя связи между запоминаемым словом и картинкой часто устанавливались адекватно. Объем памяти у этих больных был очень мал и в среднем составлял 4 слова. Форма кривых запоминания имеет форму плато (рис. 1).

У некоторых больных кривые запоминания имеют зигзагообразную форму, что говорит о неустойчивости, истощаемости мнестических процессов больных.

Очень низка прочность запоминания. Никто из больных не мог припомнить ни одного из десяти слов при отсроченном воспроизведении. Показательно в этом отношении также воспроизведение рассказов. Бывали случаи, когда больные, дойдя до середины рассказа, обнаруживали, что не помнят конца, искажали его сюжет. Малейшее отвлечение, пауза между предъявлением и воспроизведением рассказа, какая-нибудь фраза, взгляд в сторону — все способствует быстрому забыванию. Больная, только что верно начавшая передавать содержание, с трудом вспоминает. О чем в нем шла печь, а через минуту заявляет, что никакого рассказа она не слышала, что “мы просто сидим и беседуем о разных вещах”.



Рис. 1. Воспроизведение слов

Уровень умственных достижений подобных больных в течение эксперимента колеблется, особенно при выполнении заданий, требующих длительного удержания направленности мысли и постоянного отторгивания несоответствующих связей

простые аналогии, установление связи между

84

словом и карточкой в методике на опосредованное запоминание). Чрезмерная отвлекаемость, соскальзывание мысли по побочным ассоциациям являются характерными для обследованной группы больных. Так, больная, которая начала верно выполнять задание, вдруг предлагает какое-нибудь совсем нелепое решение или, забывая о том, что ей нужно делать, отвлекается и начинает говорить о посторонних вещах. Потом снова возвращается к заданию и правильно продолжает его.

Приводим для иллюстрации выписку из истории болезни больной З.А.

Больная З.А., 1905 г. рождения, диагноз — старческое слабоумие. Наследственность не отягощена. Окончила гимназию, работала секретарем-машинисткой, потом занималась домашним хозяйством. Была замужем. Детей не имела.

Последние восемь лет жалуется на боли в сердце, отекают ноги. В 1966 г. акционировалась в соматическую больницу, диагноз: атеросклероз, нарушение водно-солевого и жирового обмена.

По словам соседей, с 1966 г. начала меняться по характеру: стала раздражительной, злобной. Пенсию тратила почти всю на сладости, которые раздавала знакомым. Себя плохо обслуживала, ей помогала сестра. По ночам спала плохо, стучалась к соседу, говорила, что ей страшно, у нее воруют вещи через форточку. Психиатром психоневрологического диспансера 25 февраля 1967 г. направлена в больницу им. Ганнушкина.

В больнице первое время жалуется на преследование со стороны соседей, которые хотят украсть у нее ключи от комнаты, телевизор, делают дырки в двери ножом, ругаются. Часто пишет жалобы заведующей отделением на больных, которые якобы украли у нее много вещей: кастрюлю, шкаф, одежду, белье, стол, посуду. Критика к своим высказываниям отсутствует, неряшлива, прожорлива. Остатки еды прячет в постели, возбуждается, плачет, когда эти остатки от нее отбирают. Пребыванием в больнице тяготится, просит о выписке. 12 ноября 1967 г. выписана на попечение сестры.

Через несколько месяцев состояние опять ухудшилось. Жаловалась, что соседи часто говорят о ней по телефону, ругают ее. В марте 1968 г. стала утверждать, что в соседней комнате по магнитофону и по радио называют ее фамилию, угрожают выселить из квартиры в три дня. Стала подозрительной, злобной, ночью не спала, ходила по квартире, зажигала свет, стучала к соседям в двери. 27 мая была вновь стационарирована в больницу им. Ганнушкина.

Психическое состояние. Ориентирована, в беседу вступает охотно, говорит тихим голосом. С удовольствием пишет ответы на бумаге. Крайне слабодушна. Первое время жалуется на преследование со стороны соседей.

85

Рассказывает, что даже в больнице в первые дни слышала, как по радио говорили о ее выселении. Последнее время поведение в больнице упорядоченное. Бреда не высказывает, галлюцинации отрицает. Пребыванием в больнице не тяготится. Все свободное время сидит на излюбленном месте за столом у окна, никого туда не подпускает, очень сердится, если кто-то из больных занимает его. С врачом общается охотно, с больными не общается. В часы трудотерапии работает.

Протокол экспериментально-психологического исследования больной З.А. Из 10 слов больная воспроизводит 5, 2, 5, 3, 4 слова. При отсроченном воспроизведении — 3 слова. Содержание несложного задания передать не может. Переносного смысла пословиц, метафор не понимает, не может сложить простейшего узора в методике Кооса. С трудом улавливает содержание картины.

Объяснение пословиц и метафор

Метафоры и пословицы	Объяснение больной
Каменное сердце	Нечуткий, некультурный человек; полюбила его — не любит; вышла замуж — изменяет. Женщина обычно переживает. Женщины вообще лучше, чем мужчины. Мужчины некультурные, нечуткие, грубые... Может быть и у женщины, и у мужчины. И все они прекрасные. Умные. Смелые. Свободные. И любят друг друга всю жизнь.

Золотая голова	<p>Полюбила его, а он женат. Бывает и так. Такое несчастье!..</p> <p>Не будь таким нахальным, невежливым, хулиганом. Не ходи, куда не нужно.</p> <p>Работай, будь трудолюбивым, культурным, вежливым. Делай все быстро, хорошо. Люби человека. Все для него делай.</p>
<p>Не в свои сани не садись</p> <p>Куй железо, пока горячо</p> <p>Золотая голова</p>	<p>Золотые волосы могут быть и у блондинки.</p>

86

Воспроизведение рассказов

Экспериментатор	Больная
------------------------	----------------

1. “Галка и голуби” Расскажите	(молчит, нахмурилась) (всхлипывает) Жалко галку. Как они нехорошо поступили. И те прогнали, и другие. И никому она не нужна. Бедная!
Почему ее все прогнали?	Не знаю. Никого нельзя прогонять. Это нехорошо.
2. “Муравей и голубка”	Прощать надо. Надо ласковыми быть (плачет).
Зачем он укусил охотника? А голубка в рассказе была?	Он охотника укусил. Почему? Всегда вот они кусаются. Маленькие, а кусаются.
1. “Галка и голуби”	Вот и я спрашиваю, зачем? Охотник даже закричал, бедный (плачет). Не помню. Была. Бедный охотник.
	(Через три дня)
2. “Муравей и голубка”	Масса голубей... Да, это дело. У каждой птицы свое гнездо, свои привычки. Есть гнезда вороньи, галочки, воробьиные...
	Как муравей стал тонуть, а голубка спасла его. Не знаю, что еще... муравей (отвращение на лице). Они неприятные насекомые, опасные, кусаются. Если кишат муравьи, они кусают человека за ноги. Босиком среди них ходить опасно...

Опосредованное запоминание (по А.Н.Леонтьеву)

Слова	Карточка	Объяснение связи	Воспроизведение
1	2	3	4

Дождь	Фонарь	Никакого дождя нет. Напомнит так: когда темно — тогда фонарь.	Фонарь
Собрание	Дом	Это много людей. Вопросы всякие, здесь соберутся.	Булочная, Кондитерские изделия, кексы, слойки, калорийные...

87

1	2	3	4
Пожар		У нас недавно по соседству был пожар... Надо картинку, где спички, керосин, керогаз, курят папиросы, пьяны, не осторожны...	
Экспериментатор предлагает трубы	Трубы	(с ужасом) неужели это пожар?!	Завод
День		Утро сначала. Говорят, какая погода... есть на дачах.	Петух (курица без хвоста)
Театр	Петух	Сцена, занавес, партер, галерка, ложа есть? Собачки	Лошадка

Драка	Лошадь	ученые, лошадки. Ресторан, пьянство, хулиганы. Бывают убийства. Или палкой по башке трахнут (хохочет).	Большой нож
	Нож		
Праздник		1 мая? Нет, нет, подождите, не 1 мая. Новый год... 8 марта, женский день. Во всем мире праздник. Глобус — во всем мире. Вот бокал еще подходит.	Глобус на подставке
	Глобус	Сама шила. Часы главное, встреча	
Труд			Пиджак
Встреча			Часы
	Рубашка		
	Часы		

Приведенные протоколы выявляют грубое нарушение памяти. Процесс опосредования не улучшает воспроизведения. Больная называет карточки. Больная может частично понять переносный смысл поговорки, но не удерживает его и отвлекается. Суждения больной неустойчивы, правильные суждения чередуются с

неадекватными. Мнестические же нарушения носят стойкий

характер, больная не только не запоминает прошлых событий, но не помнит и настоящего.

§ 2. Нарушение динамики мнестической деятельности

Описанные выше нарушения памяти носили в основном стабильный характер. Хотя степень их выраженности могла меняться, но все же основной радикал этих нарушений (нарушение временной характеристики, амнестическая дезориентировка) оставался стойким.

В других случаях память психически больных может оказаться нарушенной со стороны ее динамики. Больные в течение какого-то отрезка времени хорошо запоминают и воспроизводят материал, однако спустя короткое время не могут этого сделать. На первый план выступают колебания их мнестической деятельности. Если такому больному предложить запомнить 10 слов (при десяти предъявления) и изобразить количество воспроизведенных слов в виде кривой, то последняя будет носить ломаный характер. Больной может после второго или третьего предъявления запомнить 6—7 слов, после пятого — лишь 3 слова, а после шестого — опять 6 слов.

Оценка памяти подобных больных в терминах “память больного снижена”, “память больного не нарушена” не является адекватной. Точно такой же лабильный характер носит воспроизведение какого-нибудь текста. Больные то подробно с детализацией воспроизводят содержание басни, рассказа, то вдруг не в состоянии передать более легкий сюжет. Нередко также нарушения памяти сочетаются с амнестическими западениями в речи: больные вдруг забывают названия каких-либо предметов, явлений, через короткое время спонтанно их вспоминают. Иными словами, мнестическая деятельность больных носит прерывистый характер. Нарушается ее динамическая сторона. Подобные нарушения памяти встречаются у больных сосудистыми заболеваниями головного мозга, у больных, перенесших травмы головного мозга (в отдаленном периоде болезни), при некоторых интоксикациях и профвредностях.

Заслуживает внимания тот факт, что подобные нарушения динамики мнестической деятельности редко выступают у больных в виде изолированного моносимптома. Экспериментально-психологическое исследование выявляет лабильность всех форм их деятельности, их познавательной и эффективно-эмоциональной сферы.

При выполнении интеллектуальных задач, требующих длительного и направленного удержания цели, последовательности суждений, часто обнаруживается нестойкость умственной продукции

больных. Так, в опыте на “классификацию предметов” колебания умственной деятельности могут проявиться в чередовании обобщенных и ситуационных решений. Эпизодически выступающие неправильные суждения и действия выявлялись и при выполнении других методических приемов. Часто адекватное выполнение задания прерывалось внезапно наступающими колебаниями эффективной сферы больных.

Таким образом, нарушение динамики мнестической деятельности проявляется в сочетании с прерывистостью всех психических процессов больных и по существу является не нарушением памяти в узком смысле слова, а индикатором неустойчивости умственной работоспособности больных в целом, ее истощаемости.

Понятие *работоспособность* включает в себя ряд аспектов и факторов: это и отношение к окружающему и к себе, и позиция, принятая человеком в определенной ситуации, и способность регуляции своим поведением, целенаправленность и устойчивость усилий, возможность бороться с истощаемостью и пресыщаемостью. В обсуждаемых нами здесь случаях речь идет в основном о влиянии фактора истощаемости на мнестическую деятельность.

Можно предположить, что нарушение динамики мнестической деятельности является особым частным случаем проявления истощаемости умственной работоспособности больных, проявлением ее неустойчивости.

Следует отметить, что одним из показателей нарушений динамики мнестической деятельности является возможность ее улучшения при применении средств опосредования. В повседневной своей жизни больные сами прибегают к такому способу, отмечая: “Я уже стал делать себе отметочки на память”, “Я себе примечаю что-нибудь, чтобы мне напомнило”. Особенно четко это выступает в психологическом эксперименте.

Однако в некоторых случаях выступили парадоксальные факты: операция опосредования (например, метод пиктограмм) приводила не к улучшению, а к ухудшению процесса воспроизведения. Известно, что акт опосредования своих действий является адекватным свойством психической деятельности зрелого человека, что одним из показателей развивающейся психики ребенка является формирование умения опосредовать свои действия. Однако это опосредование не заслоняет собой содержания деятельности. Несмотря на то что акт опосредования отвлекает на себя усилия человека, оно (опосредование) не разрушает ни усвоения и восприятия человека, ни логического хода его суждений, умозаключений. У исследуемой нами группы больных акт опосредования приводил к парадоксальному явлению — он мешал их

основной деятельности. У больных возникала чрезмерная тенденция к опосредованию, больные были чрезвычайно озабочены нахождением условного обозначения, они опасались, что рисунок не окажется достаточным для запоминания слов. “Как бы мне точнее изобразить — я еще нарисую”. В результате больные воспроизводят опосредованные слова лишь приблизительно; процесс произведения становится недифференцированным. Очевидно, усилия, которые больной прилагал для совершения операции опосредования, приводили к еще большей истощаемости и без того ослабленного состояния бодрствования корковых процессов больного.

Нарушение динамики мнестической деятельности может выступить и как следствие аффективно-эмоциональной неустойчивости. Аффективная дезорганизация больного, часто сопутствующая многим органическим заболеваниям (посттравматического, инфекционного и другого генеза), может проявиться в забывчивости, в неточности усвоения, переработки и воспроизведений материала. Точно так же может действовать и эффективная захваченность больного, приводящая к забыванию намерений, недифференцированному восприятию и удержанию материала. Во всех этих случаях может оказаться измененным именно динамический компонент памяти.

Правильная квалификация нарушений динамики мнестической деятельности, установление степени этих изменений имеет большое значение для самых различных разделов психиатрической практики, особенно при решении вопросов трудового восстановления и трудовых рекомендаций. Утери своей работоспособности больные нередко объясняют снижением памяти, особенно часто такое объяснение применяется при снижении учебной успеваемости. Больные пытаются “тренировать” свою память, “заучивать” по многу раз, “повторять” материал. Между тем забывчивость эта, как мы только что показали, является не моносимптомом, а проявлением нарушенной работоспособности больных в целом. Коррекционная работа в подобных случаях должна состоять либо в создании условий, предупреждающих наступление истощаемости, либо в нахождении путей, которые могут скомпенсировать невозможность удержания цели.

§ 3. Нарушение опосредованной памяти

Работами советских психологов показано, что память является сложной организованной деятельностью, зависящей от многих факторов, уровня познавательных процессов, мотивации,

динамических компонентов (Л.С.Выготский, А.Н.Леонтьев,

П.И.Зинченко и др.) Поэтому следовало ожидать, что психическая болезнь, изменяя эти компоненты, по-разному разрушает и мнестические процессы. Из работ А.Н.Леонтьева известно, что привнесение фактора опосредованности улучшало воспроизведение слов. У больных фактор опосредования, улучшающий запоминание в норме, часто, как указано выше, не только не выполняет своей функции, но становятся помехой. Этот факт был еще в 1934 г. впервые описан Г.В.Биренбаум. Исследуя больных разных нозологии с помощью метода пиктограммы, она показала, что больные утрачивают возможность опосредовать процесс запоминания.

Как известно, метод этот, предложенный А.Р.Лурия, состоит в следующем. Испытуемый должен запомнить 14 слов. Для лучшего запоминания он должен придумать и зарисовать на бумаге что-либо такое, что могло бы в дальнейшем воспроизвести предложенные слова. Никаких записей или пометок буквами делать не разрешается. Испытуемые предупреждены, что качество их рисунка не имеет значения. Точно так же не учитывается и время выполнения этого задания.

Задание по методу пиктограммы может быть выполнено двумя способами. Первый из них заключается в том, что изображение представляет собой условное обозначение понятия, заключенного в слове. Например, для запоминания слова “развитие” можно нарисовать любую маленькую и большую фигуру (квадрат,

круг), для слова “сомнение” — вопросительный знак. К такому приему легко прибегнуть, если испытуемые имеют достаточный образовательный уровень. При втором способе выполнения задания условно изображается понятие, менее общее по сравнению с заданным; первое должно служить как бы условным знаком для второго. Например, то же слово “развитие” может быть представлено более узким значением как “развитие промышленности”, “развитие умственное”, “развитие физическое” и т.п. Изображение любого предмета связано с таким менее общим понятием (фабрики, книги, какого-нибудь спортивного снаряда), может играть роль знака, условно обозначающего понятие “развитие”.

Таким образом, задание требует умения увязать понятие, обозначаемое словом, с любым более конкретным понятием, а это возможно только тогда, когда испытуемый может отвлечься от многообразия конкретных значений, которые содержат понятие, обозначаемое заданным словом, когда он может отгормозить все частные значения, связанные с ним. Иными словами, выполнение этого задания возможно при определенном уровне обобщения и отвлечения и позволяет судить о степени обобщенности и содержательности образуемых испытуемых связей.

Как правило, здоровые испытуемые даже с неполным средним образованием легко выполняют задание. Даже в тех случаях, когда оно вызывает известную трудность, достаточно привести пример того, как его можно выполнить, чтобы испытуемые правильно решили предложенную задачу.

Г.В.Биренбаум, исследовавшая при помощи этого метода нарушение понятий у душевнобольных, указывает на основную трудность интеллектуальной операции при выполнении задания по методике пиктограмм. Она указывала, что круг значений слова шире, чем то, что можно обозначить рисунком. Вместе с тем и значение рисунка шире, чем смысл слова, значение рисунка и слова должны совпадать лишь в какой-то своей части. Именно в этом умении уловить общее в рисунке и слове заключается основной механизм активного образования условного значения. И хотя эта операция опосредования производится довольно легко даже здоровыми подростками, при патологических изменениях мышления создание таких условных связей бывает затруднено.

Само задание создать условную связь при запоминании слова вызывает известные трудности уже потому, что в создании рисунка заключен момент условности, требующий известной свободы мыслительных операций. С другой стороны, условность рисунка может стать столь беспредметной и широкой, что она перестает отражать реальное содержание слова (Г.В.Биренбаум, Б.В.Зейгарник); условность рисунка способствует актуализации латентных свойств предметов (Ю.Ф.Поляков, Т.К.Мелешко, С.В.Лонгинова). Приведем некоторые иллюстрации. У группы больных эпилепсией этот эксперимент вызывал значительные трудности. Так, при необходимости найти рисунок для запоминания слова “развитие” больной К. говорит: “Какое развитие? Оно бывает разное: и развитие мускулов, и умственное развитие. Какое же вы хотите?” Этот больной затрудняется придумать рисунок для запоминания слов “разлука”. “По-разному можно разлучаться; можно с любимой; или сын уходит на войну, или просто друзья расстанутся. Не понимаю, что нарисовать?” Другой больной затрудняется найти рисунок для запоминания словосочетания “больная женщина”. Больной пытается нарисовать кровать, но тут же заявляет, что этот рисунок не подходит, так как больная женщина не обязательно должна лежать: “У нее может быть грипп, и она его на ногах переносит”. Тогда испытуемый решает нарисовать столик с лекарствами, но и это его не удовлетворяет: “Ведь не обязательно больная женщина лекарства принимает”.

Некоторые больные пытаются почти фотографически отобразить в рисунке жизненную ситуацию. Так, при необходимости запомнить

выражение “веселый праздник” больной рисует пляшущих людей, накрытый стол, цветы; рядом рисует флаг.

В результате больные хуже запоминают слова, когда они пытаются прибегнуть к опосредованию. Процесс опосредования мало помогал и тем больным, которые устанавливали чрезмерно формальные связи, связи по созвучию (например, для понятия “сомнение” рисовали рыбу-сом, потому что совпадали первые слоги, или для слова “дружба” — два треугольника).

Проблеме нарушений опосредованного запоминания посвящена работа Л.В.Бондаревой [15]. Предметом ее исследования было выявление и анализ тех многообразных звеньев, нарушение которых лежало в основе патологии процесса опосредования, выявление факторов, “ответственных” за невозможность использования вспомогательных средств, оперирование которыми меняет структуру мнестических процессов и делает их специфическими человеческими (Л.С.Выготский, А.Н.Леонтьев, А.А.Смирнов). Ею были исследованы больные эпилепсией (эта группа состояла из 2 подгрупп — больных “симптоматической эпилепсией” и больных “эпилептической болезнью”) и больные с локальными поражениями мозга (больные с дисфункцией медиобазальных отделов лобных долей мозга и больные с поражением гипофиза и прилегающих к нему областей). В качестве методических приемов были использованы методика непосредственного заучивания слов и методика опосредованного запоминания (по А.Н.Леонтьеву и А.Р.Лурия).

Основным результатом работы Л.В.Петренко было установление снижения эффективности опосредованного запоминания по сравнению с непосредственным запоминанием у определенной группы больных, факт, вступающий в противоречие с результатами, полученными при исследовании здоровых людей, взрослых и детей (А.Н.Леонтьев). При этом у разных групп больных опосредованная память нарушалась неодинаково: если у больных симптоматической эпилепсией опосредованно лишь в некоторой степени способствовало повышению результативности запоминания, то в группе больных эпилептической болезнью введение опосредования даже препятствовало воспроизведению, снижало его продуктивность.

Для объяснения этого явления Л.В.Петренко обратилась к анализу того, как осуществляется деятельность опосредования. Главным показателем, позволяющим судить о том, в какой степени используются различные средства, совершенствующие структуру запоминания, служил анализ связей, создаваемых больными при исследовании опосредованной памяти.

94

Л.В.Петренко выделила две категории связей, устанавливаемых больными эпилепсией при применении методики А.Н.Леонтьев. Первая из них включила связи по значению, при установлении которых больные руководствовались объективными свойствами предметов и явлений, их общественно зафиксированным значением. Первым параметром, образующим связи второго вида, был внешний момент — впечатление испытуемого, на которое влияли либо особенности предъявления материала, либо эмоциональные субъективные факторы.

Вторым параметром явился динамический аспект процессов опосредования, анализ его временных характеристик. Он мог быть: а) динамически адекватным, основанным на последовательном оперировании отдельными элементами; б) нецеленаправленным, при котором больные не останавливались на выделенном опосредствующем звене, а продолжали “нанизывать” детали, перечислять второстепенные свойства элементов связи. В качестве третьего параметра изучения опосредованной памяти был принят анализ самого процесса воспроизведения.

Наиболее частым феноменом при ошибочном воспроизведении в обеих группах больных было название слов или фраз, отражающих значение самого используемого средства: воспроизведение актуализировало то, что должно было послужить только связующим звеном, переходным моментом от заданного слова к выбираемой карточке и, наоборот, от карточки к слову. Так, например, для опосредования запоминания слова “прогулка” испытуемый берет карточку, на которой изображено дерево и воспроизводит: “Дерево, кажется, елка”; другая больная для запоминания этого же слова берет карточку с изображением забора, мотивируя: “Я всегда гуляю до соседского забора”, воспроизводит слово “сосед”. Если применить для изложения процесса опосредованного запоминания схему А.Н.Леонтьева А—Х—А, где А обозначает предложенное для запоминания слово, Х—устанавливаемую для запоминания связь, то выяснилось, что патологическое изменение мнестических процессов часто приводило к воспроизведению типа А— Х-Х или А-Х-У.

Л.В.Петренко [79] была высказана гипотеза, что нарушение опосредованного запоминания обследованных ею групп связано со всей структурой нарушенной деятельности больных. Выявленная с помощью детального экспериментального исследования (с помощью методик “классификация предметов”, метода исключения, счета по Крепелину, исследования уровня притязаний, процесса насыщения и т.п.) общая психологическая характеристика исследованных больных подтверждает ее гипотезу. Если у

95

больных симптоматической эпилепсией нарушения опосредования были связаны с колебаниями их работоспособности, то у больных эпилептической болезнью они могли быть объяснены повышенной инертностью, гипертрофированным желанием отобразить все детали. Последние данные соответствуют результатам исследований И.Т.Бжалавы и Н.В.Рухадзе, которые отмечают, что больные эпилепсией действуют на основе заранее фиксированной установки, носящей инертный и интермодальный характер.

§ 4. Нарушение мотивационного компонента памяти

Данные, приведенные нами в предыдущих параграфах, касающиеся нарушений памяти, показали, что в различных формах мнестических изменений находит свое отражение по-разному измененная структура деятельности. Мы показали, как нарушение процесса обобщения, опосредования, динамики влияют на процесс воспроизведения, меняют соотношение непосредственной и опосредованной памяти.

В данном параграфе мы остановимся на роли мотивационного компонента в строении мнестической деятельности.

Современная психология не является больше наукой об отдельных психических функциях. Наши психические процессы следует рассматривать как разные формы психической деятельности, которые формируются в онтогенезе. В зависимости от той задачи, на решение которой направлена наша деятельность, она принимает форму того или иного процесса (восприятия, памяти). Поэтому в отношении всех наших процессов должна быть применена та же характеристика, что к деятельности в целом; иными словами, при анализе этих процессов следует учесть их личностно-

мотивационный компонент. Еще в 1927 г. мы показали это в

экспериментальном исследовании памяти (так называемый

феномен воспроизведения незавершенных действий [140]).

Эксперимент заключался в следующем: испытуемому предъявлялся ряд задач (от 18 до 22), которые он должен был выполнить. Это были задачи различного типа: нарисовать монограмму, сложить определенную фигурку из спичек, нанизать бусы, написать стихотворение, вырезать из бумаги спираль, слепить коробочку из картона, обратный счет (письменно), нарисовать

вазу, из бумаги сложить фигурки, умножение трехзначных чисел,

из проволоки сделать фигурку, решить кроссворд, составить ландшафт (испытуемым даются деревья, животные, люди, дома из цветного картона) и т.п. Инструкция: “Вам будет предложен ряд заданий, постарайтесь их вы-

полнить по возможности точнее и быстрее”. Половину предложенных задач испытуемый выполнял до конца, половина же их прерывалась экспериментатором до того, как испытуемый их завершит. Перерыв происходил таким образом, что экспериментатор предлагал испытуемому другую работу. (Если испытуемый спрашивал, что делать с незавершенной, экспериментатор делал вид, что не расслышал вопроса или занят протоколом; во всяком случае, испытуемый не получал четкого, определенного ответа.) Точно таким же неопределенным оставался для испытуемого порядок чередования окончанных и незавершенных заданий. Сразу после выполнения испытуемым последнего задания экспериментатор спрашивал: “Скажите, пожалуйста, какие вы выполнили задания?”

Следует отметить, что проведение эксперимента, манера и способы “прерывания” являются очень сложной задачей и требуют тщательно продуманной отработки всех звеньев опыта.

Время, в течение которого испытуемый называет задания, не ограничено. Экспериментатор записывает названные задания в порядке их воспроизведения испытуемым.

Воспроизведение носит вначале плавный характер, после чего наступает часто остановка потока перечисленного. Испытуемый начинает активно “отыскивать”, “перебирать” в своей памяти, приведенные количественные данные касаются в основном периода “плавного” воспроизведения. После окончания опыта экспериментатор спрашивает о том, какие задания показались ему интересными или приятными. Экспериментатор использует также спонтанные высказывания испытуемого во время эксперимента. Для того чтобы исключить влияние структуры различных задач и их индивидуальные различия испытуемые, так же, как и задачи, были разбиты на две группы, которые попеременно меняли свое место.

Данные экспериментов показали, что испытуемые запоминали лучше незавершенные действия. Отношение воспроизведенных ; незаконченных действий [ВН] к воспроизведению законченных [ВЗ] равнялось 1,9

$$\left(\frac{ВН}{ВЗ} = 1,9 \right),$$

т.е. незавершенные действия воспроизводились на 90% лучше, чем завершенные.

Преимущество незавершенных действий перед завершенными проявилось не только в количественном отношении, но и в том, что незавершенные задания назывались первыми.

Выявленная закономерность лучшего воспроизведения незавершенных действий может быть объяснена следующим. У любого здорового испытуемого ситуация опыта вызывает какое-то

97

личностное отношение к ней. У одних испытуемых ситуация эксперимента вызывает желание проверить себя, свои возможности — экспериментальная ситуация приобретает в таких случаях характер некой “экспертизы”, контроля. У других испытуемых ситуация эксперимента вызывала некий задор (“хотелось и себе, и вам показать, что я хорошо справляюсь с задачами”). Наконец, третьи испытуемые выполняли экспериментальные задачи из чувства “долга”, “вежливости”. Как бы то ни было, у любого испытуемого то возникал какой-то мотив, ради которого он выполнял задание. Выполнение задания выступало в качестве мотивированного намерения. При незавершенности действия намерение остается неосуществленным, создается некая аффективная активность (в терминологии К.Левина, “динамическая система”), которая проявляет себя в другом виде деятельности — в данном случае воспроизведении. Ф.В.Бассин [4, 290] сближает это явление с понятием установки школы Д.Н.Узнадзе и говорит, что эта “активность, регулируемая определенной установкой и встретившая какие-то препятствия на пути своего развертывания, оставляет след в состоянии реализующих ее нервных образований, который как таковой не осознается”.

Применительно к приведенным данным можно сказать, что деятельность памяти актуализировала ту аффективную готовность, которая образовалась благодаря личностному отношению испытуемого к экспериментальной ситуации. За это предположение говорят следующие два ряда фактов.

Первый. Преимущественное воспроизведение незавершенных действий не проявляется, если изменить условия эксперимента в следующем направлении: вместо нейтральной просьбы: “Скажите, пожалуйста, какие вы выполнили задания?” — дать испытуемому следующее указание: “Опыт проводился для того, чтобы проверить вашу память; поэтому я попрошу вас перечислить задания, которые вы выполняли”. При такой постановке опыта незавершенные и завершенные действия воспроизводились с одинаковой вероятностью. Сообщение, что опыт проводился для испытания памяти, означало для испытуемого изменение смысла ситуации: актуализировался совершенно новый мотив — продемонстрировать или проверить для себя свои мнестические возможности.

Этот новый мотив, ради которого испытуемый должен был совершить теперь “действие припоминания”, выступал не только в качестве смыслообразующего, но и побудительного, перед испытуемым выступала теперь цель — воспроизвести возможно больше действий. В свете этого мотива задачи были уравнены.

Аффективная готовность к окончанию действий отступала на задний план перед новым мотивом — “воспроизвести возможно больше задач”. Таким образом, деятельность воспроизведения была при новой инструкции по-иному мотивирована; новая мотивация вызывала иной результат.

Другая группа фактов, доказывавшая роль мотивационного компонента в структуре памяти, заключалась в следующем: если этот опыт проводился с испытуемыми в состоянии усталости или в ситуации насыщения, то тенденция к превалированию при воспроизведении незавершенных действий тоже не обнаруживалась, так как в этой ситуации не формировалась тенденция к завершению.

Правильность положения о том, что деятельность памяти является мотивированной, можно было проследить и на материале патологии. Мы проводили эксперимент по воспроизведению завершенных и незавершенных действий у больных с различными формами патологии мотивационной сферы. В зависимости от формы этих нарушений менялась и закономерность воспроизведения. Так, например, у больных шизофренией, в психическом состоянии которых отмечалась эмоциональная вялость, искажение мотивов, мы не получали эффекта лучшего воспроизведения незавершенных действий. У больных с ригидностью эмоциональных установок с их гипертрофией (например, при некоторых формах эпилептической болезни) превалирование воспроизведения незавершенных действий было выражено. Так, если у здоровых испытуемых отношение воспроизведения незавершенных действий

к воспроизведению завершенных $\frac{ВН}{ВЗ}$ — равняется 1,9, то у больных

ВЗ шизофренией (простая форма) — 1,1, у больных эпилепсией —

1,8, а у больных с астеническим синдромом — 1,2.

Таким образом, сопоставление результатов воспроизведения незавершенных действий у больных с разной патологией мотивационной сферы тоже указывает на ее роль в мнестической деятельности.

Роль измененного мотивационного фактора в структуре мнестических процессов выявилась и в изложенном выше исследовании Л.В.Петренко. Исследуя структуру нарушения опосредованного запоминания, автор отмечает, что особенно отчетливо это расстройство выступило у больных с поражением медиобазальных отделов лобных областей мозга, в психическом состоянии

99

отмечались аспонтанность, расторможенность, анозогнозия по отношению к своей болезни. Л.В.Петренко отмечает, что больные этой группы не выбирали картинку, которая соответствовала бы заданному слову, а бездумно брали первую попавшуюся на глаза. При необходимости вспомнить по картинке предъявленное экспериментатором для запоминания слово, сама задача точного воспроизведения не выступала для них как таковая. Чаще всего больные называли либо предмет, изображенный на картинке, либо любое слово или фразу, случайно связанную с картинкой.

