

Л. С. Цветкова, А. В. Цветков

ПРОИЗВОЛЬНЫЙ И НЕПРОИЗВОЛЬНЫЙ УРОВНИ СТРУКТУРЫ И ПРОТЕКАНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ОБУЧЕНИИ

В статье проанализированы произвольный и непроизвольный уровни структуры психических процессов при их поражении и восстановлении. Представлены возможные подходы к решению проблемы методов восстановления высших психических функций.

Ключевые слова: нейропсихологическая реабилитация, произвольный и непроизвольный уровни протекания высших психических функций, опора на смысл.

Executive and unnecessary levels of the structure of mental processes in their defeat and the restoration are analyzed. Possible approaches to solving the problem of methods of restoration of higher mental functions are presented.

Key words: neuropsychological rehabilitation, executive and unnecessary levels of leakage of higher mental functions, the reliance on the meaning.

Проблема, заявленная в названии статьи, имеет давнюю историю разработки. Еще А.Н. Леонтьев и А.В. Запорожец при восстановлении движений предлагали раненым с органическими нарушениями психомоторики, не способным произвольно поднять руку, снять шляпу с вешалки или выполнить иное «бытовое» действие. Авторы при этом опирались на концепцию Л.С. Выготского об осознанности, произвольности и опосредованности высших психических функций (ВПФ) как об их основных отличиях от «элементарных» функций¹. В лугинской нейропсихологической реабилитации, а также в работах Л.С. Цветковой опора на «непроизвольный» уровень функции как зачастую более сохраненный при поражении основных корковых центров также нашла широкое применение. Например, ритмико-мелодическая методика восстановления речи предлагает больным с тяжелыми моторными и сенсомоторными формами афазии пропевать стихи и целые фразы или

Цветкова Любовь Семеновна — докт. психол. наук, профессор каф. нейро- и пато- психологии ф-та психологии МГУ.

Цветков Андрей Владимирович — канд. психол. наук, вед. науч. сотр. Московского НПЦ наркологии. E-mail: ats1981@gmail.com

¹ См.: Запорожец А.В. Избранные психологические труды. М., 2007.

пропевать романсы, играя одновременно на рояле (случай композитора Ш.²).

Однако стройная идеологическая платформа, определяющая, в каких случаях восстановление должно опираться именно на произвольные формы деятельности, а в каких — на произвольные или это должно быть разными «фазами» одного восстановительного процесса или даже «приемами» в ходе одного занятия, пока не разработана. Мы попытаемся обобщить возможные подходы к этой проблеме.

Первый подход состоит в том, что при поражении внелобных структур, расположенных позади центральной борозды или в стволе мозга, следует опираться на произвольную регуляцию, а при поражении лобных отделов мозга — на произвольные процессы (как более сохраненные). Здесь есть ряд возражений.

Первое возражение заключается в том, что при поражении ряда внелобных структур отмечаются (особенно у детей) нарушения произвольных форм деятельности и она, по сути, становится таким же объектом восстановительного обучения, как и ВПФ. Приведем пример: Ваня М., 7 лет, в возрасте 1 года перенес черепно-мозговую травму с последующим образованием кисты в затылочных отделах слева. При первом обследовании в нейропсихологическом статусе: 1) несформированность двигательных процессов — динамического праксиса и реципрокной координации, дефекты при выполнении праксиса позы и пространственного праксиса; 2) резкое снижение работоспособности и способности к произвольной регуляции собственной деятельности; 3) грубое недоразвитие устной экспрессивной речи; 4) грубое нарушение слухоречевой памяти; 5) снижение вербального мышления. Описанные симптомы могут указывать: а) на дисфункцию глубинных структур мозга; б) на заинтересованность в патологии зоны ТПО коры левого полушария мозга. Как видно, и произвольность, и «частные» ВПФ пациента нуждаются в восстановительной работе. Нами были применены методы, вовлекающие произвольный уровень протекания ВПФ — ассоциации «запах—цвет—форма», дорисовывание абстрактных геометрических фигур до конкретного предмета в соответствии с запахом цветными карандашами, сортировка репродукций абстрактных и реалистических картин (Моне, Пикассо, Миро) по цвету и по запаху. Во всех этих методах ребенок шел не за произвольной инструкцией, роль которой была минимальна, а за наглядным или ольфакторным образцом.