Такое отношение не вызывалось трудностями или

невозможностью справиться с экспериментальной задачей, так

как, будучи поставлены в жесткие рамки (экспериментатор настаивал: “Подумайте, выберите внимательно”), больные могли безошибочно его выполнить. Измененное отношение к окружающему и своим возможностям приводило к распаду структуры психической деятельности, который был описан в разное время А.Р.Лурия [65], С.Я.Рубинштейн [92], Е.Д.Хомской [109], Б.В.Зейгарник [26], В.В.Лебединским [55] и др.

Таким образом, нарушение подконтрольности, избирательности психических процессов, замена целенаправленности акта стереотипами или случайными фрагментарными действиями являлись факторами, препятствующими процессу опосредования, делающими его принципиально невозможным.

Данные исследования Л.В.Петренко тоже показали, что в нарушениях мнестической деятельности находит свое отражение по-разному измененная структура мотивационной сферы больных. Мотивационный компонент является неотъемлемым в строении и протекании процессов памяти.

100

ГЛАВА VI

НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ

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 психиатр часто руководствуется наличием того или другого вида нарушений мышления. Поэтому во всех учебниках и монографиях психиатрии, посвященных самым различным клиническим проблемам, мы встречаем высказывания относительно расстройства мышления, много работ, описывающих расстройства мыслительной деятельности, мы встречаем и в психологической литературе.

Однако единой квалификации или единого принципа анализа этих расстройств нет; происходит это потому, что при описании и

анализе нарушений мышления исследователи базировались на различных психологических теориях мышления, на различных

философско-методологических положениях.

Психология мышления является одной из самых разработанных областей психологической науки, она являлась всегда центральной проблемой, и именно в этой области психологии яснее всего обнаруживаются различия исходных теоретических позиций исследователей. В связи с техническим прогрессом психология испытывает на себе влияние кибернетических исследований. Наметился новый подход к деятельности мышления как деятельности управления поиском решения задач. Несмотря на то что такой подход к деятельности мышления обогатил во многом психологическую науку, создались неправильные взгляды на природу самого человеческого мышления. Ряд зарубежных ученых выдвинули положения, согласно которым мышление может быть сведено к элементарным информационным процессам, к манипуляциям символами [132]. Программа решения задач на электронно-вычислительных машинах (ЭВМ) стала выдаваться за теорию мышления. Поэтому в настоящее время встает новая проблема — выявление в управлении поисками решения задач специфически человеческого.

Исследование творческого мышления человека, проведенное О.К.Тихомировым [107] на большом экспериментальном материале, показало невозможность описать действительную природу человеческого мышления в системе кибернетических понятий.

Задача исследования специфически человеческого в работе мышления стала первоочередной задачей.

Анализ различных форм патологии мыслительной деятельности представляет собой богатейший материал, который показывает правомерность признания специфичности человеческого мышления, данные экспериментально-психологических исследований убедительно показывают, что к мышлению следует подходить как к одной из форм деятельности (Л.С.Выготский, П.Я.Гальперин, А.Н.Леонтьев, С.Л.Рубинштейн).

Как мы уже говорили выше, анализ расстройств мышления проводился в понятиях современных доминирующих психологических концепций. Проблема мышления возникла как предмет психологии в начале 20-х годов нашего века в вюрцбургской психологической школе. Господствовавшая до этого ассоциативная психология не ставила перед собой проблемы анализа мыслительной деятельности. Мышление сводилось к сцеплению ассоциаций. За реальность принимались лишь ощущения и их копии.

Психологический анализ мышления заключался в выяснении законов ассоциации, по которым сложные идеи или образы создаются из элементарных. Один из основоположников ассоциативной психологии А.Бен отводит ассоциациям по сходству основную роль в мышлении. Хотя введение В.Вундтом в психологию экспериментального метода было безусловно прогрессивным фактором в истории психологической науки, однако психологические исследования, проведенные им и его последователями, проводились на основах ассоциативной психологии.

Г.Эббингауз, Г.Мюллер, Т.Циген — крупнейшие представители экспериментальной психологии того времени — считали, что универсальным законом являются законы ассоциации. Так, понятия, суждения, умозаключения характеризуются как ассоциации представлений. Другие представители экспериментальной ассоциативной психологии считают, что мышление сводится к актуализации ассоциаций.

Репродукция идей стала краеугольным камнем ассоциативной теории мышления. Само мышление стало называться репродуктивным. Мышление рассматривается нередко как производная функция от других психических функций: памяти, внимания. На подобных концепциях основывались работы психологической

лаборатории психиатрической клиники крупнейшего немецкого психиатра Э.Крепелина.

Эти положения ассоциативной психологии определили во многом исследования в области патологии мышления. Нарушения мышления выводились из нарушений других функций. Пытались показать, что в основе нарушения мышления лежало нарушение так называемых предпосылок интеллекта: памяти, внимания. Так, например, нарушение мыслительной деятельности больных эпилепсией объяснялось нарушением комбинаторных способностей (Э.Крепелин, К.Гельброннер, М.Я.Серейский), неустойчивостью внимания (В.П.Осипов).

Сущность нарушения мышления сенильных больных сводится к нарушению памяти, нарушению способности удерживать воспринятое (В.А.Гиляровский, М.О.Гуревич, С.Г.Жислин и др.)

При объяснении нарушений мыслительных процессов, при

травмах мозга ряд авторов (Р.Я.Голант, М.О.Гуревич, (В.А.Гиляровский, Р.С.Повицкая) склонялись к мнению, что в этих случаях интеллектуальные нарушения наступают из-за расстройства внимания.

Большое внимание оказали на психопатологические исследования в области мышления и положения вюрцбургской психологической школы. Как известно, представители вюрцбургской школы (О.Кюльпе, Н.Ах, О.Зельц и др.) выдвинули положение, что мышление не сводимо к процессу ассоциаций, что оно имеет свою специфику, не сводимую к наглядно-образному содержанию ощущений и восприятия. Механизмом мышления является, по их мнению, детерминирующая тенденция, идущая от представления цели, не осознаваемая самим человеком.

Выдвинув впервые понятие *цели, задачи* вюрцбургцы противопоставили механизм мышления чувственному познанию. Мышление объявляется актом “чистой” мысли, не связанной ни с прошлым опытом, ни со знанием.

В результате ряд немецких психиатров считали, что в основе шизофрении лежит недостаточность “первично данной духовной структуры”. По мнению И.Берце, у которого эта теория наиболее четко представлена, такой первичной структурой является *тонус сознания* (активность “я”), которая при шизофрении оказывается нарушенной (“гипотония сознания”).

Гипотония сознания, сама по себе не проявляющаяся и познаваемая лишь интуитивным путем, определяет всю психопатологическую симптоматику, в том числе и нарушение мышления.

К этой характеристике примыкают и взгляды Г.В.Груле, определившего нарушение мышления при шизофрении как нарушение

103

“напряженности”, в основе которой лежит нарушение активности личности. С этими положениями солидаризируется И.Берингер, выдвигая концепцию о слабости *интенциональной дуги*, являющейся причиной нарушений мышления больного шизофренией, и Е.Штранский, говорящий об *интрапсихической атаксии* больных.

Нарушения мышления трактуются как вторичные, как проявление нарушений особой *активности, интенции* психики. В статье, посвященной психологии шизофрении (в IX томе “Руководства” Бумке), Г.В.Груле выдвинул в метафорической форме положение, надолго определившее ход исследований, касающихся характеристики мышления шизофрении, что машина остается интактной, но она плохо или совсем не управляема. Мыслительные операции, направленные на практические действия, у больного шизофренией сохранены, память и внимание его не нарушены, однако он не в состоянии синтезировать отдельные, сами по себе правильные умозаключения.

Подобная трактовка мышления как особого вида “духовной активности” особенно выражена у К.Ясперса, который противопоставил интеллект мышлению. В то время как мышление определялось им как проявление интрапсихической активности, интеллект рассматривался как совокупность способностей; память, внимание и речь выступали в качестве “предпосылок интеллекта”. Это подразделение проникло и в нашу отечественную психиатрию. Указания на то, что у “больного сохранен интеллект, а мышление нарушено”, встречаются во многих исследованиях.

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 высших познавательных процессов при шизофрении трактовались как нарушения собственно мышления.

Концепция противопоставления *интеллекта мышлению*, сведения последнего к некоей особой сущности получила особое распространение при характеристике психической деятельности больных шизофренией. Исследователи стали выделять у больных шизофренией некое *основное нарушение* (Grundstörung), из которого выводились все особенности изменений его психики. При этом указывалось на *непонятность*, причудливость мышления и поведения этих больных, которую нельзя объяснить. Эти взгляды

104

опирались на понятия “понимающей психологии” И.Дильтея и Э.Шпрангера, считавших, что психику нельзя объяснить.

Большое распространение получила точка зрения, согласно которой *основным нарушением* больного шизофренией является его аутичность, обуславливающая распад его мышления. Проблема аутистического мышления была поставлена немецким психиатром Е.Блейлером. Остановимся подробнее на анализе его монографии, специально посвященной аутистическому мышлению.

Е.Блейлер [12] противопоставил реальному, отражающему действительность мышлению аутистическое, которое якобы не зависит ни от действительности, ни от логических законов и управляется не ими, а *аффективными потребностями*. Под *аффективными потребностями* Блейлер подразумевает стремление человека испытывать удовольствие и избегать неприятных переживаний.

Е.Блейлер считает, что если реальное логическое мышление является мысленной репродукцией тех связей, которые доставляет нам действительность, то аутистическое мышление управляется стремлениями, аффектами и не считается с логикой и с действительностью.

Е.Блейлер [12] противопоставляет логическое и аутистическое мышление также по их генезу. Он считает, что ослабление логического мышления приводит к преобладанию аутистического, что логическое мышление, работающее с помощью картин воспоминания, приобретает путем опыта, в то время как аутистическое мышление следует прирожденным механизмам [12].

Концепция Е.Блейлера имеет известную историческую ценность: в противовес современной ему формальной интеллектуалистической психологии и психопатологии он подчеркнул аффективную обусловленность мыслительного процесса, точнее, зависимость направленности мышления от потребностей человека. То, что Е.Блейлер подчеркивает роль аффективных

стремлений в мышлении, то, что он связывает мышление с потребностями (пусть даже ограничивая свое рассмотрение одной потребностью, да еще на ее биологическом уровне), представляется нам скорее достоинством, нежели пороком книги Е.Блейлера. Основное возражение, которое является важным для критики концепции аутистического мышления Е.Блейлера, заключается в том, что он разрывает так называемое реальное и аффективно обусловленное мышление. И хотя Е.Блейлер указывает на то, что логическое реальное мышление отражает действительность, по существу он изолирует этот основной вид мышления от эмоций, стремлений и потребностей.

105

Попытка Е.Блейлера расчленил единый процесс рационального познания на два генетически и структурно противоположных вида мышления и ввести в психопатологическую терминологию понятие аутистического, т.е. независимого от реальности, мышления является ложной.

Большое влияние на исследования мышления оказали работы школы гештальтпсихологии. В работах В.Келера, М.Вертгеймера, К.Дункера мышление рассматривается как внезапное, неподготовленное прежним опытом и знаниями *понимание* ситуации. Деятельность мышления заключается, по их мнению, в том, что отдельные части (*конфигурация*) проблемной ситуации переструктурируются; образуется новое “целое”, новый *гештальт*. Отдельные элементы проблемной ситуации воспринимаются в новых отношениях, в зависимости от нового *гештальта*. Само же переструктурирование происходит благодаря внезапному схватыванию — *инсайту*.

Несмотря на то что гештальтпсихологи в лице К.Дункера, Н.Майера ставили вопрос о продуктивности мышления, они не смогли раскрыть его специфики и анализировали его либо путем переноса принципов строения восприятия, либо выводили его из явлений сознания; для представителей гештальтпсихологии не существовало объекта вне сознания.

Надо сказать, что принципы гештальтпсихологии в области мышления не оказали значительного влияния на патопсихологические исследования. Лишь некоторые частные вопросы, скорее методического порядка, были использованы.

В советской психологии преодолены представления о мышлении как о врожденном имманентно развивающемся процессе или как об акте “сцепленных” ассоциаций. Одно из основных положений советских психологов о мышлении (Л.С.Выготский, П.Я.Гальперин, А.Н.Леонтьев, С.Л.Рубинштейн) состоит в том, что мышление является процессом овладения системой общественно-исторически выработанных операций и знаний.

Мышление определяется в советской психологии как обобщенное и опосредованное отражение действительности, тесно связанное с чувственным познанием мира и практической деятельностью людей.

Характеризуя диалектический путь познания объективного мира, В.И.Ленин [7; 152—153] писал: “От живого созерцания к абстрактному мышлению и от него к практике — таков диалектический путь познания объективной реальности”.

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

106

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, который является, по словам К.Маркса [2; 448], “непосредственной действительностью мысли”.

Эти общие положения марксистско-ленинской философии легли в основу взглядов советской психологии на природу психических процессов, в том числе и мышления. Мышление является особой формой человеческой деятельности, формирующейся в практике, когда перед человеком встает необходимость разрешить какую-нибудь задачу.

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, наиболее последовательно развито А.Н.Леонтьевым и П.Я.Гальпериным. 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 усматривает в этом моменте образование 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.Запорожец проводит эту точку зрения на основании экспериментального изучения формирования произвольных движений у ребенка.

107

Следует отметить, что понимание психических процессов как развивающихся из внешней деятельности, имеет место также у ряда прогрессивных психологов за рубежом (Ж.Пиаже, А.Валлон).

Развиваемые в советской психологии положения о том, что

теоретическая деятельность развивается из внешней, что психические свойства как общие, так и специальные, являются продуктом онтогенетического развития, опираются на учение И.М.Сеченова и И.П.Павлова о рефлекторной природе психики. В “Элементах мысли” И.М.Сеченов [99, 251—252] говорит о том, что мысль начинается с образования представлений о предмете и непосредственно переходит во “внечувственную область”: “Переход мысли из опытной области во внечувственную совершается путем продолженного анализа, продолженного синтеза и продолженного обобщения. В этом смысле она составляет естественное продолжение предшествующей фазы развития, не отличающегося от нее по приемам, а следовательно, и процессами мышления”.

Точка зрения советской психологии на мышление как на

деятельность, выросшую из практической, возникшую в

процессе жизни индивидуума, находит свое обоснование в учении И.П.Павлова, согласно которому в основе мышления лежит условно-

рефлекторная деятельность, формирующаяся в индивидуальном опыте.

Таким образом, выдвигая положение о рефлекторной природе мышления, советские психологи тем самым отрицают положения идеалистической эмпирической психологии, которая подходит к мышлению как к врожденной способности, как к функции, лишь количественно увеличивающейся в ходе созревания мозга.

Психологическое исследование мышления, его становление и развитие состоит, как отмечает С.Л.Рубинштейн, в раскрытии его закономерностей как аналитико-синтетической деятельности.

Открытие рефлекторной основы всех, даже элементарных, психических актов обнаружило их процессуальную структуру. Даже самые элементарные психические процессы человека, такие, как ощущение и восприятие, являются процессами в том смысле, что они протекают во времени, обладают некоторой изменчивой динамикой. В каждом акте мышления человека она выражена в максимальной степени.

Мыслительная деятельность 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 личностно мотивированным.

Суммируя все вышесказанное, следует подчеркнуть, что мышление является деятельностью, опирающейся на систему

108

понятий, направленной на решение задач, подчиненной цели, учитывающей условия, в которых 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 советской психологии 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 психических больных.

Нам представляется возможным выделить следующие три вида патологии мышления:

1) нарушение операционной стороны мышления;

2) нарушение динамики мышления;

3) нарушение мотивационного компонента мышления. Особенности мышления каждого отдельного больного далеко

не всегда могут быть квалифицированы в пределах одного вида нарушений мышления. Нередко в структуре патологически измененного мышления больных наблюдаются более или менее сложные сочетания разных видов нарушений. Так, например, нарушение процесса обобщения в одних случаях сочетается с нарушением целенаправленности мышления, в других — с различными подвидами нарушений его динамики.

§ 1. Нарушение операционной стороны мышления

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

Как правильно указывает в своей работе “О мышлении и

путях его исследования” С.Л.Рубинштейн [90], обобщение

есть следствие анализа, вскрывающего существенные связи между явлениями и объектами. Оно означает иное отношение к объекту,

109

возможность установления иных связей между объектами. С другой стороны, оно представляет 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. На это указывал Л.С.Выготский. Обобщение дано в системе языка, который служит передаче общечеловеческого опыта и позволяет выйти за пределы единичных впечатлений.

При некоторых формах патологии психической деятельности у больных теряется возможность использовать систему операций обобщения и отвлечения.

Исследования мышления больных, страдающих различными заболеваниями мозга, обнаружили, что нарушения операционной стороны мышления принимают различные формы. При всем их разнообразии они могут быть сведены к двум крайним вариантам: а) снижение уровня обобщения; б) искажение процесса обобщения.

Снижение уровня обобщения. Возможность оперировать обобщенными признаками характеризует мышление как деятельность ана-литико-синтетическую.

Снижение уровня обобщения состоит в том, что в суждениях больных доминируют непосредственные представления о предметах и явлениях, оперирование общими признаками заменяется установлением сугубо конкретных связей между предметами. При выполнении экспериментального задания подобные больные не в состоянии из всевозможных признаков отобрать те, которые наиболее полно раскрывают понятие.

Поэтому нарушения типа конкретно-ситуационных сочетаний больше всего обнаруживались при выполнении таких заданий, в которых эта умственная операция четко выступает.

Особенно четко подобный вид патологии мышления выявляется с помощью методики классификации предметов¹. В этом эксперименте один из описываемых больных отказывается объединить в одну группу козу с волком, “потому что они враждуют”; другой больной не объединяет кошку и жука, потому что “кошка живет в доме, а жук летает”. Частные признаки “живет в лесу”, “летает” больше определяют суждения больных, чем общий признак “животные”.

¹ Описание этой, как и в дальнейшем указанных методик, см. в кн.: С.Я. Рубинштейн. Экспериментальные методики патопсихологии. — М.: Медицина, 1970.

При ярко выраженном снижении уровня обобщения больным вообще недоступна задача на классификацию; для испытуемых предметы оказываются по своим конкретным свойствам настолько различными, что не могут быть объединены. Даже стол и стул нельзя отнести к одной группе, так как “на стуле сидят, а на столе работают и кушают”. В некоторых случаях больные создают большое количество мелких групп на основании чрезвычайно конкретной предметной связи между ними, например: ключ и замок, перо и ручка, нитка и иголка, тетрадь и карандаш. Иногда испытуемые объединяют предметы как элементы какого-нибудь сюжета, но классификацию не производят. Например, одну группу составляют яйцо, ложка, нож; другую — тетрадь, перо, карандаш. При этом больной составляет рассказ: “Он пришел с работы, закусил яйцом из ложечки, отрезал себе хлеба, потом немного позанимался, взял тетрадь, перо и карандаш...”

Такого рода решения мы обозначаем как конкретно-ситуационные сочетания. В основном они встречались у олигофренов, а также и у некоторых больных, перенесших тяжелые формы диффузного органического процесса различной этимологии.

В психическом состоянии подобных больных, как правило, не отмечалось психотической симптоматики (бреда, галлюцинаций, расстройств сознания). Больные могут правильно выполнять какую-нибудь несложную работу, если ее условия ограничены и жестко predeterminedены.

Изменение условий вызывает затруднения и неправильные действия больных. В больничной обстановке они легко подчиняются режиму, принимают участие в трудовых процессах, помогают персоналу, однако часто вступают в конфликты с окружающими, не понимают шуток, вступают в споры с другими слабоумными больными. Операция классификации, в основе которой лежит выделение обобщенного свойства предмета, отвлечение от множества других его конкретных свойств и особенностей, вызывает затруднения у подобных больных.

Аналогичные результаты были выявлены у этой группы больных при выполнении задания “исключение предметов”.

Испытуемому предъявляются карточки, на каждой из которых изображены четыре предмета, подобранных таким образом, что три из них между собой связаны, а четвертый является по отношению к ним неподходящим. Испытуемый должен указать, какой из этих четырех предметов надо исключить. Например, на карточке изображены следующие предметы: градусник, весы, часы, очки. В данном случае подлежат исключению очки, так как первые три предмета являются измерительными приборами.

Психологическая сущность этого метода состоит в том, что испытуемый должен прежде всего понять некоторую условность всей этой операции. Лишь в том случае, если испытуемый нашел принцип обобщения трех предметов, он сможет исключить четвертый.

Эта методика показывает также, может ли испытуемый найти правильную речевую формулировку для обоснования избранного им принципа выделения. Она позволяет обнаружить и возможность переключения с одного способа решения на другой.

Приводим примеры выполнения этого задания. Больной К. (с диагнозом — эпилептическая болезнь) при предъявлении предметов “термометр, часы, весы, очки” заявляет, что надо удалить термометр, так как он “нужен только больному человеку”. Больная из этой же группы предлагает объединить часы, термометр и очки, так как “если человек близорукий, он смотрит на термометр и на часы через очки”.

При предъявлении четырех предметов, из которых три относятся к источникам искусственного света (керосиновая лампа, свеча, электрическая лампочка) и один — к источнику света естественного (солнце), больные часто выделяют в качестве “лишнего” предмета керосиновую лампу, объясняя, что сейчас она уже не нужна, “даже в самых глухих местностях проводится электричество”. Другие больные по тем же мотивам считают лишней свечу.

В табл. 1 приведены некоторые типичные ответы больных, свидетельствующие о том, что больные оперируют такими свойствами вещей и устанавливают такие взаимосвязи, которые являются несущественными для выполнения задания.

Таблица 1

Типичные ответы больных со снижением уровня обобщения в эксперименте по методу исключений

Предъявленные картинки	Больной	Ответы больного
1	2	3

Лампа керосиновая, свеча, лампочка электрическая, солнце	К. (олигофрения)	Надо удалить свечу. Она не нужна, есть лампочка.
	Д. (эпилепсия)	Не надо свечи, она быстро сгорает, она невыгодна, и потом уснуть можно, может загореться.

112

1	2	3
----------	----------	----------

”	С. (эпилепсия)	<p>Не нужна лампа керосиновая, сейчас повсюду есть электричество. Может, и свечу удалить? Нет, ее нужно оставить, вдруг испортится электричество. У нас бывает часто, тогда про запас нужна свеча.</p>
”	К-н (эпилепсия)	<p>Если днем, то нужно удалить солнце и без него светло, ну а если вечером, то (больной задумывается)... Вечером все равно нет солнца... Нет, неправильно, днем надо удалить свечу, оставить солнце, а вечером не надо солнца.</p> <p>Не нужен термометр. Здесь нет врача, здесь нет больницы.</p> <p>Не нужны весы. Они нужны в магазине, когда надо завешивать.</p>
<p>Весы, часы, термометр, очки</p> <p>Тоже</p>	<p>К. (эпилепсия)</p> <p>”</p>	<p>Удалить надо градусник, он только в больнице нужен.</p> <p>Не знаю, все нужно. Часы для времени, градусник измерять температуру. Очки можно, если человек видит хорошо, но если он близорукий, то они нужны ему. Весы не всегда нужны, но тоже полезны в хозяйстве</p>

”	С-в (олигофрения)	
”	Р-в (эпилепсия)	

Больные нередко подходят к изображенным предметам с точки зрения их жизненной пригодности и не понимают теоретического действия, той условности, которые скрыты в задаче.

Сразу же после ознакомления с инструкцией больные протестуют: “Здесь ничего лишнего нет, все предметы нужны”. Так, больная Д. при предъявлении изображений ботинка, туфли, сапога и ноги заявляет: “Извините, здесь нет ничего лишнего. Это человеческая нога, на нее можно и туфель, и ботинок, и сапог, и чулок ' надеть... Да, здесь чулок нет... Если женская нога, то туфель... Для мужчины сапог подходящий, я так сужу”. Когда же экспериментатор предлагает исключить ногу, так как она является частью тела, а остальные три предмета представляют собой обувь, больная смеется: “Что это вы шутите, не понимаю? Разве можно ногу удалить? Если бы не было у человека ноги, то зачем ему нужна обувь”.

Особенно четко выступает такое непонимание условности при объяснении больными пословиц и метафор.

Как известно, пословицы являются таким жанром фольклора, в котором обобщение, общее суждение передается через обозначение какого-нибудь отдельного частного факта конкретной, ситуации. Истинный смысл пословицы только тогда становится понятным, когда человек отвлекается от тех конкретных фактов, о которых говорится в пословице, когда конкретные единичные явления приобретают характер обобщения. Только при этом условии осуществляется перенос содержания пословицы на другие ситуации. Такой перенос сходен по своим механизмам с переносом способа решения одной задачи на другую. Рассматривая операции переноса, С.Л.Рубинштейн [90] отмечал, что за переносом стоит обобщение, а за ним анализ, взаимосвязанный с синтезом. Подобная операция особенно четко выступает при соотнесении фраз к пословицам. Мы выделяем два варианта этой методики.

Вариант А. Объяснение пословиц и метафор. Испытуемому даются для объяснения общеупотребительные пословицы и метафоры. В некоторых случаях испытуемому предлагается придумать какой-нибудь жизненный пример, к которому данная поговорка подходит, или письменно сочинить небольшой рассказ применительно к смыслу предлагаемой пословицы.

Эксперимент протекает в форме беседы, и активная роль экспериментатора очень велика, так как путем различных вопросов он может проверить правильность и глубину охвата больным переносного значения и выявить те затруднения, которые у больного возникают. Поэтому вопросы испытуемому нужно ставить осторожно.

Наиболее грубым нарушением мышления в данном случае является полное непонимание переносного смысла, буквальное толкование пословицы или метафоры.

Исследованию понимания переносных значений посвящен ряд работ как отечественных, так и зарубежных авторов. Так, в работах Л.С.Выготского, Ж.Пиаже показана взаимосвязь между пониманием переносных значений и уровнем образования понятий.

Затруднения в понимании переносного смысла пословиц и метафор зависят не только от снижения уровня обобщения, но и от других факторов (неадекватного отношения больного к поставленной перед ним задаче, измененной динамики мышления, от содержания знаний больного). Не останавливаясь на всех этих факторах (о них будет идти речь в следующих главах), мы хотим здесь указать, что больные, которые не могли выделить обобщенный признак в опыте на классификацию предметов, часто не могут

передать переносного смысла пословиц. “Куй железо, пока горячо” означает, по мнению одного из больных, что “железо нельзя ковать, когда оно холодное”. Другой больной заявляет: “Железной руки не бывает. Если речь идет о протезе — его делают из дерева, а не из железа”. Или при предъявлении пословицы “Не в свои сани не садись” больной говорит: “Зачем же в чужие сани садиться? Как же это? Нехорошо в чужие сани лезть”. Экспериментатор пытается объяснить, что эту пословицу можно применять и не в отношении саней. Больной не соглашается: “Как же это случилось, чтобы в чужие сани сесть? Может быть, кто задумался и по рассеянности не на своих санях уехал?”

Однако не всегда правильное или ложное толкование пословиц свидетельствует об определенном уровне обобщения испытуемого. Некоторые из пословиц могут оказаться настолько привычными

для испытуемого, что правильное объяснение означает в таких случаях лишь наличие знания смысла этих пословиц и не свидетельствует о том, что в данном случае происходит процесс обобщения нового материала. Гораздо более показательной является методика, требующая отнесения фраз к пословицам.

Вариант Б. Отнесение фраз к пословицам. Испытуемому дается таблица, на которой написан текст некоторых пословиц, и карточки, на которых написаны фразы; смысл некоторых фраз не соответствует смыслу пословиц, но в них включены слова, упоминающиеся в пословицах. Испытуемому предлагается разложить фразы и пословицы по смыслу таким образом, чтобы к каждой пословице была отнесена лишь одна, адекватная ей фраза. Таких пословиц и фраз имеется по степени их трудности несколько серий. Приведем для иллюстрации первую, наиболее легкую из них.

Пословицы:

1. Шила в мешке не утаишь.
2. Куй железо, пока горячо.
3. Не все то золото, что блестит.
4. С миру по нитке — голому рубашка.

5. Взявшись за гуж, не говори, что не дюж.

Фразы:

1. Золото тяжелее железа.
2. Сапожник чинил шилом сапоги.
3. Не все то хорошо, что кажется нам хорошим.
4. Если уж поехал куда-нибудь, то возвращаться поздно.
5. Кузнец работал сегодня целый день.
6. Коллективными усилиями легко справиться с любыми трудностями.

115

7. Правду скрыть невозможно.
8. Не откладывай дела в долгий ящик.

Рассматриваемый вариант методики обладает по сравнению с

вариантом А (толкование пословиц) некоторыми особенностями. Понимание переносного смысла пословицы здесь облегчается тем, что даже если испытуемый только смутно понимает смысл, то фраза, которая ему предъявляется, должна действовать как подсказка. Зато здесь имеется трудность другого рода: создается либо широкая возможность актуализации приблизительного смысла, либо некоторые одинаковые слова в фразах и пословицах легко “провоцируют” некритическое сближение неадекватных объяснений. Трудность переносится, таким образом, в другую плоскость и заключается не в самой возможности понять абстракцию, а в возможности отторгнуть то, что не соответствует смыслу пословиц. Сопоставление обоих вариантов позволяет, следовательно, выявить не только уровень абстрагирования, но также устойчивость этой операции.

Снижение уровня обобщения выступает и в применении методики, которая направлена на исследование процесса опосредованное™ больных. Эта методика известна под названием *метод пиктограмм*.

Как мы говорили в главе V, эта методика была предложена А.Р.Лурия для исследования опосредованного запоминания при помощи рисунков. В дальнейшем она стала применяться с некоторыми вариациями для изучения мыслительных процессов. Опыт ставился таким образом, что испытуемый предполагает, что исследуется его память, в то время как экспериментатор изучает в основном особенности его мышления.

В уже упомянутой работе Г.В.Биренбаум [11] было показано, что выбор рисунка, установление связи может служить индикатором не только нарушений памяти, но и мыслительной деятельности. Ею было установлено, что рисунки больных шизофренией отличаются большой схематичностью, пустой символикой, в то время как образы, созданные больными эпилептической болезнью, носят ситуационно-конкретный характер.

Аналізу расстройств мышления с помощью метода пиктограмм было посвящено исследование С.В.Лонгиновой [62, 63]. Ею было показано на большом материале, что рисунки здоровых людей характеризует содержательная близость самого рисунка с заданным для воспроизведения словом, адекватная символизация (эти данные нашли свое подтверждение в неопубликованной дипломной работе Л.И.Зыряевой). Вследствие этого образы, создаваемые здоровыми людьми, оказываются пригодными для опосредования при воспроизведении слов.

116

Совершенно иные результаты получены С.В.Лонгиновой у больных эпилепсией. Автор отмечает, что обобщенный образ заменяется у них множеством конкретных представлений, которые они со всей педантичностью и обстоятельностью пытаются отобразить.

В приведенной выше работе Г.В.Биренбаум отмечала, что затруднения при выполнении этого задания у больных эпилепсией столь велики, что иногда больные не могут остановиться на каком-нибудь конкретном определенном рисунке, так как ни один из них не передает достаточно полно и точно конкретное значение слова. Аналогичные данные наблюдались и в исследованиях, описанных нами в 1962 г. [26]. Приведем типичные примеры выполнения пиктограмм больными эпилепсией.

Больной А. Веселый праздник. Как же его изобразить? Ведь веселиться-то можно по-разному. Один любит в праздник в кино сходить — это для него веселье. Ну, другой — выпить... Это, конечно, нехорошо... Для другого веселье в том, что он погуляет

в кругу своей семьи, с детками там, или в цирк с ними ходит. Как же это изобразить? Ну, а можно иначе подойти, с точки зрения общественной. Есть у нас всенародные праздники, для всех, ну, например, 1 Мая: демонстрацию изобразить, тогда надо много флагов (больной рисует флаг, но не удовлетворяется). Один флаг недостаточно, надо много флагов, толпу, но я не умею рисовать...

Больная М-ва. Тяжелая работа. Ну, уж это совсем нельзя изобразить, ведь мало что может быть тяжелой работой? Для одного математика тяжела. Я ее никогда не любила, она мне никогда не давалась. А другому литература не дается... А вот бывает, что слабому человеку физическая работа тяжела. Мало что может быть тяжело... Изобразю камни — камни ворочать тяжело. Хотя сейчас есть подъемные краны, ими можно подымать тяжести... Нет, камни не надо рисовать, лучше я молот изобразу, как в кузнице, но сейчас их нет, молотобойцев, это тоже сейчас при помощи технических приспособлений делается. Не знаю, доктор, как... Ну, пусть будет и камень, и молот.

Таким образом, сопоставление данных, полученных с помощью различных методов (классификация предметов, метод исключения, объяснение пословиц и метод пиктограмм), обнаружило у ряда больных (эпилептиков, олигофренов) снижение процесса обобщения: конкретно-ситуационный характер их суждений, непонимание переноса, условности. Больные не в состоянии выделить существенные свойства предметов, не могут раскрыть смысловые связи между ними.

Проблеме опосредованное™ большое внимание уделял Л.С.Выготский. Подходя исторически к процессу развития психики и

117

считая, что психические процессы человека развиваются из внешней деятельности, Л.С.Выготский неоднократно подчеркивал опосредованный характер психических процессов. Возникающие на основе материального производства формы отношений людей опосредуют деятельность человека, формируют его психику. Указывая на ту роль, которую играет в психическом развитии употребление орудий, Л.С.Выготский придавал особое значение языку. Слово выступало для Л.С.Выготского явлением объективной действительности, возникающим в процессе общественной практики, которое используется вначале как форма общения и которое впоследствии становится средством организации собственных действий.

Эта возможность опосредования заключена в значении слов, т.е. в системе связей и отношений общественного опыта, которое происходит в процессе общения с другими людьми.

Овладевая в своем развитии значениями слов, человек обобщает объективные связи и отношения, управляет своим поведением. Слово как средство общения и как средство обобщения образует в своем развитии единство и служит основой опосредования.

Проведенные нами исследования показали, что у ряда больных процесс опосредования оказывается нарушенным.

Снижение уровня обобщения, нарушение процесса опосредования означает, что сама проблемная ситуация, возникающая всегда при экспериментальном исследовании, остается нераскрытой.

С.Л.Рубинштейн указывал, что ситуация становится проблемной именно потому, что входящие в нее элементы неадекватны тем соотношениям, в которых они в данный момент выступают. Сама проблемная ситуация должна подвергнуться анализу — только тогда встает перед человеком формулировка задачи. Мышление использует усвоенные знания и способы решения задачи, но этому использованию должен предшествовать анализ условий задачи: оно применяет новые способы, если старые недействительны.

Описываемые нами больные не могут проанализировать стоящую перед ними проблемную ситуацию; они рассуждают по поводу каждого ее элемента, однако теоретическая задача, которая от них требуется, не возникает. Мышление больных крайне ограничено в своих возможностях; оно отражает действительность неполно, несовершенно; больные могут правильно действовать лишь в жестко predetermined условиях. Об этом писал в свое время (1896) еще А.А.Токарский; в отличие от многих современных ему психологов он считал, что правильно мыслить — это значит увидеть изменившиеся условия, применить подходящий способ реагирования и уметь усомниться в правильности своих действий.

118

В статье “О глупости” А.А.Токарский [108] приводит пример снижения мышления (в его терминологии “глупости”): дурак увидел пожар, стал плясать, его побили. Дома он получил от матери наставление и совет, что огонь надо заливать водой. Пошел дурак опять, видит — свинью палат. Он взял ведро и стал заливать огонь. Его опять побили.

А.А.Токарский разбирает этот случай: глупец усвоил наставление, следовательно, память у него не была нарушенной. Он сделал вывод, что “если горит огонь — надо тушить”. Но он потерпел неудачу, потому что он не сумел различить два момента — “пожар” и “паление свиньи” — и применил ко второму случаю то, что относилось к первому. По мнению А.А.Токарского, дурак уловил недостаточное количество признаков, значит, недостаточно полно воспринял действительность.

Основная характеристика “глупости”, по Токарскому, заключается в “несоответствии действия с требованиями действительности”. Причину глупости А.А.Токарский [108; 691] видит в том, что у глупого человека “психический процесс нарушен в своем основном источнике, из которого вытекает все наше психическое богатство, а именно в восприятии непосредственной действительности. Глупец воспринимает лишь малую часть действительности”. АА.Токарский характеризует глупцов как людей, которые часто применяют шаблон не по назначению, которые не умеют искать новые связи, по-новому их применять и которые не сомневаются в своих суждениях.

Глупец мало воспринимает из того, что происходит вокруг него, мало вспоминает из того, что воспринял, и в конце концов не может разобрать, к какому случаю относится его воспоминание. Главная черта его — “резкое несоответствие представлений и понятий с действительностью” [108; 692].

По этим высказываниям А.А.Токарского видно, что мышление принималось им как деятельность, необходимо включавшая анализ, синтез и обобщение. Ведь неумение различить два сходных по одному признаку случая и недостаточно полное восприятие условий ситуации, на которые указывает Токарский, это и есть недостаточная аналитическая и синтетическая деятельность. Применение несоответствующего шаблона, т.е. неправильный перенос, означает неправильное обобщение.

В работах, посвященных психологии умственно отсталого ребенка, приводятся экспериментальные данные, указывающие, что умственно отсталый ребенок не в состоянии найти общее в многообразии единичных явлений. Уже в 30-х годах Л.С.Выготский и Ж.И.Шиф обнаружили, что умственно отсталый ребенок,

119

усваивающий наглядные системы связей, не в состоянии систематизировать свой опыт на основе обобщения и отвлечения.

Резюмируя, можно сказать, что мыслительная деятельность подобных больных несовершенно отражает предметы, явления и их взаимосвязи. Указывая, что человеческое познание представляет собой переход от чувственного созерцания к

абстрактному мышлению и от него к практике, В.И. Ленин [1; 330] подчеркивал, что акт обобщения представляет собой отход от конкретности: “Подход ума (человека) к отдельной вещи, снятие слепка (понятия) с нее *не есть* простой, непосредственный, зеркально-мертвый акт,

а сложный, раздвоенный, зигзагообразный, *включающий в себя* возможность отлета фантазии от жизни...”

У наших больных этот “отлет” от единичных связей крайне затруднен. Полноценный процесс отражения объективных свойств и закономерностей вещей, который предполагает умение абстрагироваться от конкретных деталей, у больных нарушен.

Искажение процесса обобщения. Нарушения системы отвлечения и обобщения могут принять другой характер, являясь как бы антиподом только что описанных.

Если суждения описанных выше больных не выходят за пределы частных, единичных связей, то у больных, о которых сейчас будет идти речь, “отлет” от конкретных связей выражен в чрезвычайно утрированной форме. Их суждения отражают лишь случайную сторону явлений, а не существенные отношения между предметами.

При решении экспериментальных заданий актуализируются случайные ассоциации, оторванные от конкретного опыта больного: Связи, которыми оперирует больной, не отражают ни содержания явлений, ни смысловых отношений между ними. Так, например, выполняя задание “классификация предметов”, больные руководствуются чрезмерно общими признаками, неадекватными реальными отношениями между предметами. Например, больной М. объединяет вилку, стол и лопату по принципу “твердости”; гриб, лошадь и карандаш он относит в одну группу по “принципу” связи “органического с неорганическим”.

Подобные нарушения мыслительной деятельности мы обозначаем как *искажение процесса обобщения*. Они встречаются чаще всего у больных шизофренией простой, вялотекущей и при галлюцинаторно-параноидной форме течения болезни, но могут наблюдаться и при других формах заболевания.

Подобные больные живут в мире своих бредовых переживаний, мало интересуются реальной обстановкой, пытаются к незначительным, обыденным явлениям подходить с “теоретических

позиций”. В беседе они способны затронуть вопросы общего характера, но часто не в состоянии ответить на конкретный вопрос. Так, например, говоря о шкафе, один такой больной называет его “ограниченной частью пространства”; рассказывая о товарище, которого он характеризовал как доброго человека, замечает: “Определение добра относительно, положительное и отрицательное, как вопрос об электронах и вселенной. Плохое — это качественная сторона, значит, надо хорошую. Но плохое может сойти за хорошее, противоположности не бывает”. Сравнивая два понятия, “луну” и “чернильницу”, другой больной говорит: “Оба эти предмета в себе содержат что-то; луна что-то содержит и чернильница. Луна из чего-то состоит и чернильница. Обе круглые. И обе с отверстиями: в чернильнице — горлышко, на луне — кратеры. Еще сходство — луна светит, и если в чернильницу положить чернила и писать, то они тоже светят. Грамотность — свет. А различие — луну нельзя положить на стол, а чернильницу — можно где угодно держать”.

В табл. 2 приведены наиболее показательные примеры того, как подобные больные выполняют задание классификации. Они проводят ее либо на основании столь общих признаков и свойств (твердость, движение), что выходит за пределы содержательной стороны явлений, либо на основании чисто внешних, несущественных признаков (отверстие).

Особенно отчетливо бессодержательный характер суждений больных определенной категории выступает при выполнении задания “составление пиктограмм”. Так, один из больных рисует для запоминания слов “теплый ветер” два треугольника, для запоминания выражения “веселый ужин” — два кружка. Другой больной этой группы для запоминания слова “сомнение” изображает сома, для слова “разлука” — лук.

Если для больных со сниженным уровнем обобщения задание составить пиктограмму представляет трудность в силу того, что они не могут отвлечься от отдельных конкретных значений слова, то описываемые нами больные выполняют это задание с большой легкостью, они могут образовать любую связь безотносительно к содержанию поставленной перед ними задачи. Условность рисунка становится столь широкой и беспредметной, что он не отражает реального содержания слова, запоминание которого он должен опосредовать; больные могут, не задумываясь, предложить любую схему в качестве условного обозначения слова.

В табл. 2 приведены наиболее типичные образцы выполнения этого задания по типу бессодержательных, формальных связей. Не менее резко подобное нарушение мышления проявляется в опыте

Таблица 2

Примеры выполнения задания “классификация предметов” по типу формальных бессодержательных связей

Предметы, объединенные в одну группу	Больные	Объяснение
Шкаф, кастрюля	М. (шизофрения, параноидная форма)	У обоих предметов есть отверстие.
Свинья, коза, бабочка	В.П. (шизофрения, параноидная форма)	Они волосатые.
Шкаф, ботинок с шурупами	То же	Сходство! Это предметы с дыркой. С гвоздями, с шурупами. Ласточка и листочки на дереве. Говорится одинаково, и звучат, и поют на ветру, и летят как сирень в космос на ракете!
Ласточка, куст		
Автомобиль, ложка, телега	Г-н (шизофрения, параноидная форма)	По принципу движения. Ложку тоже двигают ко рту.
Жук, лопата	Г-н (шизофрения, параноидная форма)	Лопатой роют землю, жук тоже роется в земле.
Цветок, ложка, лопата	Д-н (шизофрения)	Это все предметы, вытянутые в длину.
Гусь, поросенок	К-в (шизофрения)	Гусь свинье — не товарищ.
Лопата, лошадь	Э-н (шизофрения, параноидная форма)	Начинаются на букву «л».
Часы, велосипед	М. (шизофрения)	Часы измеряют время, а когда едут на велосипеде, измеряется пространство.

В упомянутой выше работе С.В.Лонгиновой приводится анализ бессодержательных схематических рисунков. Автор с полным правом отмечает, что условность рисунков подобных больных доходит до абсурдности, до полной схематизации. В результате в ри-

сунках ничего не содержится от нужного понятия; они не могут служить средством опосредования. Приводим некоторые иллюстрации, любезно представленные нам С.В.Лонгиновой (рис. 2).

Таблица 3

**Примеры выполнения пиктограмм по типу
формальных бессодержательных связей**

Слова, предложенные для запоминания	Больные	Рисунки больных и объяснения
Развитие	М-в (шизофрения)	Две стрелки.
Развитие	О-ов (шизофрения)	Веревка. “Она может развиваться”.
Разлука	М-в (шизофрения)	Лук. Начинается на “л”.
Сомнение	Э-н (шизофрения)	Рыба “сом”. Ком глины. “У
Сомнение	С-в (шизофрения)	Глинки есть романс “Сомнение”. Пусть будет глина”.
Сомнение	Р-в (шизофрения)	Два квадрата. “Два слова вы сказали”.
Девочке холодно	К-в (шизофрения)	Точки и треугольники.
Девочке холодно	Л-на (шизофрения)	“Означает снег...” Печка.
Печаль		Начинается на “п”.

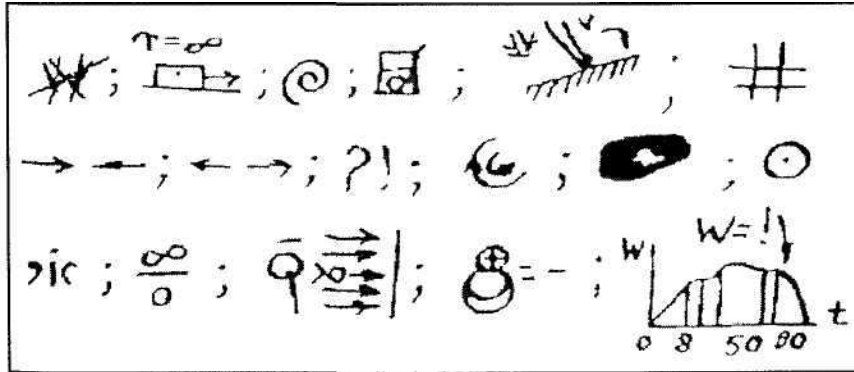


Рис. 2. Примеры бессодержательных формальных образов при выполнении задания “метод пиктограмм” (данные С.В.Лонгиновой)

123

Для примера приводим данные больного Т. (история болезни доктора Гроссман).

Больной Т., 1940 г. рождения. Диагноз шизофрения, простая форма. Находился на исследовании и лечении в больнице им. Ганнушкина дважды, с 18.VII по 20.VIII и с 5.II по 4.IV 1964 г. Наследственность отягощена: брат отца страдает шизофренией. Больной развивался правильно. В школу пошел 7 лет, до 5-го класса учился очень хорошо. В школьные годы был тихим, послушным, пугливым. Очень любил книги о путешественниках и приключениях, был добрым и отзывчивым, преданно любил мать.

С 5-го класса успеваемость резко снизилась. Плохо понимал объяснения, особенно по математике. Стал замкнутым, угрюмым, легко раздражался, вступал в драки с товарищами. Изменилось отношение к матери. Стал “критично”, со слов больного, к ней “присматриваться”. Не называл ее больше мамой. Поведение стало странным: мог уйти на базар вместо школы и целый день собирать там конфетные обертки, из детского ружья стрелял в мебель, в фонари на улицах. Поведение в школе вызывало нарекания учителей. Легко поддавался внушению. Дома становился “невыносимым”. Ненавидел родителей. Относился к ним, особенно к матери, со злобой. Отказывался мыться и менять белье.

В 1957 г. поведение его стало еще более странным. Заявлял матери, что “она разлагается”, что “от нее исходит ужасный запах”, бросал в нее вещи. Был зачислен на заочный факультет института. Успеваемость в институте была крайне низкой.

Жаловался, что плохо понимает материал, не усваивает его. Дома оставался крайне тяжелым. Часами лежал в постели, плевал в окружающие предметы, раскачивался на стуле, пощипывал себя за щеку. Стал работать геодезистом, каменщиком, рабочим в типографии, но отовсюду уходил или его увольняли за грубость и нарушение дисциплины.

По настоянию матери обратился в больницу им. Ганнушкина, где пробыл месяц. В отделении замкнут, отгорожен от больных, не критичен к своему состоянию. Большую часть времени где-нибудь сидел, безучастно наблюдая за окружающим. Не читал, так как “мысли обрывались и не мог сосредоточиться”. Ничем не занимался. Лечился инсулином.

После выписки не работал. Успеваемость была несколько лучше, но легко утомлялся, отмечал, что трудно думать, в “голове что-то творится”. Не мог организовать свой рабочий день, большую часть которого бродил по улицам, приставал к прохожим.

Был вторично направлен в больницу им. Ганнушкина, где больной находился с 5.II по 4.III 1964 г.

Психический статус. Полностью ориентируется в месте и времени. Себя больным не считает. Не высказывает никаких жалоб. Сведения о себе сообщает крайне бессистемно, относится к своему поведению и высказыванию без критики. Дает им нелепые объяснения, пытается рассуждать, подводя какую-то “теорию” под

124

свои отношения с матерью. “Мужчина — существо более высоко организованное” и т.п.

Выписка из экспериментально-психологического исследования. По своей инициативе больной во время эксперимента никаких жалоб на состояние умственной работоспособности не высказывает, но при настойчивых расспросах признает, что в голове бывает “пустота”, что читать и учиться “нудно”. Экспериментальные задания быстро выполняет, но к своим ошибкам относится без должной критики. При классификации предметов объединяет ребенка и бабочку, так как “они нарисованы красочно”; при сравнении понятий “тарелка — лодка” говорит “состоят из молекул”; при сравнении “воробей — соловей” объясняет “птицы”, но тут же добавляет “состоят оба из 3 слогов и оканчиваются на “й”. В пиктограмме для запоминания выражения “больная женщина” пытается нарисовать стадион — “на нем болельщики сидят”. Для слова “разлука” рисует луковицу.

Таким образом, при выполнении экспериментальных заданий больные сближают любые отношения между предметами и явлениями, даже если они не адекватны конкретным жизненным фактам. Реальные же различия и сходства между предметами не принимаются больными во внимание, не служат контролем и проверкой их суждений и действий. Следует отметить, что у подобных больных речь не облегчает выполнение задачи, а затрудняет его: произносимые больными слова вызывают новые, часто случайные ассоциации, которые больными не отторгаются. Выполнив в реальном действии задание правильно, больные нелепо рассуждают по поводу него.

О нарушениях мышления у больных шизофренией писал Л.С.Выготский. Он высказывал предположение, что у них имеет место распад функции образования понятий — последние

снижаются до уровня комплексов, т.е. конкретных смыслообразований — и что в основе этого нарушения лежит изменение значения слов.

Соглашаясь с Л.С.Выготским в том, что у больных шизофренией может часто обнаруживаться изменение значения слова, мы не можем считать, что в этих случаях речь идет о снижении

понятийного уровня больных до уровня комплексных решений

(в понимании Л.С.Выготского комплексное решение означает обобщение явлений на основании конкретных связей, конкретных представлений). Как показали наши эксперименты, это имеет место лишь у весьма ограниченной части больных шизофренией, находящихся в так называемом исходном состоянии, т.е. в состоянии

125

дефекта. В большинстве случаев их мышление оказывается нарушенным не потому, что они оперируют конкретными связями, а наоборот, потому, что в их суждениях доминируют, как мы говорили выше, связи, не адекватные конкретным жизненным отношениям. Даже в тех случаях, когда их суждения конкретны, они не отражают истинные реальные отношения между явлениями или предметами, а скорее означают сближение, сгущение их отдельных случайных сторон и свойств. Это сближение происходит не из-за нарушения понятийного уровня, а потому, что у больных утрачивается направленность на объективное содержание явлений и предметов. Подобную “необычность” мышления больных шизофренией описывают многие авторы. Одни из них, как Н.Камерон [121], Д.Чепмен [122], Р.Пейн [133], пытаются

объяснить изменения мышления больных шизофренией тем, что больные используют широкий круг свойств предметов, не относящихся к информации о них. Другие, как Ю.Ф.Поляков [83], Т.К.Мелешко [73], говорят о том, что нарушение мышления больных шизофренией связано с тем, что у них актуализируются малозначимые в прошлом опыте знания. Особенно интересны в этом направлении работы Ю.Ф.Полякова, Т.К.Мелешко, которые разработали серию методик (видоизмененные варианты метода исключения, сравнения понятий) для исследования мышления больных шизофренией. Они показали, что больные используют при сравнении понятий в 2,5 раза больше, чем здоровые, нестандартные свойства предметов.

Таким образом, исследования многих авторов приводят с разных позиций к положению о том, что мышление больных шизофренией, обозначенных нами как искажение процесса обобщения, не отражает реальные соотношения предметов и явлений. Анализ этого вида патологии мышления может быть дан, если подойти к мышлению как деятельности мотивированной, в структуру которой включен и личностный компонент (см. § 3).

§ 2. Нарушение динамики мыслительной деятельности

Признание рефлекторной природы мышления означает признание его как процесса. Об этом писал еще И.М.Сеченов [99], говоря, что мысль имеет определенное начало, течение и конец.

Мы не можем в достаточной мере проанализировать внутренние закономерности мышления, исследовать структуру мыслительных операций, с помощью которых происходит отражение объективных свойств предмета, если мы не проанализируем процессуальную

126

сторону мыслительной деятельности. Использование обобщенных способов решения задач, актуализация адекватных знаний о предметах требуют 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 в общей теоретической характеристике мышления, но и к каждому отдельному мыслительному акту. 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.

Как мы говорили выше, одной из особенностей мышления как высшей ступени познания является его опосредованность. Конечно, осуществление этой опосредованности обеспечивается правильной структурой понятий. Познание фактов, скрытых от непосредственного восприятия, возможно тогда, когда человек способен проанализировать, обобщить воспринимаемые факты. Однако осуществление этого опосредования, перехода от одних суждений к другим связано также с наличием более или менее длинной цепи умозаключений. Именно цепь умозаключений, переходящая в рассуждение, является истинным проявлением мышления как процесса. Поэтому при исследовании мышления, его формирования и распада недостаточно ограничиваться одним только анализом образования и распада понятий, одной только характеристикой интеллектуальных операций. Наши исследования [26] показывают, что нарушения процесса обобщения являются не единственным вариантом нарушений мышления. Больше того, наиболее часто встречающиеся нарушения мышления не сводятся к распаду понятий; болезненные состояния мозга приводят чаще всего к динамическим нарушениям мышления.

Нарушению динамики мышления посвящено мало работ. Хотя во многих психиатрических исследованиях говорится о динамическом характере некоторых нарушений мышления, однако под этим подразумевается их обратимость.

В V главе, посвященной нарушению мнестической деятельности, было указано, что у ряда больных (например, больных сосудистыми заболеваниями мозга) колебания умственной работоспособности приводили к колебаниям памяти, зависящим не

127

от сложности выполняемой задачи, а от истощаемости корковой нейродинамики больных. Подобные колебания, выступавшие как непоследовательность суждений, наблюдались и в мыслительной деятельности больных.

Непоследовательность суждений. Характерная особенность этого нарушения заключалась в неустойчивости способа выполнения задания. Уровень обобщения больных в основном не был снижен; больные правильно обобщали материал; операции сравнения, переноса не были нарушены. Однако адекватный характер суждений больных, как мы говорили выше, не был устойчивым.

Остановимся несколько подробнее на способах действия этих больных при выполнении ими задания “классификации предметов”.

Больные легко усваивают инструкцию, применяют способ, адекватный условиям решения, начинают раскладывать карточки по обобщенному признаку, но спустя некоторое время оставляют правильный путь решения. Достигая в отдельных случаях высоких уровней обобщения, больные эпизодически сбиваются на путь неправильных, случайных сочетаний. Эти колебания носили различный характер.

1. Очень часто наблюдались чередования обобщенных и конкретно-ситуационных сочетаний. Приведем несколько примеров.

Больной М-в (закрытая травма головного мозга), который начал раскладывать карточки по обобщенным признакам, образуя группы растений, животных, вдруг начинает сомневаться, куда отнести мухомор: “Он же вредный, отнесу-ка в сторону”. Точно так же он не знает, куда отнести жука: “Положу его к книге и тетради, его же изучают в школе”. После того как экспериментатор попросил больного работать внимательнее, он несколько растерянно сказал: “Подождите. Да, у меня есть здесь посуда, растительный мир... Конечно, к нему принадлежит и гриб, безотносительно к тому, вреден он или нет; а жука положу к животному миру”. В конце концов у больного получаются следующие группы: люди, животные, растения, посуда, мебель, школьные принадлежности, предметы домашнего обихода. Экспериментатор просит объединить некоторые группы. Больной: “Людей с животными, да? Растения... Ну а дальше как? Ведь остальное не объединишь: как же соединить домашнюю утварь с канцелярскими предметами”.

Больной заметно устает, наступает легкий тремор рук, потливость. Экспериментатор начинает беседу на тему, не относящуюся к эксперименту. Спустя 5 минут больной по просьбе экспериментатора возвращается к работе и тут же самостоятельно правильно и обобщенно ее выполняет.

Больная Ш. (артериосклероз головного мозга), правильно выделив группу инструментов, кладет туда же кузнеца, “так как он нарисован с молотом в

руке и вообще он работает, пользуясь разными инструментами”. (Следует отметить, что больная выделила до того группу людей.) На вопрос экспериментатора: “А что у вас в этой группе?” — больная отвечает: “Здесь люди” — и тут же самостоятельно перекладывает кузнеца в группу людей.

Приведенные примеры показывают, что в этих случаях колебания умственной деятельности больных проявлялись в чередовании обобщенных и ситуационных решений. Выполнение заданий на уровне обобщенных решений не являлось стойким модусом работы больных.

2. Ошибки больных состояли также в том, что логические связи подменялись случайными сочетаниями. Так, правильное выполнение задания классификации предметов нарушалось тем, что больные объединяли объекты в одну группу лишь потому, что карточки оказались рядом. Они нередко замечали свои ошибки и сами исправляли их.

3. Ошибочные решения больных проявляются в образовании одноименных групп: больные часто выделяют предметы по правильному общему признаку, но тут же начинают выделять аналогичную по смыслу группу. Так, например, больной мог выделить группу людей, в которую входили врач, ребенок, уборщица, и тут же выделял еще одну группу людей, куда входил моряк, лыжник и т.п. Остановимся лишь на некоторых из них, часто встречающихся в клинике.

Лабильность мышления. Нарушение динамики мышления, выражавшееся в чередовании адекватных и неадекватных решений, не приводило к грубым нарушениям строения мышления. Оно лишь на какой-то отрезок времени искажало правильный ход суждений больных и являлось, очевидно, нарушением умственной работоспособности больных (см. гл. VIII).

В некоторых же случаях нарушение динамики мышления носило более стойкий характер, изменяло само строение мышления. Лабильность суждений становилась как бы постоянным модусом мыслительной деятельности больных. Подобная постоянная лабильность мышления наблюдается у больных маниакально-депрессивным психозом в маниакальной фазе болезни.

Маниакальное состояние характеризуется повышенным настроением и самочувствием, психомоторным возбуждением больных. Больные непрерывно 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, исключаящей их фиксацию

на экспериментальной ситуации. Экспериментальному исследованию 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 выполнение любого экспериментального задания не вызывало определенной стратегии их мышления. Больные не задумываются над вопросом, адресованным к ним, не вникают в смысл задания. Они импульсивно приступают к выполнению. На вопрос, в чем общность и различие между понятиями “стол” и “стул”, один из больных (со средним образованием) отвечает: “У них общее то, что у стола и у стула четыре ножки, разница — у стула спинка есть, у стола — нет”. При раскладывании картинок в последовательном порядке больные такого типа, осмыслив сюжет, раскладывают их в любом порядке.

Возникающие ассоциации носят хаотический 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. Больные сосредотачиваются на экспериментальном задании лишь на короткие промежутки времени. Понимая смысл пословицы, больные не могут ее объяснить. Нередко какое-нибудь слово пословицы вызывает “цепочку” ассоциаций: иногда больные, не объяснив пословицы, приводят подходящий пример из своей жизни; последний напоминает им еще что-нибудь сходное, и мысль больных протекает в случайных направлениях. Например, больной в гипоманиакальном состоянии объяснил пословицу “Не все то золото, что блестит” следующим образом: “Золото — это прекрасные золотые часы подарил мне брат, он у меня очень хороший. Когда мы вместе учились, мы ссорились, но потом жили мирно. Брат очень любил театр, мы видели с ним пьесу...” и т.д. Хаотичный характер ассоциаций помешал правильному объяснению пословицы, слово “золото” сразу повело к целой цепи воспоминаний. Но возможны и другие вари-

анты, когда больные в своем объяснении опускают какое-нибудь звено. Так, например, другая больная сразу поняла смысл этой поговорки и в качестве примера, как потом удалось выяснить, хотела привести случай, когда яблоко, на вид хорошее, внутри оказалось гнилым. Однако больная этого случая не рассказала, а сразу начала говорить: “Яблоки, конечно, бывают червивые. Вот, например, бывают такие сорта яблок, когда этого не подумаешь... У нашей соседки мичуринские яблоки. Конечно, развитие мичуринского учения имеет большое значение...” Далее следуют разные воспоминания о знакомых мичуринцах и т.д. Точно так же больной в гипоманиакальном состоянии, выделив группу людей, т.е. выполняя задание на уровне правильных обобщений, вдруг, увидев кузнеца, стал декламировать: “Мы кузнецы и друг наш — молот... Люблю... старые революционные песни... Песня — наш друг. Есть здесь среди карточек напоминающие песню, искусство вообще? Да, картинки неважно нарисованы; кто вам их рисовал, художник? От слова “худо”. Больной смеется, держит в руках картинку и не выполняет задание. Когда экспериментатор просит его обратиться к заданию, напоминая, что надо найти принцип классификации, больной замечает: “Да, я хотел людей отделить от животных” — и продолжает раскладывать по обобщенному признаку.

Больному был доступен смысл задания, но любое слово, произнесенное им самим или экспериментатором, предмет привлекали направленность больного и уводили от непосредственного задания. Неадекватным оказывалось само течение умственной деятельности. При направляющей помощи экспериментатора интеллектуальная продукция больного часто могла быть даже адекватна поставленной цели-(в конце, концов больные правильно рассортировывали карточки или определяли понятия), но весь ход суждений, который самостоятельно выбирал больной, был неустойчивым.

“Откликаемость”. Неустойчивость способов выполнения работы достигает у некоторых больных чрезвычайно утрированной формы: они не только не в состоянии удерживать ход своих суждений в установленном раньше направлении, но и начинают реагировать на любой раздражитель, к ним не адресованный. Так, услышав, как другой больной говорит, что сегодня ему на завтрак давали колбасу, больной, передававший рассказ о том, как галка, перекрасившись, полетела в голубятню, говорит: “И голуби ее угостили колбасой”.

С особой отчетливостью феномен “откликаемости” обнаружился в ассоциативном эксперименте. В качестве ответных реакций часто выступали названия предметов, находившихся перед глазами больных (“вплетения”); при предъявлении слова “пение” больной

отвечает словом “стол”, на слово “колесо” — словом “очки” и

т.п. Подобная тенденция называть находящиеся перед глазами предметы наблюдалась иногда и у больных других групп, однако было достаточно указания экспериментатора, чтобы больные начинали правильно выполнять инструкцию. У наших же больных указание экспериментатора вызывало правильные реакции лишь на короткое время; спустя небольшой промежуток времени больные опять называли предметы, попадавшие в поле их зрения.

Эта тенденция выступала также и в том варианте ассоциативного эксперимента, где инструкция предусматривала особую направленность ответов, в частности, где требовалось назвать определенное количество предметов определенного цвета (красного, зеленого). Эта задача может вызвать известные затруднения и у здоровых испытуемых; она предполагает активное “отбрасывание” тех слов, которые не соответствуют смыслу инструкции. В этих случаях испытуемые прибегают к различным приемам, которые должны облегчить припоминание необходимых слов (например, оглядываются вокруг себя, смотрят на окружающие предметы), но они не используются ими для ответа, если слова не соответствуют инструкции. Последняя приобретает определяющее значение; ответы здорового человека в ситуации эксперимента зависят от условий задачи, от требования экспериментатора.

Наши больные в этом эксперименте временами называли находившиеся перед ними предметы, хотя они отнюдь не были окрашены в требуемые цвета. Инструкция экспериментатора вызывала целенаправленные действия на короткий отрезок времени. Любой объект, любая случайно услышанная фраза могла вызвать действия больных, неадекватные содержанию их деятельности, искажающие ход их суждений.

Инертность мышления. Антиподом описанного нарушения является тот тип нарушений мыслительной деятельности, в основе которого лежит *инертность связей прошлого опыта*. В этих случаях больные не могут менять избранного способа своей работы, изменять ход своих суждений, переключаться с одного вида деятельности на другой.

Подобные нарушения часто встречаются у больных эпилепсией, иногда у больных с отдаленными последствиями тяжелых травм головного мозга, при некоторых формах умственной отсталости.

Подобные больные иногда в состоянии работать, но делают это с частыми срывами, теряют прежнюю квалификацию и выполняют работу, не требующую приобретения и использования новых знаний. В психоневрологическую больницу они поступают в

связи с декомпенсацией состояния. В историях болезни отмечается, что больные принимают участие в трудовых процессах, читают газеты, проявляют часто интерес к жизни отделения; вместе с тем качество их умственной продукции невысоко, темп работы замедлен.