Другое возражение заключается в том, что при поражении лобных структур произвольная регуляция не нарушается «как целостность», но происходит нарушение какого-либо из ее факторов (порождение мотива, критичность, динамика психических процессов или поддержание

² См.: Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных. М.; Воронеж, 2004.

целенаправленной деятельности³). Так, нами велась работа с Колей Г., 6 лет, в нейропсихологическом статусе у которого отмечались: 1) несформированность произвольной регуляции; 2) эмоционально-личностная незрелость; 3) нарушение динамики психических процессов; 4) грубая незрелость зрительно-предметного и зрительно-пространственного восприятия. Симптомы указывали на дисфункцию глубинных структур и медиобазальных отделов лобных долей. В ходе проводимого обучения ярко выявилась импульсивность и отвлекаемость Коли. Например: Педагог: «Давай рисовать». Коля: «Давай! Ой, что это?» Педагог: «Трамвай. Так что мы делаем?» Коля: «Не помню...». При этом структурирование деятельности ребенка (по схемам программированного обучения для «лобных» больных⁴) оказало эффект восстановления не только произвольности, но и конкретных психических образований. Так, поэлементное копирование рисунка, выполняемого педагогом, реконструкция разрезанных картинок по схеме (карточке со стрелками), составление иллюстраций к разбитому на отрезки короткому рассказу позволили восстановить образы-представления мальчика. Все эти методы требуют от ребенка произвольности, хотя и в рамках заданной структуры деятельности.

Второй подход состоит в опоре исключительно на произвольный или непроизвольный уровень ВПФ в ходе всего обучения или хотя бы одного занятия. Наша практика показывает, что сочетание разных по «адресации» приемов возможно и эффективно в рамках одного занятия. Так, с Колей Г., когда ребенок уставал от выполнения учебных заданий, мы переходили к перебрасыванию мяча: сначала просто от педагога к ребенку, затем по часовой стрелке «педагог → ребенок → психолог-стажер», затем по схеме «по часовой стрелке и приседай, когда поймал». Таким образом, деятельность ребенка в процессе занятия проходила циклические изменения — от непроизвольного перебрасывания к произвольным действиям с мячом и далее к автоматизации и непроизвольному выполнению.

Третий подход, развиваемый нами и нашими сотрудниками, предполагает: а) *опору на смысл*, чтобы внимание больного (произвольное или нет) все время было привлечено к деятельности (исключая повторение, заучивание как цели занятий); б) *учет иерархического строения пораженного фактора*; так, при поражении высших уровней кинетического фактора отмечаются системные персеверации в поведении, речи и письме и обучение стоит начинать с простых движений, подвижных игр, т.е. с более низких и сохранных уровней; в) *опосредованное воздействие*

³ См.: Лурия А.Р., Цветкова Л.С. Нейропсихологический анализ решения задач. М., 2010.

⁴ См.: Цветкова Л.С. Мозг и интеллект: нарушение и восстановление интеллектуальной деятельности. М., 1995.

на пораженный фактор с опорой на связанные с ним системно психологические образования; в примере с кинетическим фактором высший, произвольный уровень протекания может быть задействован в мышлении: в задачах на выделение смысла рассказа, классификацию и т.д. при использовании специальных приемов, преодолевающих персеверации. Таким образом, в рамках третьего подхода удастся в одном занятии обеспечить комплексное, мультимодальное воздействие на пораженный фактор, включающее резервы функциональной системы.

Не менее интересным и важным в восстановительном обучении является использование произвольного уровня речи (общего слуха, интеллектуальных операций и т.д.) при работе с больными с контузией, истерическим мутизмом и другими формами патологии, при которых развивается диашиз (по Г. Монакову) или «охранительное торможение». Эта форма угнетения корковых функций может продолжаться годами, но при использовании специально разработанных методов восстановление может быть полным и стремительным (1—5 дней). Конечно, полностью отразить эту проблему в рамках краткого сообщения невозможно, и мы надеемся продолжить обсуждение в следующих публикациях.