Экспериментально-психологическое исследование обнаруживает замедленность, тугоподвижность их интеллектуальных процессов. Даже в тех случаях, когда они могут обобщить материал (выделить основной признак в опыте на классификацию предметов, понять условность инструкции), они допускают ошибочные решения, если им необходимо переключиться на новый способ решения задачи. Изменение условий затрудняет их работу.

Эта тугоподвижность мыслительного процесса приводила в конечном счете к тому, что больные не справлялись даже с элементарными заданиями, если последние требовали переключения. Так, например, один больной в опыте, где ему надо было опосредовать свой процесс запоминания и воспроизведения слов с помощью рисунка (составление пиктограмм), мог придумать условные обозначения для опосредования слов, если он мог нарисовать человека, и не мог этого сделать в тех случаях, когда ему казалось неудобным рисовать человека.

Плохую переключаемость обнаруживают больные и в опыте

на опосредованное запоминание по методу А.Н.Леонтьева. Выбрав для запоминания слова какую-нибудь карточку, больные не в состоянии подобрать для этого слова другую. Следовательно, решение задачи доступно больным, если оно выполняется только одним определенным способом.

Подобная инертность связей прежнего опыта, в которой проявляется нарушение динамики мыслительной деятельности, в результате приводила к снижению операции обобщения и отвлечения. Выполняя задачу “классификация объектов”, больные не только не объединяют в одну группу диких и домашних животных, но каждое из домашних животных выступает для них как единичный экземпляр. В результате само задание классификации не выполняется даже на конкретном уровне. Процесс сортировки, классификации, требующей отторгивания одних элементов, сопоставления с другими, т.е. известной гибкости оперирования, переключения,

для них затруднен. Так, один больной, выделив группу людей, разделяет ее на две подгруппы: людей, занятых физическим трудом, и людей, занятых умственным трудом (к последним относит и лыжника).

Экспериментатор предлагает объединить некоторые группы, например домашних и диких животных, людей разных профессий.

133

Больной соглашается, начинает заново сортировать картинки, но в итоге приходит к прежнему способу, отстаивает его.

Такая же трудность переключения обнаруживается и в эксперименте по методу *исключений объектов*. Так, больной при предъявлении карточки, на которой изображен стол, стул, диван и настольная лампа, заявляет: “Конечно, все это мебель, это точно, а лампа не мебель. Но ведь на столе должна стоять лампа, если дело происходит вечером или хотя бы в сумерки... Ну, зимой рано темнеет, а тогда лучше удалить диван... Ежели есть стул — можно без дивана обойтись”. На замечание экспериментатора: “Ведь вы же сказали сами, что лампа не мебель” — больной отвечал: “Конечно, правильно, надо выделить мебель, но лампа-то настольная, она на столе стоит. Я бы предложил выделить диванчик”. Несмотря на то что сам больной не только понял, но и указал на принцип обобщения (мебель), он в реальном действии — сортировке предметов — снова и снова возвращается к выделенному им свойству: “Лампа настольная, она должна стоять на столе”. Больной не может переключиться с принятого им решения.

Конкретные связи прежнего опыта инертно доминируют в мыслительной деятельности больных и определяют весь дальнейший ход их суждений.

Из-за подобной инертности связей прежнего опыта больные часто не упускают при выполнении задания ни одной детали, ни одного свойства предметов и в результате не приходят даже к элементарному обобщению. Из этого стремления к уточнению, из желания исчерпать при решении какого-нибудь вопроса все многообразие фактических отношений и возникает то своеобразное эпилептическое “резонерство”, проявляющееся в обстоятельности, излишней детализации, которое метафорически обозначается в клинике как *вязкость* мышления.

Особенно часто обнаруживается подобная инертность связей прежнего опыта при выполнении задания, которое требует более развернутого объяснения, — при определении понятий. Для иллюстрации приведем типичное определение простого понятия.

Больной Б-н (эпилепсия). Шкаф. “Это предмет, в котором хранится что-то... Но в буфете тоже хранят посуду, еду, а в шкафу — платье, хотя и в шкафу часто хранят еду. Если комната маленькая и в ней буфет не помещается или если просто-таки нет

буфета, то в шкафу хранят посуду. Вот у нас стоит шкаф; справа — большое пустое пространство, а налево — 4 полки; там и посуда, и еда. Это, конечно, некультурно, часто хлеб пахнет нафталином — это от моли порошок. Опять же бывают шкафы книжные, они не столь

134

глубоки. Полки их уже, полок много. Теперь шкафы вмуровываются в стены, но все равно — это шкаф”.

Приведенные иллюстрации показывают, что больной начинал правильно определять понятие “шкаф”, но тут же приводил всевозможные отклонения от своих определений, уточнял возможные варианты, и в результате всех этих уточнений и описаний больной так и не мог остановиться на каком-нибудь одном четком определении. Сам больной оставался неудовлетворенным своими объяснениями, потому что они казались ему недостаточно полными.

Инертность конкретных связей прежнего опыта выявляется и в ассоциативном эксперименте с инструкцией отвечать словом противоположного значения.

Полученные данные показывают, что латентный период довольно значителен и составляет в среднем 6,5 секунды, у отдельных больных он временами достигал 20—30 секунд.

Обращает на себя внимание большое число *запаздывающих* ответов: больные отвечают не на предъявляемое слово, а на прежнее. Например, ответив на слово “пение” словом “молчание”, больной

на следующее слово “колесо” отвечает словом “тишина”; ответив

на слово “обман” словом “вера”, на следующее “голоса” больной реагирует словом “ложь”.

Запаздывающие ответы наших больных являются существенным отклонением от нормального протекания ассоциативного процесса. Они свидетельствуют о том, что следовой раздражитель имеет большее сигнальное значение, нежели актуальный. Для уточнения механизма этих особенностей следует обратиться к анализу построения ассоциативного эксперимента.

Слово, которым испытуемый реагирует на слово-раздражитель, не является единственной возникающей у него ассоциацией. Однако реагирование лишь одним словом объясняется тем, что инструкция экспериментатора, т.е. задание, предусматривает

лишь одно и притом первое пришедшее на ум слово. Остальные возникшие при этом связи затормаживаются. Предъявление другого слова вызывает новые ассоциации, иначе говоря, ответная реакция больного обусловлена всякий раз актуально звучащим словом. Актуальность же раздражителя зависит от поставленной задачи, от ситуации.

В работах советских психологов изучалась зависимость образования ассоциативных связей от условий и содержания деятельности. А.Н.Леонтьев и Т.Ф.Розанова показали, что при изменении смысла задания (инструкции) одни и те же раздражители вызывают различные ассоциативные связи. Закрепление и воспроизведение

135

ассоциативных связей должно происходить именно в зависимости от поставленного задания.

В применении к нашей экспериментальной ситуации это должно означать, что только произнесенные в данный момент слова должны были вызывать ассоциативные связи, что только они должны были служить сигналом для ответной реакции. Ассоциации же, вызванные произнесенными ранее словами, не должны были актуализироваться; прежние раздражители должны были остаться нейтральными, утратив свое сигнальное значение.

У наших больных актуально звучащие слова не приобретали значения раздражителя. В силу инертности связей прошлого опыта больные отвечают на отзвучавшее слово. Полноценность мыслительной деятельности заключается не только в том, что человек в состоянии выполнить ту или иную мыслительную операцию, проанализировать и синтезировать материал, выделить существенное, но и в том, что эта способность к правильным операциям является устойчивым способом действия.

В ситуации эксперимента, так же как и в любой жизненной ситуации, выступают все новые стороны предметов и явлений, меняются условия деятельности. Для того чтобы правильно познать эти различные отношения, чтобы правильно действовать согласно изменившимся условиям, человеку нужно уметь переходить от одного способа действия к другому, он не должен автоматически оперировать прежними застывшими операциями или способами.

Мышление отражает адекватно объективную действительность, когда сохранна не только его операционная сторона, но и его динамика.

§ 3. Нарушение мотивационного компонента

мышления

Мышление является сложной саморегулирующейся формой деятельности. Оно определяется целью, поставленной задачей. Существенным этапом мыслительной деятельности является сличение получаемых результатов с условиями задачи и предполагаемыми итогами. Для того чтобы этот акт сличения выполнялся, человеческая мысль должна быть активной, направленной на объективную реальность. Утеря целенаправленности мышления приводит не только к поверхностности и незавершенности суждений, но и к тому, что мышление перестает быть регулятором действий человека.

136

Однако положение о том, что мышление является регулятором действий, не следует понимать так, будто мышление следует рассматривать как источник, как движущую силу поведения. Ф.Энгельс [2, 493] говорил: “Люди привыкли объяснять свои действия из своего мышления, вместо того, чтобы объяснять их из своих потребностей (которые при этом, конечно, отражаются в голове, осознаются), и этим путем с течением времени возникло то идеалистическое мировоззрение, которое овладело умами в особенности со времени гибели античного мира”.

Следовательно, источником человеческого действия являются осознанные потребности, возникшие в результате общественно-трудовой деятельности человека. Потребность, осознанная человеком, выступает для него в виде конкретных жизненных целей и задач. Реальная деятельность человека, направленная на достижение этих целей и разрешение данных задач, регулируется и корректируется мышлением. Мысль, пробужденная потребностью, становится регулятором действия; для того чтобы мышление могло регулировать поведение, оно должно быть целенаправленным, критичным, личностно мотивированным.

Не существует мышления, оторванного от потребностей,

мотивов, стремлений, установок, чувств человека, т.е. от личности в

целом. Об этом говорит С.Л.Рубинштейн [90; 87] в своей книге “О мышлении и путях его исследования”: “Вопрос о мотивах, о побуждениях анализа и синтеза мышления вообще... это по существу вопрос об истоках, в которых берет свое начало тот или иной мыслительный процесс”.

Л.С.Выготский постоянно подчеркивал, что мысль не последняя инстанция, что сама мысль рождается не из другой мысли, а из мотивирующей сферы нашего сознания, которая охватывает наши влечения и потребности, наши интересы и побуждения, наши аффекты и эмоции.

При построении своей теории поэтапного формирования умственных действий П.Я.Гальперин тоже указывает на необходимость прежде всего формирования мотива к действию.

За последние годы наметился подход к мышлению как деятельности управления поиском решения задач. Хотя этот аспект, продиктованный кибернетическими исследованиями, безусловно, оказался плодотворным для психологии мышления, он вместе с тем вызывал у ряда исследователей односторонний подход в анализе процесса мышления; мышление стало рассматриваться как аналог работы электронно-вычислительных машин. Оно стало сводиться к элементарным информационным процессам, к манипуляции символами. О.К.Тихомиров [107; 31] замечает: “Если

137

распространение кибернетики привело к концентрации внимания на общей принципиальной схеме всякой деятельности, то проблема специфически человеческих особенностей деятельности оказалась незаслуженно как бы отодвинутой на второй план”.

Между тем, говоря о “пристрастной” природе человеческой деятельности, А.Н.Леонтьев [56; 281] пишет, что “личностный смысл выражает именно его (субъекта. — Б.З.) отношение к осознаваемым объективным явлениям”.

Естественно, что измененный личностный смысл должен сыграть существенную роль в строении и протекании мыслительной деятельности.

Связь нарушения мышления с изменением мотивационной сферы наблюдается при разных формах душевных болезней. Уже при анализе того вида патологии мышления, который мы называли “искажением уровня обобщения”, мы можем по существу говорить о нарушении мотивационного компонента мышления. Как было указано, больные, у которых отмечалось подобное нарушение, опирались в своих суждениях на признаки и свойства, не отражавшие реальные отношения между объектами.

Особенно четко такие нарушения выступали при некоторых экспериментальных пробах, требовавших выделения и отбора признаков, на основе которых возможен синтез и обобщение (например, при разных вариантах классификации объектов).

Мы приводили способы классификации подобных больных, когда ложка могла быть объединена с автомобилем “по принципу движения”, шкаф объединялся с кастрюлей, потому что у “обоих есть отверстия”. Нередко предметы объединялись на основании их окраски, расположения в пространстве или стиля рисунка. Подобная повышенная облегченная актуализация формальных ассоциаций, неадекватных сближений была выявлена и другими исследователями. Так, Ю.Ф.Поляков и Т.К.Мелешко приводят пример, когда больной видит сходство между карандашом и ботинком в том, что “оба оставляют след”. Описывая подобные явления, они объясняют их тем, что случайные, маловероятные связи актуализируются у больных с такой же частотой, как и упроченные. Это положение правильно. Следует, однако, разобраться в том, что представляют собой в психологическом отношении понятия “существенные”, “упроченные”, “значимые” или, наоборот, случайные признаки

или свойства предметов.

Значимым, существенным является для человека то, что приобрело смысл в его жизнедеятельности. Не частота появления того или иного признака или свойства предмета делает его значимым или существенным, а та осмысленность, та роль, которую этот

138

признак сыграл в жизни человека. Существенность признака и свойства, значимость самого предмета или явления зависят от того, *какой смысл* они приобрели для него. Явление, предмет, событие могут в разных жизненных условиях приобретать разный смысл, хотя знания о них остаются те же. А.Н.Леонтьев прямо указывает, что явление меняется со стороны “смысла для личности”.

Вместе с тем значение вещей, совокупность наших знаний о них остаются устойчивыми. Несмотря на то что личностная направленность и содержание мотивов могут оказаться различными, основная практическая деятельность формирует устойчивость предметного значения вещей.

Наше восприятие мира всегда включает в себя и смысловое отношение к нему, и его предметно объективное значение. При известных обстоятельствах превалирует то одна, то другая сторона, но обе они слиты в гармоническом единстве.

Конечно, изменение эмоций, сильные аффекты могут и здорового человека привести к тому, что предметы и их свойства начнут выступать в каком-то измененном значении. Однако в экспериментальной ситуации, как бы она ни была значима для

больного, объекты выступают в своей однозначной характеристике. Посуда всегда выступает как посуда, а мебель — как мебель. При всех индивидуальных различиях — разнице в образовании, при всей разнородности мотивов, интересов — здоровый человек при необходимости классифицировать объекты не подходит к ложке как “движущемуся предмету”. Операция классификации может проводиться в более или менее обобщенном плане, но предметное значение объекта, с которым человек совершает ту или иную операцию, остается устойчивым. Поэтому признаки, на основании которых проводится операция классификации, актуализирующиеся при этом свойства предметов носят в известной мере характер стандартности и банальности. У ряда наших больных шизофренией эта устойчивость объективного значения вещей нарушилась.

Конечно, и у них вырабатывались общие с нашими знания о вещах и явлениях. Их представление о мире в основном совпадает с нашим. Они едят ложкой и в качестве средства передвижения используют троллейбус; применительно к выполняемой интеллектуальной задаче — классификации предметов — эти же больные могли отнести ложку к категории посуды или шкаф к категории мебели, но одновременно с этим ложка могла выступить и как объект “движения”. Наряду с актуализацией обычных, обусловленных всей прошлой жизнью свойств, признаков, отношений между предметами и явлениями могли оживляться и неадекватные (с точки зрения наших представлений о мире) связи и

139

отношения, которые приобретали смысл лишь благодаря измененным установкам и мотивам больных. То единство, в которое включалось значение предмета и смысловое отношение к нему, терялось благодаря изменению в сфере мотивов и установок. Особенно ярко выступало нарушение личностного компонента в том виде нарушений мышления, который мы охарактеризовали как “разноплановость мышления”.

Разноплановость мышления. Нарушение мышления, обозначенное нами как “разноплановость”, заключается в том, что суждения больных о каком-нибудь явлении протекают в разных плоскостях. Больные могут правильно усваивать инструкцию. Они могут обобщить предлагаемый им материал; актуализируемые ими знания о предметах могут быть адекватными; они сравнивают объекты на основании существенных, упроченных в прошлом опыте свойств предметов. Вместе с тем больные не выполняют задания в требуемом направлении: их суждения протекают в разных руслах.

Речь идет не о том всестороннем, свойственном мышлению здорового человека подходе к явлению, при котором действия и суждения остаются обусловленными целью, условиями задания, установками личности.

Речь идет также не о тех колебаниях уровня и содержания суждений, возникающих как результат измененной динамики мышления. Как мы говорили выше, при непоследовательности суждений больные на какой-то отрезок времени лишаются возможности правильно и адекватно рассуждать. Однако это не представляет собой утерю целенаправленности мыслительной деятельности как таковой. Действия больного адекватны цели и условиям, поставленным экспериментатором (например, больной оставляет обобщенный способ решения и начинает объединять объекты на основании конкретного признака), но его действия проводятся в плане классификации: он объединяет предметы на основании свойств, признаков *самих предметов*. При разноплановости мышления сама основа классификации не носит единого характера. Больные объединяют объекты в течение выполнения одного и того же задания то на основании свойств самих предметов, то на основании личных вкусов, установок. Процесс классификации протекает у больных в разных руслах (табл. 4).

Приводим для иллюстрации некоторые примеры больного Г-на (шизофрения, параноидная форма).

Из приведенной таблицы видно, что больной Г-н выделяет группы то на основании обобщенного признака (животные, посуда, мебель), то на основании материала (железные), цвета (картинки окрашены в синий и красный цвета). Другие предметы

140

объединяются на основании моральных и общетеоретических представлений больного (группа “выметающих плохое из жизни”, группа, “свидетельствующая о силе ума человеческого”, и т.п.).

Некоторые больные руководствуются при выполнении задания личными вкусами, обрывками воспоминаний. Так, больной С-в (параноидная форма шизофрении), выполняя задание “классификация предметов”, пытается образовать группы животных, растений, но тут же добавляет: “Но если подходить с точки зрения моего личного вкуса, то я не люблю грибы, я выброшу эту карточку. Когда-то отравился грибами. А вот это платье мне тоже не нравится, оно не изящное, я их положу в сторону. А вот моряк мне нравится, и спорт я признаю (объединяет моряка и лыжника в одну группу)”.

Таблица 4

Выполнение задания “классификация предметов” больным Г-на с “разноплановостью” мышления

Предметы, объединенные больным в группы	Объяснение больного
Слон, лошадь, медведь, бабочка, жук и другие животные	Животные.
Самолет, бабочка	Группа летающих (бабочка изъята больным из группы животных).
Лопата, кровать, ложка, автомобиль, самолет, корабль	Железные. Предметы, свидетельствующие о силе ума человеческого (самолет изъят из группы летающих).
Цветок, кастрюля, кровать, уборщица, пила, вишня	Предметы, окрашенные в красный и синий цвета.
Слон, лыжник	Предмет для зрелищ. Людям свойственно желать хлеба и зрелищ, об этом знали древние римляне.
Шкаф, стол, этажерка, уборщица, лопата	Мебель. Это — группа выметающих плохое из жизни. Лопата — эмблема труда, а труд несовместим с жульничеством.
Цветок, кусты, деревья, овощи и фрукты	Растения. Посуда.

Стакан, чашка, кастрюля	
-------------------------	--

Таким образом, больной теряет цель задания не потому, что он истощился, а потому, что выполняет классификацию исходя то из “личного” вкуса, то кладя в основу воспоминание о том, что он “отравился грибами”.

141

Другой больной К-н (шизофрения), описанный нами совместно с П.Я.Гальпериным, при классификации предметов не соглашается отнести собаку в группу выделенных им домашних животных: “Я не стану есть собачину”. Направленность на объективное содержание действия утрачивается, наряду с адекватными суждениями выступает “разноплановый” характер мышления. Подобная разноплановость была обнаружена нами при выполнении задания “исключение предметов”.

Приводим для иллюстрации некоторые примеры из эксперимента больной шизофренией (простая форма) в табл. 5.

Таблица 5

Выполнение задания “исключение предметов” (больной с “разноплановостью” мышления)

Предъявленные картинки	Высказывания больной
Лампа керосиновая, свеча, электрическая лампочка, солнце	Надо выделить солнце, это естественное светило, остальное — искусственное освещение.
Весы, термометр, часы, очки	Очки отделю, не люблю очков, люблю пенсне, почему их не носят. Чехов ведь носил.
Барабан, наган, военная фуражка, зонтик	Зонтик не нужен, сейчас носят плащи. Зонтик — это устаревший атрибут, я — за модернизм.

Как видно из таблицы, больная способна выполнить задание на обобщенном уровне; она исключает солнце как естественное светило, но тут же выделяет очки на основании личного вкуса: “она не любит их” не потому, что они не являются измерительным прибором. На таком основании она выделяет и зонтик.

В результате одновременного сосуществования, переплетения всех этих разных аспектов, различных подходов к заданию, суждения, определения и выводы больных не представляют собой планомерного, целенаправленного выполнения задания. В мыслительной деятельности больных переплетаются логические суждения, обрывки представлений, элементы воспоминаний, желаний.

Аналогичные нарушения мышления отмечала и Г.В.Биренбаум при исследовании больных шизофренией. Она указывала, что у

142

больных мышление “течет как бы по различным руслам одновременно”. Определяя этот симптом как *минование сущности*, Г.В.Би-ренбаум отмечала, что больные часто подменяли выполнение задания выявлением субъективного отношения к нему (устное сообщение).

При выполнении любого самого простого задания больные подходили не с позиций, обусловленных конкретной ситуацией эксперимента, а руководствовались измененным отношением, измененными жизненными установками. При этом могло и не быть непосредственного привнесения содержания психопатологического симптома в экспериментальную ситуацию (например, больной не “вплетал” элементы бреда в выполнение задания). Однако наряду с адекватными ассоциациями оживлялись связи, имеющие какое-то отношение к болезненным установкам больного, выступающие в данной конкретной ситуации как “причудливые”. Предметное значение вещей становится в одной и той же смысловой ситуации неустойчивым, подчас противоречивым¹.

Подобное неадекватное увязывание не стоящих в связи друг с другом вещей, представлений выступает потому, что для больного становится возможным рассмотрение самых обыденных вещей в неадекватных ситуации аспектах.

Приведенные данные находятся в соответствии с многими клиническими данными. Анализ историй болезни этих больных, наблюдения за их поведением в жизни и больнице выявили неадекватность их жизненных установок, парадоксальность их мотивов и эмоциональных реакций. Поведение больных отклонялось от обычных нормативов. Порожные интересы, взгляды больных отступают на задний план перед неадекватными, болезненными установками. Больной мог не заботиться о своих близких, но он проявлял повышенную озабоченность по поводу *пищевого рациона* своей кошки, другой больной мог оставить свою квалифицированную профессию и, обрекая свою семью на лишения, занимался тем,

что целыми днями расставлял вещи перед фотообъективом, так как, по его мнению, “видение в различных ракурсах приводит к расширению умственного кругозора”.

Парадоксальность установок этих больных, смысловая смещенность приводила к глубокому изменению структуры любой

¹ В тесной связи с подобной “разноплановостью” находится и символика мышления некоторых больных шизофренией. Именно из-за “разноплановости” мышления и эмоциональной насыщенности обыденные предметы начинают выступать в виде “символов”.

143

деятельности как практической, так и умственной. В качестве существенного выступало то, что соответствовало измененным парадоксальным установкам больного. При выполнении экспериментальных заданий, требовавших сравнения и отбора признаков, подобная смысловая смещенность приводила к оперированию неадекватными.

Если больной, который видел смысл жизни в расстановке предметов перед фотообъективом, классифицировал предметы на основании их расположения на картинках, то выбор такого принципа являлся для него осмысленным.

В тех случаях, когда больной захвачен бредовыми переживаниями, *разноплановость* мышления выступает отчетливо и в клинической беседе. В ситуации, аффективно не насыщенной, *разноплановость* мышления может выступить лишь в рудиментарной форме. Однако, как мы видели выше, она может отчетливо выявиться в экспериментальной ситуации. В этих случаях смысловая смещенность приводит к актуализации незначимых, “латентных” (С.Л.Рубинштейн) свойств, сосуществующих с адекватными. Мышление лишается целенаправленности.

В своем докладе на XVIII Международном конгрессе психологов в Москве в 1966 г. “Потребности, мотивы, сознание” А.Н.Леонтьев говорил о том, что “усвоенные человеком значения могут быть более узкими или более широкими, менее адекватными или более адекватными, но они всегда сохраняют свой объективированный, как бы “надличный характер” [57; 9]. Очевидно, у описываемых нами больных этот “надличный” характер значений теряется.

Резонерство. Еще более четко выступает роль измененного личностного отношения в структуре того вида патологии мышления, обозначаемого в психиатрической клинике как резонерство.

Это расстройство мышления определяется клиницистами как “склонность к бесплодному мудрствованию”, как тенденция к непродуктивным многоречивым рассуждениям. Исследуя этот симптом, мы обнаружили (1962), что резонерские суждения больных определяются не столько нарушением его интеллектуальных операций, сколько повышенной аффективностью, неадекватным отношением, стремлением подвести любое, даже незначительное явление, под какую-то “концепцию”.

Нередко неадекватные суждения отмечаются даже у больных, у которых вообще эксперимент не выявляет нарушений познавательных процессов. Так, больной психопатией, который в опыте на пиктограмму подбирает адекватные связи для запоминания слова “развитие”, рисует двух людей, расходящихся в разные стороны,

144

объясняя: “Это разлука, разлука приводит к усовершенствованию, ведь разлука это печаль, а чувство печали облагораживает человека, снимает его мещанскую шелуху самодовольства”. Другая больная при предъявлении пословицы “Не все то золото, что блестит”, говорит: “Это значит, что надо обращать внимание не на внешность, а на внутреннее содержание” — и тут же

добавляет: “Но все же я должна сказать, что с точки зрения диалектики это не совсем правильно, ведь существует же единство формы и содержания, значит, надо обратить внимание и на внешность”.

Психологическая характеристика симптома резонерства была предметом специального исследования нашей сотрудницы

Т.И.Тепеницыной [106]. Как показали результаты ее исследования, неадекватность, резонерство больных, их многоречивость выступали в тех случаях, когда имела место аффективная захваченность,

чрезмерное сужение круга смыслообразующих мотивов, повышенная тенденция к “оценочным суждениям”. Т.И.Тепеницына [106; 72] пишет, что “резонерство выражается в претенциозно-оценочной позиции больного и склонности к большему обобщению по отношению к мелкому объекту суждений”.

Для иллюстрации приводим данные истории болезни и протоколов больной В.П.

Больная В.П., 1940 г. рождения. Образование среднее. Диагноз: шизофрения, параноидная форма.

Раннее развитие больной протекало без особенностей. В школу пошла 7 лет. Училась хорошо. Росла упрямой, резкой девочкой. Была “заводи-Лой” среди детей. Стремилась во всем быть первой.

После окончания школы поступила в торговый техникум, который успешно окончила. В 1959—1960 гг. стала чрезмерно “деятельной”, настроение было всегда “восторженное”, легко знакомилась с людьми.

В 1961 г. поступила в вуз. Много занималась. Впервые появилась несвойственная ранее больной подозрительность.

Стала злобной, грубой. Начала подозревать своего мужа в “плохих поступках”. Привела его в милицию. Там была осмотрена психиатром и стационарирована в психиатрическую больницу. При поступлении в больницу была малодоступной, злобной, возбужденной. Считала, что враги в сговоре с мужем, связаны с враждебными людьми, которые “заражают людей раком”. В больнице пробыла 24 дня. Лечилась аминазином и инсулином. Выписана в хорошем состоянии. Дома чувствовала себя хорошо. Успешно сдала зачеты. Вскоре состояние опять ухудшилось. Нарушился сон. Опять появилась подозрительность, выгоняла мужа из дома. Появились страхи.

В ноябре 1963 г. была стационарирована повторно. При поступлении манерна, дурашлива, на лице неадекватная улыбка. Заявила, что слышит “голоса из космоса”, испытывает на себе

145

постороннее воздействие. Кто-то “действует на ее мысли”, “ощущает, что в разных частях тела что-то дергается”. Временами возбуждена, стремится куда-то бежать. То плачет, то смеется. Проявляет агрессию по отношению к больным. В период лечения стелазинном состояние улучшилось. Стала спокойнее, правильнее себя вести. Со стороны внутренних органов и центральной нервной системы патологии не выявлено.

Данные общего экспериментального психологического исследования. (Данные Т.И.Тепеницыной.) Во время исследования настроение больной приподнятое, довольна. Тон высказываний — пуэрильно-восторженный. Много и беспричинно смеется. Манерна, многоречива. Обнаружила хорошую память, из 10 слов сразу же воспроизводила 10, почти в том же порядке, могла дословно повторить сложные тексты.

Приводим в качестве иллюстрации протоколы выполнения больной экспериментальных заданий: при выполнении классификации особенно отчетливо выступает склонность к “претенциозным высказываниям”. Так, объединяя в группу предметы: пилу, стакан, бутылку, куртку, больная объясняет: “Предметы домашнего обихода и инструменты”; “петуха, моряка, женщину” — “Петух гордый, моряк стройный, а женщина красивая”; “дерево, жука” — “Дерево можно к таракану, потому что никто не знает, откуда произошли деревья и никто не знает, откуда произошли тараканы”; “велосипед, кровать, стол” — “Техника, так как там затрачен труд такой же, как для того, чтобы сделать велосипед... Стол сюда же, тоже затрачен конкретный труд”; “птицу и собаку” — “Птичка и собачка к животным: они дышат. Можно сюда и моряка, и женщину, потому что они произошли от обезьяны”; “стакан, петух (перекладывает из первой группы)” — “Общее — это жизнь! Потому что, если бы не было петуха, не было бы и курицы; если бы не было курицы, не было бы и яйца! Выдуть яйцо — будет скорлупа, будет стакан, в него можно налить!!!”; “Часы, пароход” — “Это тоже техника, во-первых; во-вторых, пароход работает по московскому времени. Московское время работает по Ому, по Архимеду, по Плутарху. Этот корабль не утонет, если будет работать по часам”.

Попытки экспериментатора вмешаться, помочь больной, направить работу по нужному руслу ни к чему не приводят. Классификация предметов остается незавершенной.

Аналогичные результаты выявляются при определении слов: “дружба”, больная определяет: “...Дружба! Это такое чувство!.. Это большое, большое чувство, которое толкает людей на хорошие поступки... Это люди оказывают друг другу помощь в трудную минуту, это даже чувство любви в какой-то степени. Дружить можно

146

не только... Дружба может быть не только среди людей, дружба бывает и среди животных. Дружба — это хорошо! Дружба —

это хорошее чувство, которое испытывают люди и животные,

которое позволяет людям делать друг другу хорошее...”; “Голова” — “Голова — это та часть тела, без которой жить невозможно. Невозможно! Это, как говорит Маяковский, — мозг класса, сила класса. В голове расположен мозг — мозг тела, сила тела — вот что такое голова. Без руки жить можно, без ноги — можно, а без головы не рекомендуется”.

Приводим примеры сравнения понятий. Больная должна сравнить понятия: “часы и термометр”; она отвечает: “Это жизнь! Градусник — это жизнь! И часы — это жизнь! Ибо градусник нужен, чтобы измерять температуру людей, а время измеряют часы. Не было бы и жизни, если б не было часов и не было бы градусника, а не было бы градусника, больным бы не меряли температуру и не меряли бы температуру воздуха; не меряли бы температуру воздуха — не могли бы предсказывать погоду, прогноза не могло бы быть, а если бы не было часов, то люди были бы как стадо: они не всегда выходили бы на работу, только по солнцу, а солнце не всегда видно — зимой его нет”; “птица и самолет” — “Сходство — крылья. Потому что рожденный ползать, летать не может. Человек тоже летает, у него есть крылья. У петуха тоже есть крылья, но он не летает. Он дышит. Рожденный ползать — летать не может!”

Т.И.Тепеницына отмечает, что аффективность проявляется и в самой форме высказывания: многозначительной, с неуместным пафосом. Иногда только одна интонация испытуемого позволяет расценить высказывание как резонерское, так суждения, звучащие в громкой речи как типично резонерские, при письменной записи вместе с потерей интонаций теряют и свой резонерский оттенок.

Грамматический строй речи этой категории больных отражает эмоциональные особенности резонерства. Своеобразен синтаксис, своеобразна лексика резонерских высказываний. Больные часто используют инверсии, вводные слова.

§ 4. Нарушение критичности мышления

Нарушения мышления могут возникнуть потому, что выпадает постоянный контроль за своими действиями и коррекция допущенных ошибок. Подобный вид нарушения мышления можно охарактеризовать как нарушение критичности мышления.

Вопрос о критичности мышления решался в психологии только в общем плане. С.Л.Рубинштейн подчеркивал, что только в

147

процессе мышления, при котором субъект более или менее сознательно соотносит результаты мыслительного процесса с объективными данными, возможна ошибка и что возможность осознать ошибку является привилегией мысли. Выделяя качества ума, Б.М.Теплов указывает на критичность и оценивает ее как умение строго оценивать работу мысли, тщательно взвешивать все доводы за и против намечающихся гипотез и подвергать эти гипотезы всесторонней проверке. Л.С.Выготский неоднократно подчеркивал, что осознание и овладение идут рука об руку. Именно в недоучете возможности овладения своими действиями, суждениями Л.С.Выготский видел основной недостаток теории Курта Левина.

Проблема критичности освещена также в работах А.Г.Спиркина, Е.В.Шороховой, Л.И.Божович и ее сотрудников в связи с проблемой формирования сознания и самосознания.

Понятие критичности в психопатологии неоднозначно; часто имеется в виду критичное отношение к бреду, к галлюцинациям и другим болезненным переживаниям. В данном параграфе подвергается анализу тот вид критичности, который состоит в умении обдуманно действовать, проверять и исправлять свои действия в соответствии с объективными условиями.

При выполнении экспериментальных заданий обнаружилась особая группа ошибок, которую можно было характеризовать как бездумную манипуляцию предметами. Так, например, в опыте на классификацию объектов больные, не вслушавшись в инструкцию, бегло взглянув на карточки, начинали раскладывать предметы по группам, не проверяя себя. Так, один из больных начинает складывать в одну группу карточки, лежащие рядом:

“медведь”, “термометр”, “лопата”, “шкаф”; в другую

группу собирает карточки, находящиеся по краям: “гриб”, “птица”, “велосипед”.

По существу говоря, само задание не выступило для больного как таковое. При указании экспериментатора, что группы надо отбирать по смыслу, чтобы карточки подходили друг к другу, больной правильно сортирует карточки, выделяя группы по обобщенному признаку (животные, мебель, люди, растения).

Это безразличное отношение к своим ошибкам достигало у некоторых больных самой нелепой формы. Так, например, один больной, сохранивший навык счета, при вычислении возраста своей дочери допустил столь грубую ошибку, что дочь оказалась моложе его на два года. Когда экспериментатор обратил внимание больного на абсурдность его вычисления, он, не смутившись, ответил: “Все может быть”. Например, другой больной, которому показывается серия картинок, изображающих нападение волков на мальчика, идущего в школу, едва взглянув на картинки, ответил:

148

“Мальчик лезет на дерево, хочет нарвать яблок, вероятно”. *Экспериментатор*: “Посмотрите внимательнее”. *Больной*: “Мальчик спасается от волков”. Еще один больной, едва выслушав просьбу экспериментатора объяснить пословицу: “Куй железо пока горячо”, отвечает: “Да, да, железо должно быть расплавленным, иначе оно не ковка” — и тут же объясняет правильно: “Не надо откладывать дело в долгий ящик”.

Больные могут осмыслить содержание басни, условный смысл инструкции, понять переносный смысл пословицы, вычленив обобщенный признак и вместе с тем допустить грубейшие ошибки, действовать не в направлении инструкции, неправильно отнести фразы к пословице. Следовательно, больные могли понимать условие задания и в то же время действовать вразрез этим пониманиям.

Проблеме нарушений критичности у психически больных была посвящена работа И.И.Кожуховской [42]. Обнаруженные различные проявления нарушений критичности дали автору основание для некоторой их систематизации.

Среди различных форм не критичности И.И.Кожуховская выделила аспект, имеющий прямое отношение к описываемому нами явлению *нарушение критичности мышления*.

В прежних главах мы неоднократно указывали, что отношение больного к эксперименту всегда мотивировано пониманием смысла самого исследования. Больной в ситуации психоневрологического учреждения всегда руководствуется более или менее значимыми мотивами. Поэтому у больных, как правило, выступает и отношение к своим ошибкам. И.И.Кожуховская отмечает, что именно градация отношений больного к допускаемым ошибкам может в какой-то степени служить

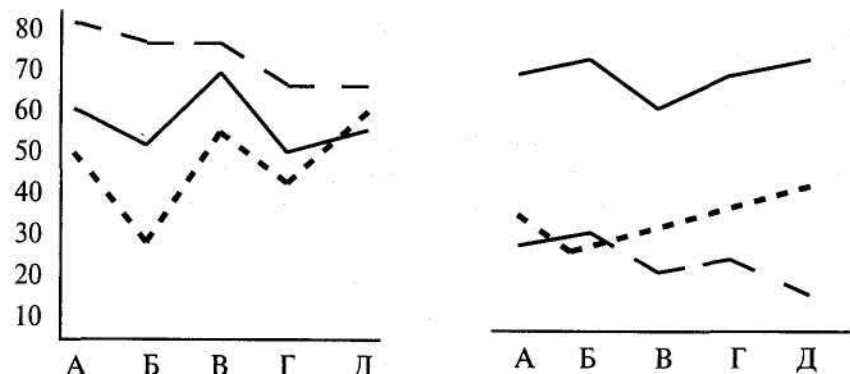
показателем критичности мыслительной деятельности больных. Ею было показано, что критичность больных проявлялась по-разному: одни из них сами исправляли свои ошибки, другие делали это только под “нажимом” экспериментатора, третьи отстаивали свои решения. При этом И.И.Кожуховская отмечает очень интересный факт, что в основном не поддавались коррекции ошибки, связанные с разноплановостью суждений. Иными словами, не поддавался коррекции тот вид нарушений мышления, который связан с нарушением мотивационной сферы больных. Этот обнаруженный И.И.Кожуховской факт имеет принципиальное значение и перекликается с выводом работы нашего аспиранта

Талат Мансур Габрияла [19; 20], который тоже выявил, что именно

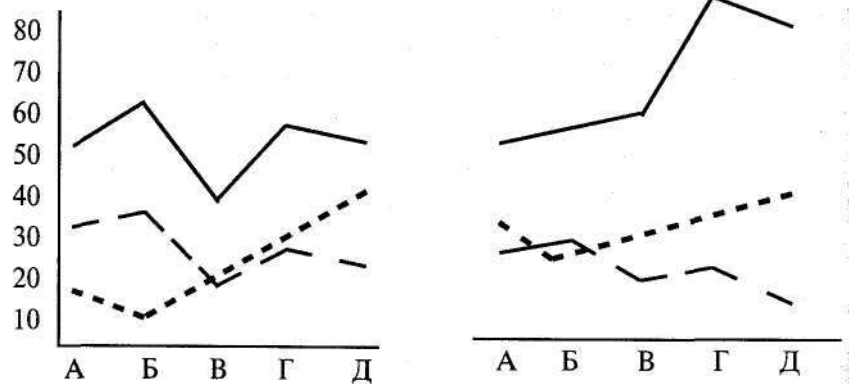
в структуре разноплановости мышления особенно отчетливо выявляется нарушение мотивационного компонента (рис. 3).

149

% конкретность псевдоабстрактность



о/о резонанство разноплановость



----- шиз. _____ эпил. _____ алког.

Рис. 3. Проявление некоторых видов нарушения мышления в разных вариантах методики исключения (данные Талат Мансур Габрияла)

Особенно четко выступали ошибочные, случайные решения больных в заданиях, хотя и простых по содержанию, но требующих контроля за своими действиями не только в конце работы, но на каждом отдельном этапе выполнения задания. Для иллюстрации приведем данные дипломной работы В.И.Урусовой-Белозерцевой, проведенной под нашим руководством в 1959 г. Больным предлагались небольшие рассказы с пропущенными отдельными словами; испытуемые должны заполнить эти пропуски ; (вариант методики Эббингауза).

150

В качестве испытуемых выступали больные с поражением лобно-базальных разделов мозга. Были предложены следующие рассказы.

1. Лев стал... и не мог ходить на... Тогда он решил жить хитростью; залег в своей берлоге и притворился... И вот другие звери стали приходить и навещать больного... А когда они приходили, он набрасывался на них и... Пришла лисица, но в берлогу не вошла, а остановилась у... Лев спросил у нее: “Чего же ты не войдешь ко мне?” А... отвечала: “Я вижу много следов, которые ведут к твоей..., но не вижу..., которые вели бы обратно”.

2. Один человек заказал пряже тонкие... Пряжа спряла тонкие нитки, но человек сказал, что нитки... и что ему нужны нитки самые тонкие. Пряжа сказала: “Если тебе эти не тонки, то вот тебе другие”, и она показала на... место. Он сказал, что не видит. “Оттого и не видишь, что они очень тонки. Я и сама их не вижу”. Дурак обрадовался и заказал себе еще таких..., а за эти заплатил деньги.

По данным В.И.Урусовой-Белозерцевой, из 18 больных описываемой группы лишь четверо сначала прочитали рассказ; остальные 14 испытуемых заполнили пропуски “с ходу”, не обращая внимания даже на следующую за ними фразу.

Следует отметить, что контрольные опыты, проведенные над больными со снижением уровня обобщения, но с критическим отношением к себе, выявили иную картину: даже те больные, которые плохо справлялись с заданиями, всегда прочитывали весь рассказ, обдумывали вставляемое ими слово.

Приводим образцы выполнения этих задач больными описываемой группы¹.

Больной Г.: “Один человек заказал пряже тонкие *руки* (нитки). Пряжа спряла тонкие нитки, но человек сказал, что нитки *нет* (толсты) и что ему нужны нитки самые тонкие. Пряжа сказала: “Если тебе эти не тонки, то вот тебе другие”, и она показала *другое* (пустое) место. Он сказал, что не видит. “Оттого и не видишь, что они тонки, я и сама их не вижу”. Дурак обрадовался и заказал себе еще бее *руки* (ниток), а за эти заплатил деньги”.

Больной Г.: “Лев стал *рычать* (стареть) и не мог ходить на охоту. Тогда он решил жить хитростью: залег в своей берлоге и притворился *спящим* (больным). И вот другие звери стали приходить навещать больного *оленья* (льва). Когда они приходили, он набрасывался и съедал их”.

Анализируя ошибочно вставленные слова, В.И.Урусова-Белозерцева отмечает следующие типы ошибок: а) вставленные слова можно было употребить лишь в контексте с ближайшими

¹ В скобках приведены слова, которые должны быть вставлены; курсивом отмечены слова, вставленные больными.

словами, но в отрыве от последующих слов и всего сюжета в целом; б) вставленные слова носят совершенно случайный характер; в) вставленные слова взяты из других рассказов.

В приведенных исследованиях И.И.Кожуховской [41; 42] был подвергнут анализу вопрос о влиянии оценки экспериментатора на критическое отношение больных к продукту своей деятельности. Для этого была использована методика Эббингауза в варианте Урусовой-Белозерцевой, но с измененной инструкцией: после того как испытуемый заполнил текст, экспериментатор доводил до его сведения, что им допущены ошибки и ему надлежит их исправить.

Замечания экспериментатора по-разному отразились на отношении к работе испытуемых. Здоровые испытуемые (контрольная группа) внимательно просматривали текст и исправляли ошибки. Часть больных с критическим отношением к ситуации эксперимента тоже исправляла ошибки, иногда даже выявляя парадоксальное явление: они были настолько озабочены проверкой, так напряженно проверяли, что их усилия приводили к новым ошибкам, и лишь определенная часть больных оставалась безразличными к проверке, у них не возникала установка на исправление ошибок. Это были больные шизофренией, в клинической картине которых наблюдались симптомы вялости, безучастия. Экспериментально-психологическое исследование, проведенное с этими больными, тоже обнаружило не столько изменение их познавательных процессов, сколько измененную мотивацию. Об этом свидетельствуют и количественные данные, приведенные в работах И.И.Кожуховской.

Суммируя, можно сказать, что описанные в этом параграфе нарушения мышления, названные нами как “нарушение критичности мышления”, по существу выходят за пределы нарушений познавательных процессов и должны рассматриваться как невозможность осознать и оценить свое поведение в целом, т.е. как не критичность к своей личности, как следствие нарушения подконтрольности поведения в широком смысле этого слова. Приведенные данные показывают невозможность анализа психической деятельности через анализ нарушений его отдельных процессов: памяти, внимания, восприятия, мышления. Это положение, хорошо известное в отечественной психологии, особенно отчетливо выступает при разрешении любой задачи психиатрической практики. Так, например, при проведении трудовой или судебной экспертизы нередко встает вопрос о нарушении мышления или памяти больного. Экспериментальное психологическое исследование показывает при этом, что в действительности же нарушен контроль за своими действиями. Нарушение подконтрольности поведения принимает разные формы, в том числе и форму нарушенного мышления.

ГЛАВА VII

НАРУШЕНИЯ ЛИЧНОСТИ

§ 1. Нарушение опосредованности и иерархии мотивов

На современном этапе наших исследований мы не можем предложить какую-нибудь жесткую устоявшуюся классификацию личностных нарушений. Поэтому мы остановимся на тех личностных изменениях, анализ которых можно провести в наиболее разработанных в советской психологии теоретических понятиях, к которым следует отнести понятие деятельности. Анализ деятельности, как об этом неоднократно писал А.Н.Леонтьев, должен проводиться через анализ изменения мотивов.

До сих пор изменение мотивов исследовалось психологами либо в ходе онтогенетического развития ребенка, либо оно вызывалось экспериментально (Л.И.Божович [14], М.С.Неймарк [75], Л.С.Славина [100] и др.). Однако изменение мотивов мы часто наблюдаем у людей, страдающих некоторыми формами психических заболеваний. Психологический анализ этих мотивационных изменений является, на наш взгляд, адекватным способом исследования деятельности, а следовательно, и личности больного человека. Кроме того, и это особенно значимо, патологический материал дает в некоторых случаях возможность не только проанализировать изменения мотивов и потребностей, но и проследить *процесс формирования этих изменений*.

Такое прослеживание требует уточнения тех основных характеристик мотивов, на которые психологический анализ может опираться. К таким характеристикам относится их опосредованный характер и иерархичность их построения.

А.Н.Леонтьев [57; 6] указывает на тесную связь мотивов и потребностей. Подчеркнув, что анализ потребностей может быть проведен через раскрытие их предметного содержания, он указывает, что “это преобразует психологическую проблему потребностей в проблему мотивов деятельности”. А это означает признание

153

сложного отношения мотивов с разными потребностями, признания их иерархического построения.

Усложнение мотивов, их опосредование и иерархическое построение начинается у ребенка уже в дошкольном возрасте и происходит дальше в течение всей жизни: мотивы теряют свой непосредственный характер, они начинают опосредоваться сознательно поставленной целью, происходит подчинение одних мотивов другим. Например, желание овладеть какой-нибудь профессией как общий мотив поведения включает в себя целый ряд частных: овладеть нужными знаниями, усвоить определенные навыки и многое другое. Каждая из этих целей в свою очередь разбивается в реальной деятельности на ряд более мелких, которые и определяют в каждом конкретном случае поведение человека. Поэтому деятельность человека

отвечает всегда не одной, а нескольким потребностям и соответственно побуждается несколькими мотивами. Однако в конкретной человеческой деятельности можно выделить ведущий мотив. Именно он придает всему поведению определенный смысл.

Наличие ведущих мотивов не устраняет необходимости мотивов дополнительных, непосредственно стимулирующих поведение, однако без ведущих мотивов содержание деятельности лишается личностного смысла. Именно этот ведущий мотив обеспечивает возможность опосредования и иерархии мотивов. Иерархия мотивов является относительно устойчивой и этим обуславливает относительную устойчивость всей личности, ее интересов, позиций, ценностей. Патологический материал позволяет проследить закономерности изменения мотивационной сферы человека, которые приводят к смене позиций, интересов, ценностей личности. Как нам кажется, наиболее отчетливо эти закономерности можно обнаружить у больных психическими заболеваниями, при которых процесс нарушения мотивов, установок и ценностей происходит достаточно развернуто, позволяя проследить его отдельные этапы. Одной из адекватных моделей для анализа оказались нарушения личности, выступающие при хроническом алкоголизме. Для доказательства мы приводим данные работы нашего аспиранта Б.С.Братуся [76].

В качестве методического приема в этой работе был применен предложенный нами в 1965 г. метод психологического анализа данных историй болезни в сочетании с экспериментально-

психологическим исследованием.

В исследовании Б.С.Братуся имеют место две группы фактов: одни из них касаются нарушения иерархии мотивов; другая группа — способа формирования новой потребности (патологической).

154

Прежде чем провести анализ этих фактов, приведем в качестве иллюстрации данные истории болезни, предоставленные нам Б.С.Братусем.

Данные истории болезни больного Г., 1924 г. рождения. Диагноз: хронический алкоголизм с деградацией личности (история болезни доктора Г.М.Энтина).

В детстве рос и развивался нормально. Был сообразительным ребенком, любил читать. В школе — с 8 лет, учился отлично. По характеру — общительный жизнерадостный. Участь в школе, одновременно занимался в студии самодеятельности при Доме пионеров. Выступал в клубах, на школьных вечерах. С 1943 г. служил в армии. Серьезных ранений и контузий не имел. После войны Г. становится актером гастрольного драматического театра. Исполняя заглавные роли, пользовался успехом у зрителей. Потом перешел в областную филармонию на должность актера-чтеца. Больной имел много друзей, был “душой компании”. Женат в 1948 г., детей нет.

Алкоголь употребляет с 1945 г. Сначала пил редко, по праздникам, в компании. С 1951 г. стал пить чаще. Изменяется характер. Г. делается раздражительным, придирчивым к окружающим, прежде всего к родным, циничным, грубым. В 1952 г. от больного уходит жена из-за злоупотребления им алкоголем. Вскоре он женился вторично.

Меняется отношение к работе. Если раньше, по словам Г., каждый концерт “был праздником”, то теперь является на концерт в нетрезвом состоянии. Получил за это строгий выговор с предупреждением.

Изменился и характер выпивки: больной отошел от прежних друзей, в большинстве случаев пьет один. Пропивает всю зарплату, не дает денег семье, наоборот, берет у жены деньги “на опохмеление”. Летом 1952 г. пропил свою шубу.

В 1958 г., по совету жены, обратился к психиатру с просьбой полечить его от алкоголизма. Но, не дождавшись начала лечения, запил. По настоянию жены вторично обратился к психиатру и был направлен в больницу им. Ганнушкина. На приеме больной откровенно рассказывает о себе, просит помочь. Подавлен обстановкой в отделении, настаивает на скорой выписке, обещает бросить пить.

После выхода из больницы Г. увольняется из областной филармонии, получает направление на работу в другую. Но туда больной не поехал — запил. Дома устраивал скандалы, требовал денег на водку. Пропил платья жены и ее матери. Для прерывания запоя стационарировался повторно в больницу им. Ганнушкина. На этот раз у Г. нет полной критики к своему состоянию — обвиняет в своем пьянстве жену, обстоятельства.

После выписки Г. сменил профессию — стал шофером. Вскоре начал употреблять алкоголь. В 1954 г. Г. оставляет вторая жена — он остается один. В состоянии опьянения появились устрашающие галлюцинации, испытывал страхи. С этой симптоматикой

был вновь направлен в 1955 г. в психиатрическую больницу им. Ганнушкина. В отделении ничем не занят. Круг интересов сужен, не читает газет, не слушает радио. Понимает вред алкоголизма, но находит “объективные” причины каждому запою.

После выхода из больницы Г. опять запил. Поступления в больницу учащаются. Всего за период с 1953 по 1963 г. он поступал в больницу 39 раз, каждые 2—3 месяца.

С трудом устраивается на работу грузчиком, откуда его увольняют за пьянство. Живет один, комната в антисанитарном состоянии, на кровати нет даже постельного белья. Больного никто не посещает, друзей нет. Во время запоя пропивает с себя вещи. В 1958 г. пропил одежду, которую на свои деньги купил для него районный психиатр. В состоянии опьянения — циничен, агрессивен, устраивает скандалы на улице.

Пребыванием в больнице не тяготится. Требуя к себе уважения, самооценка завышена: считает, что имеет актерский талант, что он незаурядный человек. Груб с персоналом больницы, с лечащим врачом, держится без чувства дистанции. В отделении ничем не интересуется, общается избирательно, предпочитая группу больных — алкоголиков и психопатов. При последнем поступлении в 1963 г. разлагающе влияет на других больных, убеждает их сразу же после выписки начать пить водку, настраивает против персонала.

Данные показывают, как происходило изменение личностной сферы больного. До болезни — это активный человек художественного склада, живой, общительный. Еще в школе он занимался художественной самодеятельностью, а после войны становится актером, пользуется успехом у зрителей, имеет много друзей.

В результате пьянства меркнут эти интересы. Работа актера перестает “быть праздником”, становится лишь обязанностью, больной отходит от друзей, семьи. Изменяются и характерологические черты больного: делается раздражительным, придирчивым к окружающим, прежде всего к родным, циничным, грубым.

Перестает следить за собой. Если раньше любил хорошо одеваться, быть в компании друзей, то теперь неряшлив, пьет один.

Меняется и объективная жизненная позиция больного. В прошлом актер, теперь Г. с трудом устраивается на работу грузчиком, всякий раз его увольняют за пьянство.

Иным становится моральный облик больного. Чтобы добыть деньги на водку, он крадет платья жены, пропивает одежду, купленную для него районным психиатром.

За годы болезни изменяется и поведение Г. в больнице. Если при первых поступлениях он удручен своим состоянием, критичен к себе, просит помочь, то в дальнейшем критика становится

156

частичной, наконец, полностью исчезает. Больной не тяготится частым пребыванием в психиатрической больнице, в отделении ничем не интересуется, груб с персоналом, самодоволен, отговаривает других больных от лечения.

Из данных истории болезни мы видим снижение личности до полной ее деградации. Б.С.Братусь правильно указывает, что это снижение идет в первую очередь по линии изменений в сфере потребностей и мотивов, разрушения преморбидных установок, сужения круга интересов. Экспериментально-психологическое

исследование не обнаруживает грубых изменений познавательных процессов: больной справляется с заданиями, требующими обобщения, опосредования (классификация объектов, метод исключений, пиктограмма). Однако вместе с тем при выполнении

экспериментальных заданий, требующих длительной концентрации внимания, умственных усилий, быстрой ориентации в новом материале, отмечается недостаточная целенаправленность суждений больного, не критичность: больной не всегда замечает допущенные им ошибки, а главное, не реагирует на исправления и замечания экспериментатора, легковесно их отмечает и не руководствуется ими в дальнейшей работе.

В опыте на выявление “уровня притязаний” обнаруживается завышенная самооценка; вместе с тем кривая выбора заданий по сложности носит лабильный характер: переживание успеха и неуспеха у больного не выступает.

* *

*

Как мы говорили в начале главы, анализ историй болезни мог оказаться пригодным для выделения двух вопросов: а) вопроса о формировании патологически измененной потребности; б) вопроса о нарушении иерархии мотивов.

Начнем с первого вопроса. Понятно, что принятие алкоголя не входит в число естественных потребностей человека и само по себе не имеет побудительной силы. Поэтому вначале его употребление вызывается другими мотивами (отметить день рождения, свадьбу). На первых стадиях употребление алкоголя вызывает повышенное настроение, активность, состояние опьянения привлекает многих и как средство облегчения контактов. Со временем может появиться стремление вновь и вновь испытать это приятное состояние: оно может начать опредмечиваться в алкоголе, и человека начинают привлекать уже не сами по себе события (торжество, встреча друзей и т.п.), а возможность употребления алкоголя. Алкоголь становится самостоятельным мотивом поведения, он начинает побуждать

157

самостоятельную деятельность, и тогда уже сами события становятся поводом. Происходит тот процесс, который А.Н.Леонтьев называет “сдвиг мотива на цель”, формируется новый мотив, который побуждает к новой деятельности, а следовательно, и новая потребность (в алкоголе). Сдвиг мотива на цель ведет за собой осознание этого мотива, так как по отношению к деятельности мотив играет смыслообразующую роль. Принятие алкоголя приобретает определенный личностный смысл. Таким образом, механизм зарождения патологической потребности общий с механизмом ее образования в норме. Однако болезнь создает иные, чем в нормальном развитии, условия для дальнейшего ее формирования.

Небезразличным является, очевидно, для всей дальнейшей деятельности человека содержание этой вновь зарождающейся потребности. В данном случае оно (т.е. это содержание) противоречит общественным нормативам.

Задачи и требования общества, связанные в единую систему и воплощенные в некоторый нравственный эталон, перестают для наших больных выступать в качестве побудителя и организатора поведения. А так как в зависимости от того, что побуждает человека, строятся его интересы, переживания и стремления — изменения в содержании потребностей означают собой и изменения строения личности человека.

У больных меняется не только содержание потребностей и мотивов, меняется их структура: они становятся все менее опосредованными. Л.И.Божович [14; 435] с полным правом говорит о том, “что потребности различаются не только по своему содержанию и динамическим свойствам (сила, устойчивость и пр.), но и по своему строению: одни из них имеют прямой, непосредственный характер, другие опосредованы целью или сознательно принятым намерением”. У описываемой группы больных побуждение приводит прямо и непосредственно к действиям.

Только в том случае, когда потребность становится опосредованной (сознательно поставленной целью), возможно сознательное управление ею со стороны человека. У наших больных отсутствует, как мы говорили выше, возможность опосредования сознательной целью, поэтому их потребности неуправляемы — они приобретают строение влечений.

Из общей психологии мы знаем, что опосредованность потребностей, мотивов связана с их иерархическим построением. Чем больше опосредован характер мотивов и потребностей, тем

выраженная их иерархическая связь. На эту закономерность указал в свое время и К.Левин, когда писал, что замещающее действие

158

может проявиться, если мотивы иерархически построены (в терминологии К.Левина речь шла о “коммуникации квазипотребностей”). В этих случаях не происходит жесткой фиксации на средстве удовлетворения потребности.

Мы видим из истории болезни, как под влиянием алкоголизма у больных разрушается прежняя иерархия мотивов. Иногда у больных проявляется желание работать, стремление к общению с прежними друзьями, больной совершает какие-то действия, руководствуясь прежней иерархией мотивов, но все эти побуждения не носят стойкого характера.

Главенствующим мотивом, направляющим деятельность больного, становится удовлетворение потребности в алкоголе. Перестройка иерархии мотивов больных особенно ярко проявляется в способе удовлетворения потребности в алкоголе и способе нахождения средств для ее удовлетворения.

Начинает выделяться ряд вспомогательных действий. На выполнение этих действий уходит со временем вся сознательная активность больного. В них отражается новое отношение к окружающему миру; это ведет к новым оценкам ситуаций, людей. С полным правом Б.С.Братусь подчеркивает, что со временем все проблемы начинают разрешаться через алкоголь, с его помощью и алкоголь становится смыслообразующим мотивом поведения.

По мере того как в ходе болезни алкоголь становится смыслом жизни, прежние установки, интересы отходят на задний план. Работа перестает интересовать больных — она нужна только как источник денег. Семья из объекта забот становится тормозом на пути удовлетворения страсти. Б.С.Братусь [16] подчеркивает, что мы имеем дело с центральным пунктом личностной деградации при хроническом алкоголизме, а именно с постепенным нарушением прежней, до болезни сложившейся иерархии потребностей, мотивов и ценностей и формированием взамен ее новой иерархии. Оттесняются и

разрушаются высшие потребности и установки личности. Как отражение этого процесса, сужается круг интересов. Больные становятся уплощенными, инактивными, теряются их прежние социальные связи с миром, ибо измененная алкоголем личность становится неадекватной этим связям. Поэтому и профессиональная линия больных снижается, и это изменение обусловлено в первую очередь не интеллектуальной деградацией, а изменением мотивов личности.

Изменение иерархии и опосредованности мотивов означает утерю сложной организации деятельности человека. Деятельность теряет специфически человеческую характеристику: из опосредованной она становится импульсивной. Исчезают дальние мотивы,

159

потребность в алкоголе переходит во влечение, которое становится доминирующим в жизни больного.

Изменения мотивационной сферы больных были обнаружены и в экспериментально-психологическом исследовании. Совместно с Б.С.Братусем мы провели сравнительное экспериментально-психологическое исследование больных с алкогольной энцефалопатией (II—III стадия алкоголизма по А.А.Портнову) и больных с травматической энцефалопатией (больные, перенесшие тяжелую черепно-мозговую травму с массивными субарахно-идеальными кровоизлияниями, внутричерепными гематомами, очагами ушибов различной, преимущественно конвекситальной локализации). Характер нарушений познавательной деятельности обеих групп был схож. В ряде методик (счете по Крепелину, отыскивании чисел, корректурной пробе) можно было проследить общую для обеих групп больных динамику колебаний внимания, истощаемости психических процессов. В классификации предметов, исключении предметов, простых аналогиях и других методиках обнаружилась недостаточность понимания абстрактных связей и отношений между предметами.

Однако при сходстве изменений познавательной деятельности уже в самом процессе экспериментального исследования выступили различия в поведении обеих групп больных. Больные с травматической энцефалопатией, как правило, интересовались оценкой своей работы, реагировали на замечания экспериментатора. Хотя больные стали после травмы более раздражительными, нередко вспыльчивыми, грубых нарушений структуры личности выявить не удалось. У них обнаружилась адекватная самооценка; под влиянием успешного или неуспешного решения задач у больных вырабатывался уровень притязаний.

Больные хроническим алкоголизмом, наоборот, в большинстве случаев были равнодушны к исследованию, не стремились исправить своих ошибок. Порой ошибочные решения проистекали не из-за собственно интеллектуального снижения, а из-за

отсутствия отношения к исследованию. Нередко поведение больных хроническим алкоголизмом напоминало поведение больных с поражениями лобных долей мозга, как оно описано в работах Б.В.Зейгарник, А.Р.Лурия, С.Я.Рубинштейн. Однако не критичность больных хроническим алкоголизмом имеет иную структуру, чем при лобных синдромах. Она более избирательна, сочетается с агрессией по отношению к тому, что мешает удовлетворению их патологической ведущей потребности. Некритичность *лобных* больных сочетается с беззаботностью, аспонтанностью. Глубокие изменения личности больных хроническим алкоголизмом

160

проявились и в специальных исследованиях. Они обнаруживали повышенную самооценку, некритично переоценивали свои возможности, оспаривали оценку экспериментатора.

Таким образом, проведенный анализ изменений опосредованности иерархии мотивов показывает, что они не выводятся непосредственно из нарушений мозга, а проходят длинный и сложный путь формирования, при котором действуют механизмы, во многом общие с механизмами нормального развития мотивов.

* * *

Высказанное положение подтверждается исследованием

больных- невротиков с синдромом так называемой нервной анорексии (М.А.Карева [44]).

Речь идет о девушках, которые произвольно и длительно голодают с целью исправления своей внешности. У большинства больных заболевание началось в подростковом возрасте. Все девочки отличались некоторой полнотой (но не ожирением). В школе сверстники шутили над ними, дразнили, называли “толстушками”, “пончиками” и т.п.

Кроме того, эти девочки находились в окружении взрослых, которые всячески подчеркивали, “как важно для женщины обладать красивой фигурой”. В результате у этой группы девочек сложился некий “идеал красивой женщины”. Так одна хотела быть похожей на Наташу Ростову, другая мечтала о “фигуре кинозвезды”. Девочки начинали беспокоиться о своей внешности и изыскивать средства для ее исправления.

Следует при этом отметить одно обстоятельство: стремление к коррекции началось у этих больных в подростковом возрасте. Как известно, исследования Д.Б.Элькониной [114] показали, что именно в подростковом возрасте развивается особая деятельность, заключающаяся в установлении личностных отношений между подростками, формируется особая деятельность общения, в которой подросток сравнивает свое поведение и свои возможности с возможностями сверстников, появляется мотив самоутверждения, стремление овладеть формами “взрослого поведения”. Именно в процессе этого общения и происходит, главным образом, формирование самосознания, самооценки. Многими авторами: Л.И.Божович [14], М.С.Неймарк [75] — указано, что невозможность соответствовать выработанным требованиям окружающих или выработанному собственному “идеалу” приводит к аффективным переживаниям.

161

У наших больных такие аффективные переживания возникали вследствие несоответствия “идеала красоты” и собственной внешности.

Вначале способы коррекции своей внешности носили адекватный характер (девочки исключали из своего пищевого рациона определенные продукты). Окружающие стали отмечать, что девочки стали “изящнее”. В дальнейшем они стали прибегать к более изнурительной диете.

Следует отметить в биографии девочек еще одно важное обстоятельство. Почти все девочки хорошо учились, занимали позицию “хороших учениц”, и это обстоятельство способствовало их самоутверждению. В старших классах девочкам стало труднее учиться. В большей мере этому содействовала астения, возникшая как следствие изнуряющей диеты. Родители, близкие стали контролировать пищевой рацион девочек, мешали, естественно, всячески голоданию. Девочки вступают в конфликт с семьей, скрывают, что они сознательно голодают, объясняют это отсутствием аппетита.

Так как избранная диета не всегда помогала, девушки начинают прибегать к другим способам: едят один раз в день, если же не могут устоять против чувства голода, вызывают искусственную рвоту, принимают большие дозы слабительного, занимаются по многу часов гимнастикой, тяжелым физическим трудом. Болезненные симптомы, как аменорея, выпадение волос их радует, так как являются доказательством, “что они не поправляются”.

Для иллюстрации приводим краткую выписку из истории болезни больной Лены Т., 1957 г. рождения (история болезни представлена М.А.Каревой), поступила в больницу им. Соловьева 27.III 1974 г., выписана 30.IV 1974 г. Учится в 10-м классе. Наследственность не отягощена. В дошкольном возрасте перенесла детские инфекции. Была способной, общительной

девочкой, читать начала с 5 лет. В школе до 5-го класса была отличницей. Много времени отдавала учебе. Занималась общественной работой. Настроение было всегда радостным. В подростковом возрасте стала интересоваться своей внешностью, огорчалась, что она полная. С восхищением рассказывала об одной из своих учительниц, “стройной женщине”, которая указывала девочкам, что надо следить за собой, быть всегда подтянутой, подчеркивала значимость внешнего вида для женщины. Лена стремилась подражать во всем этой учительнице, стать на нее “похожей”.

Весной 1973 г., после просмотра французского фильма, в котором играла “красивая актриса с тонкой фигурой”, многие одноклассницы Лены стали себя ограничивать в еде, чтобы стать “такими же изящными, как киноактриса”. Больная тоже включилась

162

в эту деятельность похудения, стала себя резко ограничивать в еде (весила 54 кг при росте 161 см). Стала исключать из рациона хлеб, сладкое, уменьшила общее количество пищи, стала после еды делать упражнения “для живота”. Похудела на 6 кг, чем вызвала беспокойство родителей. Осенью пошла в школу. Учебе уделяла все свободное время. Одноклассники заметили, что девочка похудела. Восхищались ее силой воли. Никто из них не смог долго ограничивать себя в еде. Девочки подходили к Лене, советовались, спрашивали о диете, ей это очень нравилось.

С этого времени (август — сентябрь 1973 г.) стала еще больше ограничивать себя в еде, совсем не употребляла хлеба. За столом была очень напряжена. Когда ее уговаривали есть, делала вид, что ест, при этом выбрасывала и прятала продукты.

С ноября похудела на 10 кг (вес 38 кг), прекратились менструации, появилась апатия, раздражительность. Жаловалась, что стало трудно понимать объяснения учителя, утомлялась на занятиях. Одноклассники удивлялись, как она в таком состоянии может учиться. Тем не менее продолжала ограничивать себя в еде. Гордилась своей “силой воли”: “Доктор, вы представить себе не можете, что это такое, когда бабушка приносит свежую булочку, посыпанную сахарной пудрой, и умоляет ее съесть, а я не ем!” Начались конфликты с родителями по поводу еды, в ответ на просьбы близких поесть могла резко ответить, нагрубить. Слезы матери, уговоры не помогали. Тщательно скрывая причину, уверяла, что нет аппетита. Гораздо позднее в больнице призналась, что есть хотелось всегда, что “аппетит был очень сильный, но не ела, так как боялась, что не выдержит и съест много и опять станет полнеть”.

В это время появился интерес к приготовлению пищи. Любила выбирать посуду, завела для себя специальные тарелочки, вилочки, ножи, ложки, любила ходить за продуктами, на рынок.

С января 1974 г. началось лечение у психиатра, сначала амбулаторно, а затем в больнице № 12. Вес при поступлении был 35 кг. Уверяла врача, что она не только здорова, но и вполне счастлива: “Я добилась всего, что хотела!” При попытках персонала накормить — больная грубила, делала вид, что ест, но выбрасывала пищу, вызывала рвоту после еды.

Была переведена в больницу им. Соловьева. *Физическое состояние*: рост 161 см, вес 38,5 кг, подкожно-жировой слой почти отсутствует, кожные покровы бледные. Внутренние органы без патологии. *Неврологическое состояние*: тремор пальцев рук. Сухожильные рефлексы оживлены. *Психическое состояние*: при поступлении жаловалась на слабость, апатию, повышенную утомляемость, раздражительность. Была возмущена тем, что переведена в больницу им. Соловьева, настаивала на выписке. О своем состоянии говорила неохотно, уверяла, что почти выздоровела. В доказательство приводила прибавку в весе на 3 кг.

163

После длительного медикаментозного лечения стала лучше есть. Выписана при весе 50 кг.

Через две недели после выписки поправилась до 56,5 кг. Начал тревожить “избыток веса”, стала опять ограничивать себя в еде, боялась “стать жирной”.

С больной было проведено экспериментально-психологическое исследование. К факту обследования отнеслась спокойно. Старается как можно лучше узнать инструкции, помощь экспериментатора принимает, хорошо использует. Ошибки исправляет сама или с направляющей помощью, оправдывается при этом. Задания старается выполнить как можно лучше.

Нарушений познавательной сферы не выявлено, память, мышление соответствуют возрастному и образовательному уровню. Отмечается утомляемость и затрудненность переключения внимания.

Самооценка больной отражает ее состояние. Здоровье свое она оценивает так: “Когда весила 35 кг, была больная, не могла от своего отказаться, сейчас я — среди весьма здоровых”. Свой характер считает хорошим, гордится им: “Я усидчивая, хорошо схожусь с людьми”. При исследовании методом ТАТ тема еды, похудания отсутствует, отмечается тема конфликта в семье и в любви.

Приведенная иллюстрация показывает, что мотив к похуданию не носил первоначально патологического характера. Голодание было вначале лишь действием для осуществления некой духовной ценностной ориентации “быть красивой”, “обладать красивой фигурой”. Однако в дальнейшем эти действия по похуданию вступают в противоречие с органической

природной потребностью в пище. При этом антивитальные действия не только не прекращаются, но сами преобразуются в мотив (сдвиг мотива на цель действия). Более того, этот мотив становится доминирующим, смыслообразующим в иерархии мотивов. Учеба, которой девочка отдавала вначале много сил, отходит на задний план, уступая свое место деятельности по похуданию.

Приведенные факты кажутся нам чрезвычайно важными, они могут служить известным подтверждением положения. А.Н.Леонтьева о том, что человеческие потребности (а следовательно, и мотивы) проходят иной путь формирования, чем потребности животных. Это путь “отвязывания” человеческих потребностей от органических состояний организма.

В связи со сказанным нам кажется заслуживающим внимания и следующий отмечаемый М.А.Каревой факт. Больные, которые длительно и упорно голодали, доводили себя до истощения, охотно занимались всем, что имеет отношение к еде: готовили разные

164

изысканные блюда, ходили закупать продукты в гастрономы, на рынок, рассматривали их, следили, чтобы их близкие ели, “закармливали”, как отмечается в историях болезни, своих маленьких сестер и братишек, многие из них хотели себе выбрать профессию, связанную с пищей.

Как нам кажется, это говорит о том, что сам способ удовлетворения природной потребности претерпевает известное изменение: выступает какая-то видимость удовлетворения, известное *квазудовлетворение* органической потребности. Это означает собой изменение природы самой потребности.

§ 2. Нарушение смыслообразования

В данном параграфе нам хотелось подойти к патологии мотивов еще с одного аспекта - взаимоотношения их смыслообразующей и побудительной функции. Дело в том, что выделяемые А.Н.Леонтьевым побудительная и смыслообразующая функции мотивов не всегда поддаются различению. Бывает нередко так, что человек осознает мотив, ради которого действие должно совершиться, но этот мотив остается знаемым и не побуждает к действию. Л.И.Божович и ее сотрудники показали, что такое явление часто встречается у детей младшего школьного возраста. Например, ребенок может знать, что для овладения будущей профессией надо хорошо учиться, но, несмотря на это понимание, мотив к учению не имеет достаточной постельной силы и приходится подключать какие-то дополнительные мотивы. Л.И.Божович [14; 418]

отмечает, что и “знаемые” мотивы играют какую-то роль хотя бы в том, что они “соотносятся” с дополнительными, но их смыслообразующая

и побудительная функции недостаточны.

Однако при определенных условиях *знаемые* мотивы могут перейти в непосредственно действующие. Этот переход *знаемых* мотивов в *побуждение* связан с формированием мировоззрения подростка. По механизму действия мотивы в старшем возрасте являются *не непосредственно действующими* возникающими на основе сознательно поставленной цели и сознательно принятого намерения. С.Л.Рубинштейн [89;469] подчеркивает, что в своих вершинных формах мотивы “сковываются на осознании человеком своих моральных обязанностей, задач, которые ставит перед ним общественная жизнь.

Именно это слияние обеих функций мотива - побуждающей и смыслообразующей - придает дельности человека характер сознательно регулируемой деятельности. Ослабление и искажение

165

этих функций — смыслообразующей и побудительной — приводит к нарушениям деятельности.

Это выражается в одних случаях в том, что смыслообразующая функция мотива ослабляется, мотив превращается в только знаемый. Так, больной знает, что к близким надо хорошо относиться, но при этом он оскорбляет и избивает свою мать.

В других случаях выступало сужение круга смысловых образований. Это выражалось в том, что мотив, сохраняя до известной степени побудительную силу, придавал смысл относительно меньшему кругу явлений, чем до заболевания. В результате многое из того, что ранее имело для больного личностный смысл (например, учеба, работа, дружба, отношение к родителям и т.п.), постепенно теряет его. В результате теряется и побудительная сила мотива.

Для исследования механизмов измененного смыслообразования больных шизофренией нашим аспирантом М.М.Коченовым [48] было проведено специально экспериментально-психологическое исследование, которое заключалось в следующем: испытуемый должен выполнить по собственному выбору три задания из девяти предложенных экспериментатором, затратив на это не более 7 минут. Предлагалось нарисовать сто крестиков, выполнить двенадцать строчек корректурной пробы (по

Бурдону), восемь строчек счета (по Крепелину), сложить один из орнаментов методики Кооса, построить “колодец” из спичек, сделать “цепочку” из канцелярских скрепок, решить три различные головоломки. Таким образом, испытуемый оказывался 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 апробации методики на здоровых испытуемых М.М.Коченов установил, что для достижения заданной цели необходима активная ориентировка в заданиях (иногда методом проб). Активность поисков наиболее целесообразных действий, наиболее “выигрышных” заданий отражает процесс переосмысления, происходящий в сознании испытуемого.

Этот ориентировочный этап был четко выражен у здоровых испытуемых. Помимо того что каждый испытуемый выбирал не менее трех заданий, когда он не укладывался в отведенное время, ему прибавляли еще несколько минут, давая возможность еще несколько ориентировочных проб.

Все испытуемые заявили, что при выборе заданий они руководствовались оценкой степени их сложности, стараясь выбирать

166

те, выполнение которых займет меньше времени. Все испытуемые отмечали, что стремились уложиться в отведенные 7 минут.

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

Иным было поведение больных шизофренией (вялотекущая, простая форма). Ориентировочный этап у них отсутствовал. Они не выбирали “выигрышных” заданий, часто брались за явно невыполнимые в 7 минут. Иногда больные проявляли интерес не к исследованию в целом, а к отдельным заданиям, которые они выполняли 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 тоже знали, что им надо уложиться в 7 минут, но это знание не служило регулятором их поведения. Они часто даже спонтанно высказывались “я должен в 7 минут уложиться”, но не меняли способов работы. Таким образом, исследования М.М.Коченова показали, что нарушение деятельности данной группы больных определялось изменением мотивации сферы. Становясь просто “знаемым”, мотив потерял как свою смыслообразующую, так и побудительную функцию.

С полным правом автор отмечает, что редукция мотивов приводит к отсутствию деятельности больных. Оскудение деятельности оказывает и свое “обратное” влияние: не формируются новые мотивы.

Анализ данных историй болезни также выявил ослабление побудительной функции мотивов и превращение их в знаемые. Эти изменения не носят однослойного характера. М.М.Коченову удалось выявить несколько видов подобных смысловых нарушений.

1. Парадоксальная стабилизация какого-нибудь круга смысловых образований. Например, больной Н. отказался получать зарплату, так как “пренебрегал земными благами”; больной М. годами не работал и жил на иждивении старой матери, к которой при этом “хорошо относился”. Этот механизм наглядно обнаружился при общем и контрольном экспериментально-психологическом исследовании больных, когда больной оставался “нейтральным” по отношению к исследованию.

2. Сужение круга смысловых образований. Выражается в том, что мотив, сохраняя до известной степени побудительную силу, придает смысл относительно меньшему кругу явлений, чем до заболевания. В результате многое из того, что ранее имело для

167

больного личностный смысл (например, учеба, работа, дружба, отношение к родителям и т.п.), постепенно теряет его.

Самое главное в структуре этой измененной деятельности больного было то, что больные знали, что им надо делать, они могли привести доказательства, как надо поступить в том или ином случае. Это и служит причиной многих странных, неадекватных поступков, суждений, дающих возможность говорить о парадоксальности шизофренической психики, о нарушении селективности их деятельности.

Таким образом, смещение смыслообразующей функции мотивов, отщепление действенной функции от “знаемой” нарушало деятельность больных и было причиной деградации их поведения и личности.

Для анализа того, как формируется патологическое изменение личности, можно привести также некоторые данные, касающиеся формирования патологических черт характера.

Известно из психиатрической практики, что у больных эпилепсией (если эта болезнь началась в детском возрасте) происходит изменение личности, которое характеризуется обычно как некое сочетание brutality, угодливости и педантичности. Стало традиционным описывать в учебниках психиатрии обратную характеристику больных эпилепсией, данную классиком немецкой психиатрии А.Крепелином: “С Библией в руках и камнем за пазухой”. Эти особенности обычно ставят в связь с самой болезнью, припадками, и нигде не анализируется вопрос об условиях формирования такой личностной особенности.

Между тем прослеживание жизни ребенка, у которого вследствие органического поражения мозга появились припадки, прослеживание реакций других детей на эти припадки, прослеживание реакции учителя на трудности в учебе, которые возникают у такого ребенка в школе, могли бы объяснить многое. Такой ребенок пытается скомпенсировать свою неполноценность, вызвать хорошее отношение к себе со стороны своих сверстников не всегда удачным способом: угодливостью, приспособлением к другим детям. Из-за инертности, присущей данным больным, эти способы фиксируются в дальнейшем, становятся методом поведения.

В этой связи интересно рассмотреть становление еще одной характерной черты эпилептика — его педантичности и аккуратности.

В начальных стадиях болезни названные качества появляются как способ компенсации первичных дефектов.
Экспериментально

168

показано, только при помощи тщательного, последовательного выполнения всех элементов стоящего перед ним задания больной может правильно его выполнять (Г.В.Биренбаум, А.Н.Залманзон, Б.В.Зейгарник, С.В.Лонгинова и др.)

Тщательное выполнение отдельных звеньев задания требует от больного эпилепсией в ходе болезни все большего внимания, пока наконец не становится главным в его работе.

Происходит перенесение мотива из широкой деятельности на исполнение вспомогательного действия. Это было показано экспериментально в дипломной работе Н.К.Калиты, которая исследовала уровень притязаний больных эпилепсией с помощью оригинальной методики: больным предъявляли картинки, которые различались друг от друга количеством элементов изображения. Требовалось за определенное время найти эти различия. В исследовании Н.К.Калиты уровень притязаний не вырабатывался у большинства больных эпилепсией. Они застревают на каждом конкретном задании и с удовольствием начинали искать различия в картинках, находя при этом самые малозначительные, которые не отмечали здоровые испытуемые.

Полученные результаты не означают, что у большинства вообще нет уровня притязаний, но если данный выбор заданий был для здоровых лишь предлогом для выявления уровня их притязаний, то у больных само исполнение заданий становится смыслом работы.

Таким образом, при эпилепсии происходит компенсация первичных дефектов, приводящих нередко к нарушению опосредованности.

Известно, что для того чтобы компенсировать дефект, надо прежде всего выработать адекватные способы и средства его преодоления. Мало того, надо не только найти способы преодоления дефекта, но и овладеть ими до известной степени свернутости и автоматизации. Навык освобождает субъекта от контроля за

исполнением действия и тем самым дает возможность перенести ориентировки в более широкое поле деятельности (П.Я.Гальперин).

Вследствие нарастания инертности способы компенсации у больных эпилепсией не становятся свернутыми и автоматизированными, а наоборот, больной “застревает” на стадии контроля

за исполнением вспомогательного действия, и мотив из широкой деятельности все более смещается на выполнение узкой.

Вместе со смещением мотива соответственно смещается и смысл деятельности. Сложная опосредованная деятельность теряет смысл для больного, главным становится исполнение отдельных операций, которые в норме выполняют роль технического средства.

169

Первично присущая эпилептику эффективность насыщает этот смысл, делая его не просто отношением, но отношением активным. Больные не терпят малейших нарушений заведенного порядка. В ходе болезни аккуратность, педантичность становятся не просто неудачной компенсацией, а привычным способом действия, определенным отношением к окружающему миру, определенной социальной позицией, т.е. чертой характера.

С некоторыми вариациями, но в общем по тем же механизмам образуются и другие патологические черты характера эпилептика. В основе их формирования также лежит неудачная компенсация, переход от широкой к узкой деятельности, сокращение смысловых единиц деятельности.

§ 3. Нарушение подконтрольности поведения

Одним из наиболее ярких проявлений нарушения личности является нарушение подконтрольности, критичности поведения. Нарушение критичности может приобрести разные формы и выступать в структуре различных процессов: мышления, восприятия (Э.А.Евлахова, Б.В.Зейгарник). Оно может выразиться в неправильной оценке своей личности, своих действий (Б.В.Зейгарник, С.Я.Рубинштейн), может проявиться в виде некритичности к своим психопатическим переживаниям. Нарушение критики у психически больных стало предметом исследования И.И.Кожуховской. Проанализировав разные аспекты нарушения критичности, И.И.Кожуховская показала значение этой характеристики для многих вопросов психологии. Ею было показано, что, какие бы формы некритичность ни принимала, она означает нарушение деятельности в целом. Автор констатирует, что критичность образует “вершину личностных качеств человека”. Приемы, направленные на изучение критичности, являются наиболее адекватными для анализа личностных особенностей [41; 42].

В данном параграфе мы останавливаемся на нарушении критики, которое заключается в неумении обдуманно действовать, проверять свои действия, исправлять их в соответствии с объективными условиями реальности.

Некритичность могла изменить деятельность больного по-разному: некоторые из них могли стать расторможенными, у других утеря контроль своих действий приводила к бездеятельности (Б.В.Зейгарник [27]).

Как указывалось выше (гл. VI, § 4), больные, допуская множество ошибок в процессе выполнения задания, не замечают

170

несоответствия отдельных частей рассказа, не пытаются анализировать материал, а когда и замечают несоответствия, противоречия, не пытаются найти и исправить ошибку. Когда экспериментатор указывает на ошибочность решения, больные соглашаются: “Здесь надо что-то другое, да, здесь не так”, — но не исправляют своих ошибок. У больных невозможно было вызвать установку на правильное выполнение задания, на адекватное отношение к продукту своего труда.

Этот факт был предметом специального исследования С.Я.Рубинштейн [92]. В своей кандидатской диссертации “Восстановление трудоспособности после военных травм мозга” С.Я.Рубинштейн проводит психологический анализ трудоспособности больных с различными мозговыми нарушениями. Ею убедительно показано, что больные даже со значительными поражениями головного мозга усваивали необходимые навыки приобретения новой профессии. Как правильно отмечает С.Я.Рубинштейн, у этих больных было адекватное отношение к труду; они правильно оценивали и предвидели, что приобретаемые ими знания пригодятся в последующей жизни.

Совершенно иначе протекал процесс овладения навыками у больных с поражениями лобных долей мозга. С.Я.Рубинштейн показала, что этим больным было нетрудно усвоить отдельные приемы работы, они овладевали легко техническими операциями; у них не отмечалась истощаемость, которая снижала работоспособность других больных. Вместе с тем именно эти больные (с травмами лобных долей мозга) оказались единственной группой больных, которые не получили нужных навыков. Анализируя причину неуспешных попыток обучения больных с поражением лобных долей мозга, С.Я.Рубинштейн показывает, что у этой группы больных не было стойкого отношения к продукту своей деятельности, не было критического отношения к себе. У больных, как замечает автор, не было внутренней коррекции своих действий.

Этот факт был отмечен и в условиях лабораторного обучения. Для исследования структуры действия в процессе обучения мы выделили группу больных с массивными ранениями левой лобной доли и одинаковое число больных с массивными поражениями задних отделов левого полушария (височной и теменно-затылочной области). В течение двух недель все эти больные проводили систематические упражнения, в которые входило заучивание стихотворения, складывание мозаики по предложенному образцу и сортировка предложенного больным материала.

Больные с поражением задних (гностических) отделов мозга хотя и испытывали заметные затруднения в обучении, но в процессе

систематического упражнения достигали значительного успеха. Они усваивали рациональные приемы обучения.

Больные же с масштабными поражениями лобных систем вели себя совершенно иначе. Они не только не применяли никаких активных приемов, которые могли бы помочь им рационально овладеть предложенной задачей, но и не удерживали того способа, который был им показан.

Так, выкладывая мозаику без плана, не учитывая основных линий предложенного им образца, пассивно соскальзывая на продолжение неверных, случайно выложенных линий, они не усваивали дававшихся приемов работы, и после данного им урока начинали следующий урок без всяких изменений. Аналогичная картина наблюдалась и при заучивании стихотворений и в других опытах.

У больных отсутствовала стойкая и осознанная мотивация,

и именно это нарушало целенаправленность действий и суждений больных (Б.В.Зейгарник [26]).

При контрольных вопросах и внешней организации работы со стороны экспериментатора больной мог осмыслить даже более сложные задачи. Таким образом, деятельность больных характеризовалась отсутствием самоконтроля и безразличным отношением к тому, что они делали. В качестве иллюстрации приведем выписки из истории болезни и данные экспериментально-психологического исследования двух больных, описанных нами в 1966 г.

Больной М., 1890 г. рождения. Диагноз прогрессирующий паралич. Больной рос нормально. Успешно окончил медицинский факультет, работал врачом-хирургом. В возрасте 26 лет перенес заболевание сифилисом. В возрасте 47 лет выявились первые признаки душевного заболевания: производя операцию, допустил грубейшую ошибку (ушил толстую кишку в желудок), что стоило больной жизни. При судебно-психиатрической экспертизе был установлен диагноз “прогрессирующий паралич”. После проведенного лечения пытался работать, но на работе не удержался.

Психическое состояние: правильно ориентирован, доступен. Многоречив, с больными часто болтлив. Знает о своем заболевании прогрессирующим параличом, но относится к тому факту с большой легкостью. Постоянно повторяет, что у него “остаточные явления после перенесенного прогрессирующего паралича”, но они “ничтожны”, это “мелочь”, которая не мешает ему работать хирургом. Вспоминая о своем грубейшем хирургическом промахе, с улыбкой, как бы мимоходом,

говорит, что “допустил некоторую ошибку, у всех бывают случайности”. В настоящее время считает себя здоровым (“как бык” — говорит больной). Убежден, что может работать хирургом, главным врачом больницы. В то же время больным

172

отделения дает самые нелепые советы. Не стесняясь, рассказывает всем, что познакомился со своей женой в пивной.

Уже при выполнении самых простых заданий больной допускает грубые ошибки, не делая при этом никаких попыток исправить их. Так, больной правильно понимает смысл поговорки, но тут же относит к ней несоответствующую фразу: “Я немного ошибся, ну и что же?”

Задание “классификация предметов” начинает выполнять, не дослушав инструкции: “Что же, это вроде домино”, пытается подойти к заданию как к игре в домино, прикладывает картинки, на которых нарисованы вазы, мебель так, как этого требуют условия игры в домино, тут же спрашивает: “А как узнать, кто из нас выиграл? А мы играем ведь не на деньги, их у меня нет”. Выслушав вторично инструкцию, правильно выполняет задание.

При выполнении задания “установление последовательности событий” вначале пытается объяснить каждую из картинок, при этом выдумывает сюжет, не вытекающий из содержания картинок. Экспериментатор прерывает рассуждения больного, предлагая ему разложить картинки в последовательном порядке исходя из сюжета. Больной правильно выполняет задание.

При соотнесении фраз к поговоркам больной правильно объясняет поговорки: “Не все то золото, что блестит” и “Семь раз отмерь, один раз отрежь”, но неправильно относит к ним фразу: “Золото тяжелее железа” и “Если отрезал неправильно, нечего винить ножницы”.

Исследование опосредованного запоминания методом пиктограмм выявило следующее. Больной не вслушивается в условие задания: “Вы хотите, чтобы я передал в рисунке ваши слова? Я ведь не художник”. Экспериментатор еще раз объясняет смысл задания, предлагает больному внимательно выслушать инструкцию. Больной говорит: “А, значит, надо эмблему изобразить? Что же, это легко”. Он образует связи довольно обобщенного порядка: для запоминания “веселый праздник” рисует флаг, для слов “темная ночь” заштриховывает квадрат, для запоминания выражения “голодный человек” рисует тощего человека. Однако при этом больной постоянно отвлекается от задания, пытается вступить в беседу с врачом о не относящихся к делу предметах.

Несмотря на то что экспериментатор все время подчеркивает, что это задание предлагается ему с целью проверки его памяти, больной нисколько не удивляется, когда экспериментатор, якобы заканчивая опыт, прощается с больным, не попросив его воспроизвести предложенные слова. Такой больной не смущается,

173

когда при последовавшей проверке обнаруживается, что он запомнил лишь незначительное количество слов (из 14 только 5). На замечание экспериментатора, что он мало запомнил, больной отвечает с улыбкой: “В следующий раз запомню больше”.

Больной К. (история болезни госпиталя 3120: данные исследования С.Я.Рубинштейн), 1922 г. рождения, развивался нормально, окончил 4 класса сельской школы, курсы крановщиков, работал крановщиком на заводе. 23 марта 1943 г. получил сквозное пулевое ранение обеих лобных долей. Было отмечено истечение мозгового вещества из входного и выходного отверстий.

Через день после ранения произведена операция удаления многочисленных костных осколков, внедрившихся в мозговое вещество левого лобного полюса. Послеоперационное течение — гладкое. Спустя полтора месяца в *неврологическом статусе* отмечалось: нарушение конвергенции, особенно слева, спонтанный инстагм

при отклонении глазных яблок, сглаженность правой носогубной складки. Сухожильные рефлексы справа повышены, патологических нет. Все виды чувствительности в пределах нормы. Координация — норма.

Психическое состояние: больной правильно ориентирован в месте, времени и окружающей обстановке. Правильно рассказывает о событиях прошлой жизни. Знает о своем ранении, но считает его легким, не отмечает никаких отрицательных последствий ни в

своём физическом, ни в психическом состоянии. Предполагает, что будет возвращен в строевую часть.

Доступен, словоохотлив, безмятежно весел, охотно подчиняется режиму, но если товарищи предлагают ему какое-либо мероприятие, нарушающее режим, также беспрекословно следует за ними. По просьбе товарищей часто играет на балалайке, напевает, но, будучи предоставлен самому себе, бездеятельно сидит молча.

По назначению врача больной начал работать в мастерских трудовой терапии. Охотно брался за любую, даже самую тяжелую работу, так что за ним приходилось следить и запрещать ему некоторые виды труда, указывать на необходимость прекратить работу. Однако, выполняя по указанию инструктора отдельные задания, К. никогда не интересовался результатами работы в целом, не заботился о качестве выполнения дела. Часто, начав какую-нибудь работу, он выходил покурить и затем не возвращался в мастерскую. То и дело портил материал и ломал инструменты не потому, что не умел ими пользоваться, а вследствие бездумного, безответственного отношения к делу, не сердился и не огорчался, когда инструктор или товарищи сердились на него из-за брака в работе. Однажды, состроив на швейной машине две части

одежды так, что лицевая сторона оказалась пришитой к изнанке, в ответ на замечание, рассмеялся и заявил: “Сойдет!”

174

После прохождения ВВК больной был снят с военного учета и признан инвалидом третьей группы; он собирался поехать к дяде, потом решил ехать в гости к соседу по палате. Без колебания согласился остаться в госпитале на должности санитаря. С момента выписки больного из госпиталя неправильность его поведения стала особенно очевидной. Если раньше в условиях определенного режима и обеспеченного больничного существования больной не выделялся из среды товарищей, то теперь его поведение оказалось резко неадекватным. В то время как раненые в дни выписки из госпиталя активно беспокоились об организации своего быта, К. остался совершенно равнодушным.

Обязанности К. как санитаря заключались в том, что он вместе с другими переносил больных из корпуса в корпус. Он очень хорошо, не жалея своих сил, выполнял эту работу, пока за ним наблюдали, но стоило кому-нибудь отвлечь его внимание, позвать его, он мог оставить носилки “на минутку” и затем вообще не вернуться. Его перевели на работу истопника, но в первый же день работы он ушел по зову товарища в кино, затем лег спать, оставив работу невыполненной. На протяжении нескольких месяцев, пока больной действовал “под диктовку”, он хорошо работал, вызывал симпатии окружающих своим неизменным добродушием, покладистым нравом. При малейшей же самостоятельности обнаруживал безответственность, неправильность поведения, от которой страдал сам и страдали его товарищи по работе: забывал получить продуктовые карточки, раздавал ящик чужих запасов, уходил среди рабочего дня с работы, чтобы выполнять нелепые поручения слабоумных больных. Однако в кругу семьи под наблюдением родных его поведение было сравнительно полноценным.

Приведем некоторые данные экспериментального исследования больного. В эксперименте на классификацию предметов К., даже не дослушав до конца инструкцию, начинает раскладывать карточки в аккуратные стопочки, рассматривает их. Однако после настоятельных повторных инструкций выполняет задание правильно. Очень демонстративно особенности поведения

больного выявились при выполнении задания “установление последовательности событий”. Больной описывает первую попавшуюся картинку, раскладывает картинки без всякой последовательности, но спустя некоторое время по просьбе экспериментатора внимательно отнестись к работе правильно выполняет задачу. Если удается направить внимание больного на выполнение задания, он может его выполнить, даже если оно требует довольно сложного анализа и синтеза (больной понимает переносный смысл пословиц, устанавливает аналогию отношений и т.д.).

Это измененное отношение в корне меняло строение действия подобных больных, разрушало их поведение, лишало его

175

целенаправленности. Поэтому больные могли продолжать работу при явной ее нецелесообразности и в то же время могли прервать выполнение важного задания при малейшем внешнем отвлечении. Они не приобретали трудовых навыков, не усваивали их не потому, что не в состоянии были понять объяснения исследователя или инструктора, а потому что не фиксировали своего внимания на своей работе, потому что не были направлены на нее, не улавливали в ней смысла.

Это нарушение отношения к окружающему, к своему “Я” не только являлось причиной их измененного поведения, но и как бы изменяло самый характер больных. Их небрежность, беззаботность, безответственность возникали именно как проявления их глубокого личностного изменения. Именно это отсутствие отношения могло привести к тому, что больной К. оставил на снегу носилки с больным, чтобы последовать за окликнувшим его малознакомым человеком; именно поэтому больные не огорчались собственной несостоятельностью, не заботились об оценке своей работы; именно это отсутствие отношения приводило к тому, что больные не контролировали своих действий.

В качестве иллюстрации приводим выписку из истории болезни и протоколов больного П-ва.

Больной П-в (история болезни доктора М.Т.Белоусовой), 1897 г. рождения, образование 5 классов. Поступил в больницу им. Ганнушкина 12.X 1944 г., умер 10.X 1945 г.

Жалоб при поступлении не высказывает. Заявил, что здоров, беспокоит лишь небольшая слабость.

Настоящее ранение имело место 4.IV 1944 г. Был ранен пулей навывлет в область лба. В тот же день доставлен в МСБ. К вечеру в тяжелом состоянии поступает в полевой госпиталь. На второй день после ранения оперирован. Под местной

анестезией произведено расширение кожных ран в правой и левой лобной области. Твердая мозговая оболочка нарушена соответственно дефекту кости.

В послеоперационном периоде — легкие менингеальные знаки, затемненное сознание с двигательным беспокойством. С последних чисел апреля отмечено появление пролабирования мозгового вещества справа, несколько позднее появилась легкая ликворрея.

В дальнейшем имеются указания, что больной крайне вял, ничем не интересуется, ко всему глубоко безразличен. Жалоб не высказывает. В месте и времени грубо дезориентирован.

В таком состоянии 8.VII 1944 г. поступает в госпиталь. В неврологическом статусе — сглаженность левой носогубной складки и небольшая слабость в левой руке. Больной ничего не знает о ранении, не ориентирован в месте,

176

времени и окружающем. Крайне вял, ко всему глубоко безразличен. Настроение беспечное, нередко с оттенком эйфории.

По консультации проф. А.С.Шмарьяна больной был переведен в психоневрологическую больницу № 4 им. Ганнушкина.

Неврологический статус: амимия. Зрачки широкие, правильной формы, равной величины. Реакция на свет и конвергенцию удовлетворительная. Слегка сглажена левая носогубная складка. Кончик языка отклоняется влево. Небольшое понижение мышечной силы в левой руке и отчасти в левой ноге. Сухожильные рефлексy высокие, слева выше, чем справа. Брюшные живые, справа несколько выше. Клонус правой коленной чашки. Иногда намек на синдром Бабинского слева. Двусторонний синдром Майера. Справа выраженная ладонно-подбородочная проба. В позе Ромберга — неустойчивое положение. Афазических и апрактических нарушений нет. На рентгенограмме черепа: в лобной кости справа — послеоперационный дефект размером 2,5x4 см, слева 2,5x2 см. На энцефалограмме от 27.II 1945 г. — резко выраженная гидроцефалия. На электроэнцефалограмме от 9.II 1945 г.: патологический дельта-ритм в левой лобной области.

Психический статус: больной во времени и окружающем ориентирован неправильно. Так, в одном случае заявляет, что сейчас 1940 г., в другой раз называет 1942-й, 1947-й.

После многочисленного пребывания в отделении заявляет, что находится здесь всего несколько дней, в другом случае говорит, что здесь находится давно, больше трех лет. Чаще всего заявляет, что находится где-то вблизи Москвы, что это учреждение с множеством функций, главным образом производственных, и что сюда он скорее всего направлен для повышения квалификации. Персонал принимает за мастеров, педагогов, заведующих учебной частью, делопроизводителей. Иногда же допускает, что это лечебное учреждение.

Анамнестические сведения сообщает разноречиво. С его слов с определенностью можно установить лишь его месторождение и количество членов семьи. Правильно определяет свою профессию, дату призыва в армию, но не может сказать, в каких участвовал боях, где, когда и при каких обстоятельствах был ранен. При соответствующих наводящих вопросах указывает, что ранен в голову.

В отделении весь день проводит в постели. Часами лежит в застывшей однообразной позе, с безразличием и безучастием ко всему происходящему вокруг. По собственной инициативе никогда ни к кому не обращается, но на поставленные вопросы отвечает мгновенно, не задумываясь над их содержанием. С такой же быстротой выполняет предлагаемые ему элементарные действия.

Больной не вникает в сущность поставленных ему вопросов, не замечает противоречий. Так, при определении своего возраста и возраста близких заявляет, что он, его жена и дети 1916 г. рождения, причем дочь родилась

177

на три месяца раньше сына. В другой раз заявляет, что ему 50 лет, он 1916 г. рождения, а дети 1937 г., но каждому из них не меньше 30—40 лет. Не замечает нелепости ответа. Видя сомнения врача, заявляет: “У нас в деревне всегда так было”.

Крайне внушаем. Легко соглашается с любым утверждением, даже нелепым, с такой же легкостью от него отказывается. Так, соглашается с тем, что за окном течет река, а на грядках лежит толстый слой снега (в действительности — теплый солнечный день). Однажды, спрошенный по поводу причины всеобщего оживления в отделении, ответил: “Должно быть, кого-то хоронят”. На замечание, что это не так, не задумываясь, ответил: “Может быть, и свадьба” и т.д.

Часто при соответствующих наводящих вопросах имеют место конфабуляторные высказывания. Так, на вопрос, почему он так много спит, отвечает: “Устал, отдыхаю”. Объясняет это тем, что он часто ездит по специальным нарядам на работу.

Полностью отсутствует сознание болезни. Считает себя здоровым. Готов в любую минуту поехать на фронт. Не сомневается в том, что справится с заданиями командования. Допускает, что из-за слабости не может быть пулеметчиком, но с “более легким оружием справится без труда”. Имеющиеся костные дефекты в лобной области и подкожные пролапсы мозгового вещества отрицает. Заявляет, что это шишки, появившиеся недавно, после драки с товарищами, и что они скоро пройдут.

Настроение беспечное, в беседе оживляется, смеется. Своим состоянием не озабочен. Пребыванием в отделении не тяготится. Заявляет, что о будущем никогда не думает: “Все давным-давно передумано”. Родных не вспоминает и по собственной инициативе никогда не прочтет полученного из дому письма. Вместе с тем, когда письмо кем-то читается, больной внимательно вслушивается в содержание, нередко плачет. Объяснить причину плача не может: “Что-то льются слезы, но почему, не знаю”.

Часто бывает неопрятен. На замечания персонала и больных по поводу неопрятности не реагирует. Считает это не заслуживающим особого внимания явлением.

Имеет место повышенный аппетит, однако сам больной никогда не обращается с просьбой накормить его.

На фоне указанных явлений временами удается у больного получить правильный ответ. Он иногда правильно определяет месяц, даты установления Советской власти, начало Отечественной войны и т.д. Поведение больного часто бывает нецеленаправленным. Так, увидя на вешалке, по выходе из кабинета, пальто, шляпу и зонт, не задумываясь накидывает на плечи пальто, одевает на голову шляпу и с раскрытым зонтом возвращается в палату. Объяснить свой поступок не может.

Со второй половины 1945 г., несмотря на проводимое лечение, заметно нарастает аспонтанность, вялость, адинамия, сонливость. 10.X 1945 г. больной скончался.

178

До последнего дня, несмотря на крайне тяжелое состояние, ни на что не жаловался, охотно ел, заявлял лишь, что немного ослаб, поэтому и лежит в постели.

На вскрытии обнаружены — диффузный гнойный лептоменингит, преимущественно базальный пахименингит в области костных дефектов, абсцесс правой лобной доли с прорывом в желудочковую систему.

Патологическое исследование выявило в лобной коре (46-е, 44-е и 10-е поле) — субарахноидальные кровоизлияния, очаги размягчения с образованием зернистых шаров и гнойный процесс с лимфоидно-плазмоцитарной инфильтрацией. Лимфоидно-плазмоцитарная инфильтрация отмечается в области подкорковых узлов и продолговатого мозга. На остальном протяжении коры имеется лишь набухание нервных клеток. Архитектоника коры не нарушена. Нервные клетки с хорошо выраженной нислевской субстанцией. Эпендима с бухтообразными неровностями и выпячиваниями. Отмечается прогрессивный характер астроцитарной глиии. Ацидофилия. Эти явления также больше выражены в лобном отделе мозга.

Данные экспериментально-психологического исследования. С больным проведены три экспериментально-психологических исследования: два в январе 1945 г. и третье — в июне 1945 г.

Во время первых двух исследований поведение больного было спокойное, он беспрекословно подчинялся экспериментатору, при этом неоднократно брался за выполнение задания, не дослушав инструкции до конца. На замечание экспериментатора, что раньше надо внимательно выслушать инструкцию, добродушно отвечал: “Ну, говорите, говорите, я вас слушаю” — и тут же отвлекался на побочные раздражители. Все поведение больного, все его действия носили нецеленаправленный характер. Так, при предъявлении картины, изображающей человека, проваливающегося в прорубь, людей, бегущих ему на помощь, столба у проруби с надписью “Осторожно” больной говорит: “Суматоха какая-то, парни бегут, может, в атаку идут, война”. На замечание экспериментатора: “Всмотритесь внимательнее, разве эти люди похожи на солдат?” *Больной:* “Да, вы правы, это не солдаты, это штатские, ну что же, может это партизаны; они ведь по-разному были одеты”.

Экспериментатор: “Посмотрите внимательнее”.

Больной всматривается в человека, проваливающегося в прорубь: “Ах, да этот человек тонет, ну, а эти спешат на выручку” (при этом больной не чувствует неловкости по поводу своей ошибки, никак не относится к ней).

Экспериментатор: “Значит, вы ошиблись?”

Больной: “А кто его знает? Да, вероятно, ошибся. Бывает, что ошибешься”.

179

Больной не реагирует на замечание экспериментатора, не выражает ни удивления, ни огорчения по поводу допущенной ошибки.

Приведенный пример показывает особую структуру нарушений познавательной деятельности больного: она не сводится к нарушению интеллектуальных операций и является индикатором более общего “радикала” — его аспонтанности, утери возможности регулировать свои действия. Больной может выполнить экспериментальное задание, требующее от него обобщения, например он смог классифицировать объекты на основании какого-то признака или передать содержание какого-нибудь текста, однако этот модус выполнения не остается устойчивым, легко нарушается и заменяется актуализацией случайных ассоциаций, которые не перерабатываются и не анализируются больным.

А.Р.Лурия [65] указывает, что подобные больные не в состоянии систематически проанализировать условия задачи. Он говорит о том, что у этих больных отмечается дефект их предварительной ориентировочно-исследовательской деятельности. Логический ход суждений заменяется осколками фраз, фрагментарными связями и ассоциациями. Об этом свидетельствуют и данные исследования восприятия нашего больного, при котором выступил чрезвычайно любопытный феномен. Больной, у которого не было агностических расстройств, в некоторых случаях вел себя как агностик: он нечетко узнавал нарисованные предметы, если предметы были несколько затушеваны или нарисованы пунктиром; при настойчивой же просьбе экспериментатора посмотреть внимательно больной узнавал эти предметы.

Аналогичное явление выступило у нашего больного при показе фигур Рубина, при фиксации которых фигура и фон попеременно меняются.

Известно, что если процесс смены фигуры и фона долго не наступает, то достаточно обратить внимание испытуемого на возможность такой смены, чтобы он смог произвольно вызвать этот процесс. Наш больной не в состоянии был это сделать. Увидав в фигуре “вазу”, он не смог увидеть “профиля”. “Что вы, доктор, какие же это лица?” Точно так же этот больной не видел никаких образов в пятнах Роршаха. “Кляксы какие-то”, “черные, белые, розовые пятна, больше ничего”.

Таким образом, мы видим, что нарушение произвольности, невозможность управлять своими действиями выступает у больного при любом исследовании. Аналогичные результаты были получены и у других больных этой группы. Бездумное поведение больных в клинике и в трудовой ситуации, отсутствие отношения к своей работе — все это указывает на то, что действия

Выполнение любого задания, в том числе и экспериментального, предполагает понимание того, какое значение имеет выполняемая работа в данной конкретной ситуации. Выполнение действия предполагает и знание средств работы, но самое главное, человек должен уметь оценить, насколько его собственные действия соответствуют поставленной задаче. А чтобы такая оценка могла осуществиться, необходимо, чтобы человек понимал свои цели и возможности, чтобы он действовал из осознанных мотивов. Об этом хорошо сказал И.М.Сеченов [99; 167]: “Когда человек что-нибудь придумывает или силится что-нибудь вспомнить (все это фигурное выражение), значит, мысль, которую он ищет, нужна ему для какого-нибудь дела, иначе он был бы сумасшедший; дело и есть, стало быть, мотив, определяющий те темные процессы, которые фигурно называются поисками или стараниями придумать, припомнить”. Таким образом, И.М.Сеченов считает, что мысль и действия здорового человека должны быть направлены делом, мотивом.

У описываемой группы больных отсутствовал мотив, ради которого они выполняли то или иное задание, совершали тот или иной поступок.

Их действия были в равной степени как бездумными, так и немотивированными. Их поведение не было обусловлено ни адекватным отношением к окружающему, ни к себе. Они не осознавали ни своих поступков, ни своих суждений, у них была анозогнезия не только по отношению к своей болезни, но и по отношению к своему поведению.

Утеря возможности оценивать себя и других разрушила самым гротескным образом деятельность больных; она являлась индикатором их глубокого личностного нарушения.

В заключение анализа спонтанности нам хотелось бы остановиться на одном, казалось бы, парадоксальном явлении. Нередко вышеописанная сверхоткликаемость сочеталась у больных с тенденцией к персеверациям. Симптом персевераций был описан А.Р.Лурия еще в 1943 г. у больных с нарушениями премоторной зоны мозга. Выполнив какой-нибудь компонент сложного движения, больные не могли переключиться на другой компонент. А.Р.Лурия описывает явления персеверации (в двигательной и речевой сфере) также у больных с массивными поражениями лобных долей мозга. Он пишет, что “удержание избирательных следов словесной инструкции оказывается в подобных заданиях настолько трудным, а влияние инертных действий, вызванных предшествующей

181

инструкцией, настолько сильным, что правильное выполнение заданий заменяется фрагментами прежних действий” [65; 243].

У наблюдаемых нами больных мы также могли заметить подобного типа персеверации. Нами исследовался совместно с Ю.Б.Розинским больной, который, проводя движением пальца

по ходу реки на географической карте, продолжал это до тех

пор, пока на карте не образовывалась дыра; начав чертить круг, он продолжает это круговое движение, пока его не остановят;

меня задание — чертить то круг, то квадрат — мы получали неформленную смесь того и другого — квадрат закругляется, а

в круг привносятся детали прямых сторон.

Если больной рисовал подряд несколько кружков, то ему трудно было переключиться на рисунок треугольника; после того как он нарисовал несколько раз дом, он не может нарисовать круг.

Персеверации выступали в письме. Больному предлагается написать: “Сегодня хорошая погода”. Вместо этого он пишет:

“Сегого гохоророшая я погодада”.

Наряду с персеверациями у этого больного резко выступает ситуационное поведение в виде откликаемости: так, экспериментатор просит его передать спичку другому больному, больной берет коробку, вынимает спичку и зажигает ее. Требуемого от него действия он не выполняет. Когда больного просят подать стакан воды, он сам начинает пить из него воду. Увидев лежащие на столе ножницы, больной начинает резать скатерть.

Казалось бы, что ситуационное поведение и персеверативная тенденция являются феноменами, противоречащими друг другу, так как в основе персевераций лежит механизм инертности, ситуационное же поведение содержит в себе тенденцию к чрезмерно быстрой смене реакций. В действительности оба эти противоречащие друг другу феномена смыкаются. Они представляют собой лишь по-разному оформленные проявления аспонтанности. Иными словами, оба эти явления являются индикаторами того, что деятельность больного лишена смысловой характеристики и замещается действиями, за которыми не стоит смыслообразующий мотив. Доведенная до своего апогея аспонтанность разрушает в корне строение деятельности.

ГЛАВА VIII

НАРУШЕНИЯ УМСТВЕННОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ

Нарушения психической деятельности душевнобольных принимают, как было показано в предыдущих главах, различный характер. В психологических исследованиях анализу подвергаются, как правило, расстройства познавательных процессов (в основном мышления), незначительное число работ посвящено анализу нарушений личностных изменений.

Следует, однако, подчеркнуть, что анализ нарушения психики в параметрах познавательной и личностной сферы не является исчерпывающим. Неправильно сводить все многообразие психических нарушений к изменению системы познавательных процессов или нарушениям мотивов.

У ряда больных психологический эксперимент не обнаруживал измененной системы понятий; больные осмысливали задания, требовавшие синтеза, обобщения, ассоциации больных носили адекватный характер, не было изменено и отношение больного к ситуации эксперимента. Вместе с тем больные не могли в конкретной работе длительно удерживать правильный способ действий, допускали ошибки. В этих случаях можно говорить о нарушении умственной работоспособности больных.

В более широком плане этой проблеме посвящены исследования психологов Института экспертизы трудоспособности, выявивших различные факторы, лежащие в основе нарушения трудоспособности больного. Еще в 1936 г. В.М.Коган выдвинул положение о том, что у многих больных основным фактором, снижающим работоспособность, является сужение объема внимания, невозможность одновременного учета нескольких воздействий среды. При этом оказалось, что больные сохранили в основном навыки и умения, необходимые для однократных умственных действий. Этот факт послужил основанием для поисков особых экспериментальных приемов исследования.

Проблеме нарушений работоспособности посвящено интересное исследование Э.А.Коробковой [45], в котором она формулирует

работоспособность как возможность длительной систематической общественно полезной деятельности и приводит классификацию проявлений нарушенной трудоспособности: нарушение целенаправленности, произвольности, нарушения объема и регуляции усилий и нарушение динамики деятельности.

В данной главе мы хотим остановиться не на нарушении работоспособности в широком смысле этого понятия, а на нарушениях умственной работоспособности, которые являются следствием истощаемости (по классификации Э.А.Коробковой, это ближе всего к нарушению динамики деятельности). Приобретенные в прошлой жизнедеятельности человека навыки, его интеллектуальные операции остаются нередко сохраненными, между тем больной не в состоянии выполнить умственных заданий, требующих длительных и устойчивых усилий.

Нарушение умственной работоспособности находит свое выражение в ряде проявлений и принимает нередко характер нарушений как бы отдельных процессов: памяти, колебаний внимания. Если таким больным предложить заучивать 10 слов и изобразить количество воспроизведенных слов в виде кривой, то последняя носит ломаный характер.

Аналогичные результаты были получены при исследовании больных пробой Крепелина. Кривая, изображающая количество допущенных ошибок, носит тоже ломаный характер, свидетельствуя о прерывности и лабильности продуктивности больных.

Подобные колебания выявляются как при исследовании сложных форм психической деятельности, так и при анализе элементарных ее проявлений, например при исследовании темпа сенсо-моторных реакций. Наша дипломница В.И.Васильева использовала для выявления особенностей темпа сенсомоторных реакций методику отыскания чисел на “таблице Шульце”. Больному предлагалось последовательно пять таблиц, на которых были расположены вразброс числа от 1 до 25. Больной должен был показывать и называть числа по порядку.

В.И.Васильева показала, что суммарное время, потраченное на отыскание чисел у больных сосудистыми заболеваниями головного мозга, по сравнению с нормой резко завышено. Однако детальный отсчет времени каждой отдельной поисковой реакции свидетельствует о том, что эта общая замедленность объясняется наличием отдельных чрезмерно длительных поисковых действий в ряду других, нормально быстрых.

Отыскивая числа, как правило, в нормально быстром темпе, больные внезапно “теряют” очередное число, т.е. “смотрят на него и не видят”, утверждая иногда, что такого числа на таблице вообще

нет. Иными словами, замедленность темпа выполнения задания оказывается в действительности итогом крайней неравномерности темпа отдельных операций.

Другим чувствительным индикатором изменения сенсомоторных реакций больных были данные, полученные при исследовании зрительно-моторной координации больных. Эти исследования были проведены С.Я.Рубинштейн с помощью созданной ею методики, которая заключалась в том, что испытуемый должен был научиться очень точно рассчитывать свои нажимы на резиновую грушу для того, чтобы осуществить заданное движение под контролем зрения. Запись движений производилась чернилами на ленте кимографа.

Обнаружилось, что у больных, в клинической характеристике которых отмечены психические нарушения артериосклеротического генеза, кривая носила толчкообразный характер. Больные правильно осуществляли заданное им движение по силе и скорости, однако нажимы их не были плавными.

С.Я.Рубинштейн отмечает, что толчкообразность кривой отражает замедление и не пропорциональную внешним условиям силу коррекционных импульсов.

Подобная прерывистость психических процессов, неустойчивость ее динамики, связанная, очевидно, с колебаниями коркового тонуса, приводят нередко к нарушениям и более сложных форм интеллектуальной деятельности — к непоследовательности суждений.

Характерная особенность этого нарушения заключалась в неустойчивости уровня выполнения задания. Уровень обобщения в основном не был снижен; больные правильно усваивали инструкцию, хорошо анализировали и синтезировали материал, понимали переносный смысл пословиц и метафор. Однако адекватный характер суждений больных не был устойчивым. Выполняя экспериментальное задание, больные не удерживали правильный способ действий в течение длительного времени; правильные способы выполнения задания чередовались с ошибочными (см. главу VI, § 2).

Подобные колебания уровня действий были вызваны, как описано выше, с помощью метода “классификации предметов”, при выполнении которого обобщенный характер выполнения прерывался решениями ситуационного порядка. Так, больная К-ва выделяет правильно группы людей, растений и тут же откладывает отдельно цветок, к которому присоединяет жука, мотивируя: “Он всегда на цветах сидит”. Точно так же, выделив группу мебели, относит туда бутылку и стакан: “Они стоят в шкафу”. На замечание экспериментатора: “Подумайте” — отделяет стакан от мебели:

“Это посуда”. Сама убирает жука из группы цветов, присоединив его к группе животных, объясняя: “Туда же можно рыб и птиц — это же все живые”.

У других больных ошибочные решения вызывались их забывчивостью. Так, выделив группу по правильному обобщенному признаку, больные начинают выделять аналогичную группу. Например, больной К-в, выделив группу “растений”, в которую входили и овощи, и цветы, и фрукты, тут же начинает выделять еще одну группу растений. Подобные выделения одноименных групп являются наиболее типичными. Аналогичные эпизодические ошибочные действия и суждения выступали и при выполнении других методических приемов, установлении аналогии отношений.

Нередко правильное, адекватное выполнение задания прерывается внезапно наступающими колебаниями эмоциональной сферы больных. Небольшая допущенная ошибка, неосторожное замечание экспериментатора по ее поводу дезорганизует правильное выполнение задачи.

Колебания умственной работоспособности больных приводили их к неправильным решениям задач и суждениям. Однако последние возникали периодически и не свидетельствовали о стойком снижении интеллектуальных процессов больных, о распаде их синтетической деятельности. Ошибки мышления больных возникали потому, что отдельные правильные суждения не доводились до конца; они обрывались, отдельные этапы забывались и не складывались в единую стройную цепь рассуждений.

Подобные нарушения не могут быть объяснены нарушением системы понятий, они носят динамический характер; больные правильно намечают ход суждений, некоторое время он совершается в пределах заранее установленной программы, однако больной не в состоянии прочно удержать ее; подобные раздражители легко нарушают эту адекватную программу действий.

Следует отметить, что колебания умственных достижений больных выявляются не при всех экспериментальных заданиях. Они могут не выступить при выполнении даже сложных, но одноактных проб и обнаруживаются больше всего при решении многоактных задач, требующих учета и удержания нескольких признаков. На это указывают и данные исследования В.М.Когана [40]. Автор обнаружил, что при сосудистых заболеваниях мозга происходит сужение объема восприятия, что приводит к затруднениям при необходимости совместить несколько признаков.

При невыраженной степени заболевания подобная непоследовательность суждений поддается исправлению. Часто эксперимен-

186

татору бывает достаточно спросить больного, что он делает, привлечь внимание больного к ошибкам, чтобы больной самостоятельно и легко исправил их.

Особенно резкие колебания уровня достижений обнаруживались при выполнении заданий, которые требовали длительного удержания направленности мысли и постоянного отторгивания несоответствующих связей. При анализе природы колебаний уровня умственных достижений прежде всего вставал вопрос об их зависимости от сложности задания.

Многочисленные исследования (Б.В.Зейгарник, В.М.Коган, Э.А.Коробкова) показывают, однако, что неравномерность умственных достижений больных вызывалась не сложностью материала и не затруднениями при его организации. Любой вид деятельности может быть на какой-то отрезок времени доступен больному и через некоторое время выполняться с большими или меньшими трудностями. Один и тот же эксперимент обнаруживает то высокий уровень достижений больного, логически выдержанный ход его мыслей, то непоследовательность суждений.

Нам представляется, что эти факты имеют принципиальное значение. Они свидетельствуют о том, что колебания умственных достижений при выполнении самых различных задач являются проявлением более общего нарушения — неустойчивости умственной работоспособности больных. Именно колебания умственной работоспособности приводят к тому, что одни и те же больные то кажутся людьми полноценными, адекватно мыслящими и действующими, то производят впечатление людей, действия которых лишены целенаправленности. Подобные нарушения чаще всего встречались у больных сосудистыми заболеваниями головного мозга на ранней стадии болезни.

Подобные колебания являются, очевидно, проявлением быстро наступающего истощения психических процессов больных. Эта истощаемость своеобразна, ее следует отличать от обычной

истощаемости, которую мы наблюдаем у здорового человека. В последнем случае наступает замедленность темпа работы, нарастание количества ошибок к концу эксперимента. Об этом свидетельствуют эксперименты над здоровыми испытуемыми (взрослыми и детьми). Так, если здоровый испытуемый утомлен, он будет медленнее выполнять классификацию предметов,

но будет выполнять ее на адекватном для него уровне. Истощаемость же психических процессов наших больных обуславливает временное изменение самого качества их умственных достижений, уровня их умственной деятельности.

187

Можно предположить, что в основе подобной истощаемости процессов лежит ослабление функционального состояния корковой динамики, снижение тонуса коры, которое выражается в разлитом торможении, названном И.П.Павловым “охранительным”. Это тормозное состояние носит функциональный характер, оно является преходящим, но все же оно приводит к временному ослаблению работоспособности человека.

Ряд клинических симптомов, которые выглядят как нарушение отдельных изолированных психических процессов, по существу являются по-разному оформленными проявлениями нарушенной работоспособности. Так, когда больные жалуются, что они забывают прочитанное, забывают выполнить поручение, это часто выглядит как нарушение памяти, когда больные отмечают, что побочные малозначащие факты (разговор соседей, тихо говорящее радио) мешают им работать, это выглядит как “распыление” внимания. В действительности, все эти симптомы являются проявлением одного нарушения — чрезмерно легко наступающей истощаемости, приводящей к изменению умственной работоспособности.

Умственная работоспособность может быть также нарушена вследствие быстрого “пресыщения”, явления, близкого по своему проявлению к истощаемости, но все же имеющего иную психологическую характеристику. Понятие это введено К.Левиним для обозначения состояния, когда у человека иссякает потребность к продолжению начатого действия, в то время как условия заставляют его им заниматься.

В этих случаях, по данным сотрудницы К.Левина А.Карстен, возникают изменения в деятельности испытуемого, “вариации” заданного действия. Так, если испытуемому приходилось выполнять монотонное задание, например чертить черточки, это действие прерывалось привнесением вариаций; испытуемые отвлекались на время от основной цели задания, выполняли какие-то другие действия, не относящиеся к делу (начинали посвистывать, петь, сама внешняя сторона деятельности менялась — черточки становились больше, меньше, менялись их конфигурации). А.Карстен рассматривала эти вариации как показатели наступающего пресыщения, т.е. как фактор, прерывающий целенаправленность деятельности.

Симптом пресыщения не связан с утомлением. О соотношении утомляемости, работоспособности и заболевания много писалось. Первый, кто выдвинул эту проблему, был Э.Крепелин, который установил значение таких факторов, как упряжность, работа-тываемость, утомляемость для анализа работоспособности

личности. Своими исследованиями Э.Крепелин и последователи его школы показали, что при всякой работе можно различать несколько фаз: вработываемость в задание, упражняемость и истощаемость. Симптомы пресыщения не сводимы к этим выделенным Э.Кре-пелиным факторам. Как указывают в своих ранних работах В.Н.Мя-сищев [174] и его сотрудники Р.И.Меерович и К.М.Кондратская [71], пресыщение относится к тем психическим явлениям, к которым применима характеристика отношения личности к выполняемой работе. Об этом свидетельствуют и исследования самой А.Карстен. При изменении смысла работы (например, если давалась новая инструкция, что этим экспериментом исследуется “выдержка” испытуемого) вариации исчезали.

Симптомы пресыщения (вариации, сопутствующие действия) выступали, как показали исследования А.Карстен, у здоровых испытуемых не сразу. Они проявились через более или менее продолжительный промежуток. При некоторых формах заболеваний симптомы пресыщения наступали довольно быстро. Об этом свидетельствуют исследования Э.А.Коробковой [45], проведенные с невротиками, Р.И.Мееровича и К.М.Кондратской [71] с больными прогрессирующим параличом, наши собственные исследования [27] с больными в астеническом состоянии разной этиологии.

Колебания умственной работоспособности могли возникать вследствие нарушения совершенно иного фактора — тенденции к чрезмерному опосредованию.

Дело в том, что больные, у которых отмечалось снижение умственной работоспособности, были в основном личностно сохранны. Они замечали свои ошибки, пытались их скомпенсировать. При этом возникало иногда чрезмерное стремление опосредовать свое поведение и действия. Особенно четко это выявилось в опыте на опосредованное запоминание по методу пиктограмм.

Сам факт опосредования какого-либо действия является адекватным свойством психической деятельности здорового человека. Несмотря на то что сам акт опосредования отвлекает на себя усилия субъекта, оно (это опосредование) не разрушает ни целостности усвоения, ни логического течения суждений и умозаключений человека.

Усилия же наших больных столь резко направлены на приемы компенсации, на постоянное отыскивание “костылей”, что нарушается целостность восприятия, гармоничность протекания интеллектуального процесса больного. Повышение стремления больного опосредовать и корригировать свои действия затрудняет выполнение умственной работы, придает ей характер прерывистости — факт, который мы описали в главе V.

Проблема нарушения работоспособности имеет большое значение при решении практических задач клиники и педагогики. Нередко неуспеваемость ребенка или непродуктивность в работе объясняется не плохим уровнем знаний, не утерей навыков, не отсутствием личностной направленности, а лишь изменением корковой нейродинамики, обуславливающей снижение работоспособности человека (которая может быть восстановлена под влиянием терапевтических и коррекционно-педагогических воздействий). Из-за временно наступающих колебаний тонуса активности нарушается адекватный характер деятельности. Вместе с тем проблема эта имеет известный теоретический интерес: более подробный анализ измененной работоспособности позволяет подойти к сложнейшей проблеме соотношения психической активности и регуляции поведения и может служить показателем при проведении восстановительной работы при выработке трудовых рекомендаций, при психотерапии.

ГЛАВА IX

ЗНАЧЕНИЕ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДЛЯ ВОПРОСОВ ОБЩЕЙ ПСИХОЛОГИИ

Исследования в области патопсихологии имеют большое значение для многих общетеоретических вопросов психологии. Остановимся лишь на некоторых из них.

А. Один из них касается роли личностного компонента в структуре познавательной деятельности. Современная психология преодолела взгляд на психику как на совокупность “психических функций”. Познавательные процессы — восприятие, память, мышление — стали рассматриваться как различные формы предметной или, как ее называют часто, “осмысленной” деятельности субъекта. В работах А.Н.Леонтьева показано, что всякая деятельность получает свою характеристику через мотивацию. Следовательно, роль мотивационного (личностного) фактора должна быть включена в характеристику строения всех наших психических процессов. П.Я.Гальперин, создавший теорию поэтапного формирования умственных действий, включает в качестве первого этапа — формирование мотива к решению задачи. Все эти положения советской психологии

нашли свое выражение в общетеоретических установках. Однако, как мы говорили выше, их трудно экспериментально доказать, имея дело со сформировавшимися процессами. В генетическом плане это легче сделать (П.Я.Гальперин, А.В.Запорожец). В известном плане эта возможность представляется и при анализе различных форм нарушений психической деятельности.

Очень четко это было выявлено в исследовании патологии восприятия Е.Т.Ойзерман [77]. Было показано, как под влиянием различно мотивированной инструкции процесс восприятия выступал то в виде деятельности, то действия, то операции. Сам процесс выдвижения гипотез и само их содержание меняются под влиянием мотивации.

191

Еще более четко выступает мотивационный компонент в строении нарушенного мышления. Как было указано в главе V, такие расстройства мышления, как *разноплановость*, как тенденция к актуализации неупроченных в прошлом опыте свойств и связей, являются выражением изменения его мотивационного компонента. Экспериментально-психологические исследования выявили, что при разных нарушениях мотивационной сферы выступают различные формы нарушенного мышления (Б.В.Зейгарник, Талат Мансур Габриял). Иначе говоря, *фактором, ответственным* за многие проявления познавательной деятельности, является *мотивационная смещенность* больных. Этот факт имеет принципиальное значение: он доказывает, что все наши процессы являются по-разному оформленными видами деятельности, опосредованными, лично-мотивированными.

Б. Вторым вопросом общетеоретического значения, для разрешения которого кажется целесообразным привлечение патологического материала, является вопрос о соотношении биологического и психологического в развитии человека, вопрос, который сейчас широко дискутируется на многих симпозиумах и конференциях. Нам кажется, что привлечение разных форм аномалии может оказаться полезным при разрешении этой проблемы. Остановимся на двух видах изменений психической деятельности, которые были приведены в главе VII. Приведенные данные показали, что, хотя биологические особенности болезни и психологические закономерности развития постоянно участвуют в формировании патологических симптомов, например патологических мотивов, потребностей, их роль при этом принципиально различна.

В основе формирования личности больного человека лежат психологические закономерности (механизмы), во многом сходные с закономерностями нормального психического развития. Однако болезненный процесс (алкогольная энцефалопатия, нарастающая инертность при эпилепсии и т.п.) создает особые, не имеющие аналога в нормальном развитии

условия функционирования психологических механизмов, которые приводят к искаженному патологическому развитию личности.

Тем самым биологические особенности болезни не являются прямыми, непосредственными причинами нарушений психики. Они изменяют ход психических процессов, т.е. играют роль условий, в которых разворачивается собственно психологический процесс — процесс формирования аномальной личности. Этот вывод согласуется с общими положениями отечественной науки. А.Н.Леонтьев подчеркивает, что биологически унаследованные свойства

192

составляют лишь одно (хотя и очень важное) из условий формирования психических функций. Основное условие их формирования — это овладение миром предметов и явлений, созданных человечеством. Те же два условия действуют и в патологическом развитии, но их отношение значительно изменяется. Как подчеркивал С.Л.Рубинштейн, внешние причины преломляются через внутренние условия. Однако если при нормальном развитии внешние причины (социальные воздействия в широком смысле слова) приводят к адекватному отражению действительности, то болезнь создает особые условия протекания психических процессов, которые, напротив, приводят к искаженному отражению действительности и отсюда к формированию и закреплению искаженного отношения к миру, к появлению патологических черт личности.

При некоторых заболеваниях все менее действенными становятся потребности, мотивы, требующие для своего удовлетворения сложной организованной деятельности, определяющими становятся те потребности, которые могут удовлетворяться малоопосредованными действиями, строение которых приближает их к влечениям (при алкоголе, наркомании). В других случаях на первый план выступали изменения тех свойств психической деятельности, которые обеспечивают регуляцию поведения, целенаправленности (больные с повреждениями лобных долей мозга). Как мы видели, исследование самооценки, уровня притязаний этих больных позволило выявить, что изменения намерений и потребностей

приводило к ослаблению цели действий и что критическая оценка результатов собственных поступков нарушалась (Б.В.Зейгарник,

И. И. Кожуховская).

Из вышесказанного следует, что механизмы и мотивы человеческой деятельности следует изучать через анализ патологически измененной психики. Наоборот, патопсихологические исследования показывают, что деятельность здорового человека отличается от больного. Прямой перенос личности больных на типологию здорового человека неправомерен.

Этот тезис важен не только при разрешении теоретических вопросов, но и при построении экспериментальных психологических приемов. Так же, как и при анализе психологической деятельности, при выборе методов исследования должен быть сохранен принцип анализа: от закономерностей здоровой психики к патологии.

В. Для решения вопроса о соотношении биологического и социального большую роль играет освещение вопроса о соотношении развития и распада психики, на котором мы хотим подробнее остановиться.

193

Отношение распада и развития психики. Проблема отношения распада и развития психики имеет большое значение для теории психологии и психиатрии, для понимания строения психической деятельности человека.

Г.Е.Сухарева неоднократно указывала на необходимость

эволюционно-биологического подхода при разрешении теоретических вопросов. Л.С.Выготский, уделивший много внимания проблеме развития и созревания психики ребенка, подчеркивал, что для правильного освещения этой проблемы необходимы знания данных о распаде психики. Он подчеркивал при этом, что когда речь идет о развитии и созревании человека, то применяемый к животным генетический подход не может быть просто продолжен, так как при переходе к человеку законы биологической эволюции уступают место закономерностям общественно-исторического развития. Продолжая мысль Л.С.Выготского, А.Н.Леонтьев говорит о том, что развитие человека заключается не в приспособлении к окружающей среде, а в усвоении всего того, что накоплено человечеством.

Возникает вопрос о том, может ли проблема соотношения распада и развития психики решаться в психологии так же, как и в биологии.

Как известно, исследованиями в области патологической анатомии и цитоархитектоники установлено, что при болезнях мозга прежде всего поражаются молодые, т.е. филогенетически наиболее поздно развившиеся образования коры головного мозга.

Экспериментальные исследования И.П.Павлова и его сотрудников на животных подтверждают положение о том, что при патологии раньше всего нарушается то, что было приобретено позднее. Так, приобретенные условные рефлексы нарушаются при болезнях мозга значительно легче, чем безусловные. Дальнейшими исследованиями в области физиологии высшей нервной деятельности установлено, что поражение более поздних в филогенетическом отношении образований влечет за собой ослабление их регулирующей роли и приводит к “высвобождению” деятельности более ранних.

Из этих данных нередко делается вывод, что при некоторых болезнях мозга поведение и действия человека совершаются на более низком уровне, соответствующем якобы определенному этапу детского развития. Исходя из концепции о регрессе психики душевнобольного человека на более низкий в онтогенетическом отношении уровень, многие исследователи пытались найти соответствие между структурой распада психики и определенным этапом детства. Так, еще в свое время Э.Кречмер [49] сближал

194

мышление больных шизофренией с мышлением ребенка в пубертатном возрасте.

Выступивший на XVIII Международном конгрессе (1966) психологов известный швейцарский ученый Ж.Ажюрагерра тоже отстаивал точку зрения о регрессе психической деятельности душевнобольного человека на онтогенетически более низкий уровень развития.

В основе этих взглядов лежит идея о послыном распаде психики от ее высших форм к низшим. Материалом, питающим эти представления, были следующие наблюдения: 1) при многих заболеваниях психики больные перестают справляться с более сложными видами деятельности, сохраняя при этом простые навыки и умения; 2) некоторые формы нарушений мышления и способов поведения больных по своей внешней структуре действительно напоминают мышление и поведение ребенка на определенном этапе его развития.

Однако при ближайшем рассмотрении эти наблюдения оказываются несостоятельными. Прежде всего далеко не всегда при болезни обнаруживается распад высших функций. Нередко именно нарушения элементарных сенсомоторных актов создают основу для сложных картин болезни (А.Р.Лурия [65]).

Рассмотрение второй группы фактов показывает, что речь идет в этих случаях лишь о внешней аналогии.

Рассмотрим некоторые из них. Остановимся на нарушениях навыков, поскольку их онтогенетическое формирование выступает особенно четко. Данные С.Я.Рубинштейн [96], исследовавшей распад различных навыков — письма, чтения, привычных действий у психически больных позднего возраста, — выявили их различную структуру. При заболеваниях сосудов головного мозга без очаговой симптоматики наблюдались дискоординация, прерывистость действий и парапраксии, неловкость движений, выступавших из-за огрубевшей и запаздывающей корковой коррекции движений.

У больных, страдающих болезнью Альцгеймера (атрофическое заболевание головного мозга), выявляется утеря двигательных стереотипов (письма, чтения), выпадение сложных человеческих умений, обусловленное утерей прошлого опыта. Никаких компенсаторных механизмов у них выявить не удавалось, в то время как нарушения навыков у больных сосудистыми заболеваниями мозга выступали “в обрамлении” компенсаторных механизмов (которые в свою очередь усложняли картину нарушений). Следовательно, распад навыков носит сложный характер. В одних случаях его механизмом является нарушение динамики, в других — нарушение

195

компенсаторных механизмов, в некоторых случаях нарушается сама структура действия. При всех этих формах нарушений навыков не был обнаружен механизм действия, напоминающий этап развития навыков у ребенка.

К этому же выводу приводит анализ приведенных в главе VI различных форм нарушений мышления. Обратимся к тем формам патологии мышления, которые были нами обозначены как “снижение уровня обобщения”. Больные (в основном с грубыми органическими поражениями мозга) могли действительно в своих суждениях и действиях напоминать детей младшего школьного возраста. В суждениях подобных больных доминируют непосредственные представления о предметах и явлениях при выполнении ряда экспериментальных заданий, таких, как “классификация предметов”, они руководствуются конкретно-ситуационными признаками и свойствами предметов. Обобщенные формы систематизации понятий заменяются конкретными, ситуационными связями.

При поверхностном взгляде мышление этих больных является в известной мере аналогом мышления детей-дошкольников, которые тоже опираются на образно-чувственные связи.

Однако при более глубоком анализе вскрывается качественное отличие мышления слабоумного больного от мышления ребенка. Слабоумный взрослый больной не в состоянии овладеть системой новых связей, установить при выполнении умственных заданий непривычные для него отношения между предметами, в то же время он владеет запасом прежних знаний, навыков, которыми он оперирует. Ребенок, не обладая запасом знаний, широким кругом связей, легко образует новые понятия, легко овладевает новой системой знаний. Круг ассоциаций ребенка в процессе его обучения быстро расширяется, его знания об окружающем мире постепенно увеличиваются и усложняются. Хотя мышление маленького ребенка действительно охватывает лишь малую часть явлений, однако в ходе практической жизнедеятельности ребенка оно постоянно совершенствуется; благодаря мощной ориентировочной деятельности, общению с окружающими людьми ребенок быстро усваивает самые различные знания о предметах, накапливает и синтезирует их. Ребенок, даже умственно отсталый, принципиально всегда обучаем, в то время как дементный больной не обучаем. Несмотря на внешнее сходство структуры мышления взрослого слабоумного больного и ребенка, она по существу качественно различается.

Нередко проводится аналогия между тем патологическим состоянием, которое может быть названо “откликаемостью” больного, и отвлекаемостью маленького ребенка. Больные с “отклика-

196

емостью” не в состоянии стойко действовать в направлении намеченной цели. Любой объект, любой раздражитель, к больному не адресованный, вызывает повышенную реакцию с его стороны.

Подобная “откликаемость” взрослых больных является отклонением от нормального поведения. В окружающей нас среде всегда имеются объекты, раздражители, из которых нормальный психический процесс отбирает нужные и отвлекается от посторонних, нарушающих стройное течение мысли. У описанных же больных любой объект может выступить в качестве сигнального раздражителя и направить их мысли и действия.

“Откликаемость” взрослых больных может напоминать отвлекаемость детей младшего возраста, которые тоже отвлекаются на любые раздражители. Сторонники взгляда, что болезненные явления представляют собой регресс на более ранние ступени развития, могли бы, казалось, найти в этом феномене подтверждение своих взглядов. В действительности генез “отвлекаемости” ребенка совершенно иной. В ее основе лежит мощная ориентировочная деятельность, т.е. высокая степень бодрственной коры, поэтому “отвлекаемость” ребенка обогащает его развитие, она дает ему возможность образовать большое количество связей, из которых вырастает потом человеческая целенаправленная деятельность. “Откликаемость”

больных является следствием снижения бодрствования коры, она не только не обогащает их умственную деятельность, но, наоборот, способствует разрушению ее целенаправленности.

И наконец, можно было бы провести аналогию между поведением некритичного больного (например, больного прогрессивным параличом) и беззаботным поведением ребенка. Однако и в данном случае речь идет лишь о чисто внешней аналогии. Поведение маленького ребенка в том отношении бездумно, что он не может в силу маленького объема своих знаний предусмотреть результат своих действий; причинно-следственные отношения между явлениями для него еще не выступают, поэтому его действия кажутся бесцельными. В действительности это не так. Цели, которые преследуют ребенка, ограничены, они не включены в более общую сложную цепь отношений; однако эта ограниченная цель у маленького ребенка существует, всякое его действие обусловлено потребностью (пусть элементарной), и в этом смысле оно всегда мотивировано, целенаправленно. Эти цели быстро меняются, поэтому его действия кажутся кратковременными манипуляциями.

Иначе обстоит дело у взрослых некритичных больных. Как показывают наш экспериментальный материал и клинические наблюдения, действия больных недостаточно обуславливались личностными установками и намерениями. Цель их действия

197

становилась нестойкой и не направляла их действия, критическая оценка своих действий отсутствует.

Таким образом, и эти формы нарушения поведения лишь внешне напоминают структуру поведения ребенка на определенном! этапе его развития.

Психологический анализ клинического материала показывает, что структура поведения и мыслительной деятельности взрослого

больного не соответствует структуре поведения и мышления ребенка.

Если обратиться к закономерности развития психических процессов по этапам детства (младенчество, дошкольный, дошкольный, младший, средний, старший школьный возрасты и т.д.), с одной стороны, и к формам распада, с другой, — легко увидеть, что ни одна из болезней не приводит к повторению психических особенностей, свойственных этим этапам.

Такое положение вещей вытекает и из общих положений советской психологии. Психическая деятельность возникает рефлекторно на основе прижизненно формирующихся общественно обусловленных связей в результате воспитания, обучения и общения.

Советские психологи (А.Н.Леонтьев, А.Р.Лурия) неоднократно подчеркивали, что материальным субстратом высших психических функций являются не отдельные корковые участки или центры, а функциональная система совместно работающих корковых зон. Эти функциональные системы не созревают самостоятельно при рождении ребенка, а формируются в процессе его жизнедеятельности, лишь постепенно приобретая характер сложных, прочных межфункциональных связей. А.Н.Леонтьев предлагает (вслед за А.А.Ухтомским) обозначить их как *функциональные органы*.

Эти положения меняют коренным образом наши представления о сущности развития психики: психические процессы и свойства личности не являются (в отличие от психики животных) результатом созревания отдельных участков или зон мозга. Они складываются в онтогенезе и зависят от образа жизни ребенка.

Психическая болезнь протекает по биологическим закономерностям, которые не могут повторить закономерности развития. Даже в тех случаях, когда она поражает наиболее молодые, специфически человеческие отделы мозга, психика больного человека не принимает структуру психики ребенка на ранней ступени его развития. Тот факт, что больные утрачивают возможность думать и рассуждать на более высоком уровне, означает лишь, что ими утрачены более сложные формы поведения и познания, но подобная утрата не означает еще возврата к этапу детства. Распад не является негативом развития. Разные виды патологии приводят к качественно различным картинам распада.

198

Как было указано выше, данные распада психической деятельности могут оказаться полезными при освещении вопроса о социальном и биологическом в развитии человека. Ряд исследователей считают вслед за Э. Кречмером, что психические заболевания приводят к “высвобождению” врожденных инстинктов (агрессивных тенденций) и биологических “низших” потребностей, что деградация личности означает некое “высвобождение” биологических (наследственных) потребностей. Приведенный в главе VII материал показал, что нарушение личности заключается не в освобождении биологических потребностей (потребность в алкоголе или морфии не является ни органической, ни врожденной по своему происхождению), а в распаде строения потребностей, сформировавшихся прижизненно. Деградация личности состоит в том, что меняется

строение самой общественно обусловленной потребности: она становится менее опосредованной, менее осознанной, теряется иерархическое построение мотивов, меняется их смыслообразующая функция, исчезают дальние мотивы. Анализ нарушений строения мотивов при некоторых заболеваниях может служить дополнительным аргументом к словам А.Н.Леонтьева [57; 112], высказанным им за “круглым столом” “Вопросов философии”, а именно, что человек “отнюдь не ограничивается тем, что удовлетворяет свои потребности, заложенные неизвестно сколько миллионов лет назад. Он действует ради достижения целей, часто очень далеких от первичных биологических потребностей”.

Резюмируя, следует подчеркнуть, что психологический анализ различных форм нарушений деятельности психических больных является ценным материалом, который должен быть учтен при построении психологической теории, особенно при изучении такого сложного вопроса, как строение потребностно-мотивационной сферы человека. Сказанное отнюдь не означает, что следует выводить закономерности развития и формирования мотивационной сферы здорового человека из закономерностей развития мотивов и личностных особенностей больного, как это делается в психологии личности в зарубежных странах. Наоборот, патологический материал показывает различие в иерархии и смыслообразовании мотивов больного и здорового человека. Исследование аномалий личностной и познавательной деятельности доказывает общее положение советской психологии, что формирование любой формы деятельности не вытекает непосредственно из мозга, а проходит длинный и сложный путь прижизненного формирования, в котором переплетаются восприятие естественных свойств и отношений предметов и явлений, общественный опыт и социальные нормы.

199

ЛИТЕРАТУРА

1. Ленин В.И. Поли. собр. соч., т. 29.
2. Маркс К. и Энгельс Ф. Соч. — Т. 3, 20.
3. Аствацатуров М.И. О проявлении негативизма в речи // Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии. — № 3. - СПб., 1907.
4. Б а с с и н Ф. В. Проблема бессознательного. — М., 1968.

5. Белозерцева В.И. Значение школы В.М. Бехтерева в становлении патопсихологии. “Невропатология и психиатрия им. С.С.Корсакова”, 1973, № 12.
6. Бехтерев В.М. “Психика и жизнь”. — СПб., 1904.
7. Бехтерев В.М. Основные принципы так называемой объективной психологии или психо-рефлексологии //Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии. — СПб., 1910. — № 10—11.
8. Бехтерев В.М. Мозг и его деятельность. — М.; Л., 1928.
9. Бейн Э.С. Афазия и пути ее преодоления. — М., 1964.
10. Бежанишвили Б.И. О психологической природе Корсакове -кого амнестического синдрома. — Тбилиси, 1968.
- П.Биренбаум Г.В. К вопросу об образовании переносных и условных значений слов при патологических изменениях мышления. — В сб.: Новое учение об апраксии, афазии и агнозии. — М.; Л., 1934.
12. Блейлер Е. Аутистическое мышление. — М., 1911.
13. Богданов Е.И. Изменение зрительного восприятия больных шизофренией. — В сб.: Психологические исследования. — Вып. 3. — М., 1971.
14. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. - М., 1968.
15. Бондарева Л.В. Взаимоотношения непосредственной и опосредованной памяти у больных эпилепсией. — В сб.: Психологические исследования. — Вып. 3. — М., 1971.
16. Братусь Б.С. Психологический анализ изменения личности при алкоголизме. — М., 1974.
17. Выготский Л.С. Избранные психологические исследования. — М., 1960.
18. Выготский Л.С. Развитие высших психических функций. — М., 1960.

19. Г а б р и я л Мансур Талат. Вопросы экспериментальной патопсихологии. — М., 1965.
20. Г а б р и я л Мансур Талат. Психологический анализ нарушения мышления. — В сб.: Новые исследования в психологии и возрастной физиологии. — М., 1973.
21. Гальперин П.Я. Психология мышления и учение о поэтапном формировании умственных действий. — В сб.: Исследование мышления в советской психологии. — М., 1966.
22. Гиляровский В.А. Психиатрия. — М., 1954.
23. Гиляровский В.А. Учение о галлюцинациях. — М., 1949.
24. Елгазина Л.М. О синдроме психического автоматизма Кандинского. “Невропатология и психиатрия им. С.С.Корсакова”. — Т. 54. — Вып. 9. - М., 1954.
25. З а д е А. Основы нового подхода к анализу сложных систем и процессов принятия решений. — В сб.: Математика сегодня. — М., 1974.
26. Зейгарник Б.В. Патология мышления. — М., 1962.
27. Зейгарник Б.В. Личность и патология деятельности. — М., 1971.
28. Зейгарник Б.В., Биренбаум Г.В. К проблеме смыслового восприятия. “Советская невропатология, психиатрия и психогигиена”. - Т. IV. - Вып. 6. - М., 1935.
29. Зейгарник Б.В., Гальперин П.Я. Психологические изменения после лейкотомии у шизофреников. “Невропатология и психиатрия им. С.С. Корсакова”. — Т. 17. — Вып. 4. — М., 1948.
30. Зейгарник Б.В., Кабаченко Т.С., Поперечная Л.Н., Р у б и н ш т е й н С.Я., Халфина А.Б. Психологический подход к профессиональным рекомендациям больным. “Невропатология и психиатрия им. С.С.Корсакова”. — 1974. — № 12.

31. Иванова А.Я. Обучающий эксперимент как метод психологического исследования детей с аномалиями психического развития. — В сб.: Вопросы экспериментальной патопсихологии. — М., 1965.
32. И в а н о в а А.Я. “Обучающий эксперимент” как метод оценки умственного развития детей (методические рекомендации). — М., 1973.
33. И в а н о в а И.И., Асеев В.Г. Методология и методы психологического исследования. — В кн.: Методологические и теоретические проблемы психологии. — М., 1969.
34. К а г а н о в В.М. Мировоззрение И.М.Сеченова. — М., 1948.
35. Кандинский В.Х. О псевдогаллюцинациях. — М., 1952.
36. Карева М.А. Об одном виде формирования патологического мотива в подростковом возрасте: Автореф. канд. дисс. — М., 1975.
37. Киященко Н.К. Апробация методики ТАТ. — В сб.: Вопросы экспериментальной патопсихологии. — М., 1965.
38. Климушева Т.А. Клинико-психологическое исследование больных параноидной формой шизофрении с синдромом Кандинского— Клерамбо. — В сб.: Вопросы экспериментальной
201
патопсихологии. — М., 1965.
39. К о г а н В.М. Восстановление речи при афазии. — М., 1963.
40. К о г а н В.М. Принципы и методы психологического обследования в практике врачебно-трудовой экспертизы. — М., 1967.
41. Кожуховская И.И. О необходимости дифференцировать понятие “критичность”. “Невропатология и психиатрия им. С.С.Корсакова”. — 1972. — № 11.

42. Кожуховская И.И. Критичность психических больных. Тезисы докладов конференции “Проблемы патопсихологии”. — М., 1972.
43. Кононова М.П. Руководство по психологическому исследованию психически больных детей. — М., 1963.
44. К о р к и н а М.В., Карева М.А. Клинико-психологический аспект патологии психической деятельности при синдроме вторичной нервной анорексии. Тезисы докладов конференции Проблемы патопсихологии. — М., 1972.
45. Коробкова З.А. Проблемы экспертизы трудоспособности и диагностика пограничных состояний. — М., 1939.
46. Корсаков С.С. Болезненные расстройства памяти и их диагностика. - М., 1890.
47. Корсаков С.С. К психологии микроцефалии //Вопросы философии и психологии. — Кн. 1. — М., 1894.
48. К о ч е н о в М.М. Нарушение процесса смысло-образования при шизофрении. Автореф. канд. дисс. — М., 1970.
49. Кречмер Э. Медицинская психология. — М., 1927.
50. Критская В.П. Особенности статической организации речевого процесса больных шизофренией //Невропатология и психиатрия им. С.С.Корсакова. — 1966. — № 1.
51. “Круглый стол” //Вопросы философии. — 1972. — № 9.
52. Лазурский А.Ф. Влияние естествознания на развитие психологии //Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии. - 1900. - № 8-9.
53. Лебединский М.С., М я с и щ е в В.Н. Введение в медицинскую психологию. — М.; Л., 1966.
54. Лебединский М.С. Об особенностях нарушений психики при поражениях правого полушария. — В сб.: Проблемы современной психиатрии. — М., 1945.
55. Лебединский В.В. Нарушение движений и действий у больных с поражением лобных долей мозга: Автореф. канд. дисс. — М.,

1967.

56. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. — М., 1965.

57. Леонтьев А.Н. Потребности, мотивы и сознание. XVIII

Международный психологический конгресс. Симпозиум 13. — М., 1966.

202

58. Леонтьев А.Н. О некоторых перспективных проблемах советской психологии //Вопросы психологии. — 1967. — № 6.

59. Леонтьев А.Н., Кричак Е.П. Переработка информации человека в ситуации выбора. — В сб.: Инженерная психология. — М., 1964.

60. Леонтьев А.Н. Проблема деятельности в психологии //Вопросы философии. — 1972. — № 9, 11, 12.

61. Леонтьев А.Н. Деятельность, сознание, личность. — М.: Политиздат, 1975.

62. Лонгинова СВ. “Пиктограмма” как метод исследования расстройств мышления при шизофрении //Невропатология и психиатрия им. С.С.Корсакова. — 1972. — № 11.

63. Лонгинова СВ., Рубинштейн С.Я. О применении метода “пиктограмм” для экспериментального исследования мышления психических больных. — М., 1972.

64. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и патогенные заболевания. — М., 1944.

65. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. — М., 1962.

66. Лурия А.Р. Мозг человека и психические процессы. — М., 1970.

67. Лурия А.Р., Хомская Е.Д. Лобные доли и регуляция психических процессов. — М., 1966.

68. Л у р и я А.Р., Цветкова Л.С. Нейропсихологический анализ решения задач. — М., 1966.
69. Меграбян А.А. О природе индивидуального сознания. — Ереван, 1959.
70. Меграбян А.А. Теоретические проблемы “психопатологии”. — Ереван, 1967.
71. Меерович Р.И., Кондратская К. М. Уровень притязания у детей-истериков. — В сб.: Психологические особенности трудновоспитуемых и умственно отсталых детей. — Л., 1936.
72. М е л е х о в Д.Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. — М., 1963.
73. Мелешко Т.К. Особенности актуализации знаний больными шизофренией. — В сб.: Психологические исследования. — М., 1971.
74. М я с и щ е в В.Н. Работоспособность и болезнь личности //Советская невропатология, психиатрия и психогигиена. — 1935. — Т. IV. — № 9-10.
75. Н е й м а р к М.С. Психологический анализ эмоциональных реакций школьников на трудности в работе. — В сб.: Вопросы психологии личности школьника. — М., 1961.
76. Н и к о л а е в а В.В. Внутренняя картина болезни при некоторых психических заболеваниях: Автореф. канд. дисс. — М., 1970.
77. Ойзерман Е.Т. Личностный компонент восприятия //Психологические исследования. — Вып. 2. — М., 1971.
- 203
78. П а в л о в И.П. Поли. собр. соч. — Т. III. — М.; Л., 1951.
79. Петренко Л.В. Нарушения высших форм памяти. — М., 1976.
80. Платонов К.К. О системе психологии. — М., 1972.

81. Поварнин К.И. Материалы к вопросу об экспериментально-психологическом исследовании душевнобольных //Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии. — 1917—1918. — № 1-12.
82. П о л я к о в Ю.Ф. Исследование нарушений психических (познавательных) процессов. — В сб.: Шизофрения. — М., 1969.
83. П о л я к о в Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. — М., 1974.
84. Поперечная Л.Н. Обучение и трудоустройство подростков с церебральной недостаточностью. Тезисы конференции Проблемы патопсихологии. — М., 1972.
85. Поперечная Л.Н., Р у б и н ш т е й н С.Я. О некоторых причинах неправильного развития подростков, перенесших органическое поражение ЦНС и мерах профилактики. — М., 1973.
86. П о р т н о в А.А., Федотов Д.Д. Психиатрия. — М., 1965.
87. Р и б о Р. Болезни личности. — СПб., 1886.
88. Ротенберг Е.Т. Нарушение личности компонента восприятия психических больных //Невропатология и психиатрия им. С.С. Корсакова. — 1971. — № 6.
89. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. — М., 1946.
90. Рубинштейн С.Л. О мышлении и путях его исследования. — М., 1958.
91. Рубинштейн С.Л. Принципы и пути развития психологии. — М., 1959.

92. Рубинштейн С.Я. Экспертиза и восстановление трудоспособности после военных травм мозга. — В сб.: Неврология военного времени. — М., 1946.
93. Рубинштейн С.Я. Экспериментальное исследование обманов слуха. — В сб.: Вопросы патопсихологии. — М., 1970.
94. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. — М., 1970.
95. Рубинштейн С.Я. Экспериментально-психологический подход к исследованию обманов слуха //Невропатология и психиатрия им. С.С. Корсакова. — 1971. — № 6.
96. Рубинштейн С.Я. Исследование распада навыков и психических больных позднего возраста. — В сб.: Вопросы экспериментальной патопсихологии. — М., 1965.
97. С а в о н ь к о Е.И. Возрастные особенности соотношения ориентации школьников на самооценку и на оценку другими людьми: Автореф. канд. дисс. — М., 1970.
- 204
98. Серебрякова Е.А. Уверенность в себе и условия ее формирования у школьников: Автореф. канд. дисс. — М., 1956.
99. С е ч е н о в И.М. Избранные произведения, т. 1. — М., 1952.
100. Славина Л.С. Ограничение объема работы как условие ее выполнения в состоянии “пресыщения” //Вопросы психологии. — 1969. — № 2.
101. Снежневский А.В. Общая психопатология. — Валдай, 1970.
102. Соловье в-Э лпидинский И.М. О так называемом психическом пресыщении и его особенностях у умственно отсталых детей. — В сб.: Умственно отсталый ребенок. — М., 1935.
103. Спиваковская А.С. Психологическое исследование игровой деятельности детей, страдающих шизофренией: Автореф. канд. дисс. — М., 1974.

104. С у х а р е в а Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. — М., 1974.
105. Т е п л о в Б.М. Психология. — М., 1946.
106. Тепеницына Т.И. Психологическая структура резонерства. — В сб.: Вопросы экспериментальной патопсихологии. — М., 1965.
107. Тихомиров О.К. Структура мыслительной деятельности человека. — М., 1969.
- Ю8.Токарский А. А. О глупости //Вопросы философии и психологии. — Кн. 35. — М., 1896.
109. Х о м с к а я Е.Д. Мозг и активация. — М., 1972.
110. Цветкова Л.С. Восстановительное обучение больных с локальными поражениями мозга. — М., 1972.
- Ш.Штерринг Г. Психопатология в применении к психологии. — СПб., 1903.
112. Ш у б е р т А.М. О некоторых нарушениях познавательной деятельности при травмирующей ситуации. — В сб.: Материалы совещания по психологии. — М., 1957.
113. Э л ь к о н и н Д. Б. К проблеме контроля возрастной динамики психологического развития детей. — В сб.: О диагностике психического развития личности. — Таллин, 1974.
114. Эльконин Д.Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте //Вопросы психологии. — 1971. — № 6.
115. Ярошевский М.Г. История психологии. — М., 1966.
116. A l l p o r t G. Personality and social encounter. — London, 1956. 117.Berze J., Gruhle N. Psychologie der Schizophrenie. — Berlin, 1929.

118. Barbezet J. Pathologie de la memoire. — Paris, 1970.
119. Boehme M. La ditirioration dans la demence senile. — Neuchatel, 1973.
120. Bruner J., Postman L. Emotional selectivity in perception and reaction//J. of Personality. — 1947. —Vol. 16. — P. 17.
- 205c
121. Cameron N. The psychology of behavior disorders. — Boston, 1947.
122. Chapman D., Burst ein A., Day D., BerdoneP. Regression and disoreders of though //Abnorm, soc. Psychol. - 1961. — Vol. 63. - P. 540-545.
123. Delay J. Studes de psychologie medicale. — Paris, 1953.
124. Grunthal E. Uber die Erkennung der traumatis-cher Hirnverletzung. — Berlin, 1936.
125. Hanfmann E., Kasanin L.S. Conceptual thinking of Schizophrenia. - N.Y., 1942.
126. Kiss P.G., Libermann L. Person nlichkeitsstorungen Im Kidesalters. - Budapest, 1969.
127. Klein G.S. Perception, motives and Personality. — N.Y., 1970.
128. Janet P. La medicine psychologie. — Paris, 1923.
129. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. — Berlin, 1929.
130. L e w i n K. A dynamic theory of personality. — N.Y., 1935.
131. L e w i n K. Wille. — Vorsatz in Bedurmiss, 1926.

132. Newell A., Shaw J., Simon H. The processes of creative thinking. "Contemporary approaches in creative thinking". — N.Y., 1963.
133. Payne R., Malinsek P., George H. An experimental study of schizophrenic thought //Y. Med. Sci. - 1959. - Vol. 105. - P. 627-651.
134. Postman L. Motivational factors in perception. — N.Y., 1953.
135. Rodgers G.R. Client — centered therapy. — Boston, 1951.
136. Stransky E. Über Sprachverwirrtheit. — Halle, 1905. 137. Wechowicz T.E., Blewett D.S. Size constancy and abstract thinking in schizophrenic patients //Y. ment. Sci. — 1959. - Vol. 105. - P. 909.
138. Wittkin H. Cognition: theory, research, promise by Constance, Scherer, 1964.
139. Wechsler D. Manual for the Wechsler adult Intelligence Scale. - N.Y., 1955.
140. Zeigarnik B. Über das Behalten erledigter und unerledigter Handlungen Psychologische Forschung. — Bd. 9. — Berlin, 1927.

Учебное издание

Зейгарник Блюма Вульфовна

Патопсихология

Учебное пособие

Компьютерная верстка: *Г. Ю. Никитина*

Корректор *И. Н. Голубева*

Изд. № А-48. Подписано в печать с готовых диапозитивов 27.03.2002. Формат 60х90/16. Гарнитура “Тайме”. Бумага тип. № 2. Печать офсетная. Усл. печ. л. 13,0. Тираж 30000 экз. (3-й завод 15 101-25 100 экз.). Заказ № **2613**.