

Н. Н. Полонская

КАК И ЧТО Я ВИЖУ (ДИАЛОГ С БОЛЬНОЙ, СТРАДАЮЩЕЙ ТОТАЛЬНОЙ АГНОЗИЕЙ)

В статье рассматривается редкий случай всех видов зрительных агнозий: предметной, буквенной, зрительно-пространственной, агнозии на лица и цвета — у больной с двусторонним поражением височно-теменно-затылочных отделов головного мозга. Изложение клинических данных ведется от лица страдающего человека, который анализирует свои потери, борется за сохранение своей личности, пытается адаптироваться к разрушенной болезнью жизни.

Ключевые слова: отдельный случай, виды зрительных агнозий, ассоциативная зрительная агнозия, зрительная память, узнавание объектов.

The article presents a case study of multiple visual agnosia (object agnosia, prosopagnosia, topographical agnosia, colour agnosia, alexia without agraphia) of a patient with bilateral lesions of the inferior areas of the temporal-parietal-occipital lobes. Clinical data are presented from the point of view of the patient, who struggle for surviving and her adaptation to the broken life.

Key words: case-study, forms visual agnosia, associative visual agnosia, visual memory, object recognition.

В конце 1960-х гг. А.Р. Лурия вернулся к исследованию афазии с целью анализа нарушений речевой деятельности в свете структурной лингвистики. В клинике нервных болезней 1-го ММИ им. И.М. Сеченова на протяжении последних лет жизни Александр Романович с огромным увлечением проводил свои яркие разборы больных, некоторые из которых позже были изложены в его монографии «Основные проблемы нейролингвистики»¹. В клинике для лечения и исследования несколько раз находился и герой известной книги А.Р. Лурия «Потерянный и возвращенный мир»², в основу которой легли многолетние дневники больного Л.А. Засецкого. Эти книги представляют два подхода в изложении нейропсихологических исследований — научно-систематический и патографический. Своим примером страстного исследователя А.Р. Лурия призывал не пропускать «интересных» пациентов и подробно описывать отдельные клинические случаи. К сожалению, эта традиция во многом

Полонская Наталья Николаевна — канд. психол. наук, ст. науч. сотр. лаборатории нейропсихологии ф-та психологии МГУ. *E-mail:* npolonskaya@yandex.ru

¹ См.: Лурия А.Р. Основные проблемы нейролингвистики. М., 1975.

² См.: Лурия А.Р. Потерянный и возвращенный мир: (История одного ранения). М., 1971.

утрачена. В своем исследовании³ мы обратились к патографическому представлению данных, дополняющему традиционные нейропсихологические исследования.

Патографическое исследование нашего случая предполагало использование устных описаний и записей пациента о своих нарушениях зрительного восприятия в результате болезни. Этот метод дает материал, который позволяет не только оценить расстройства той или иной функции, но и определить адаптивные психологические реакции пациента, направленные на восстановление, компенсацию нарушенных функций, поскольку в ходе болезни человек учится преодолевать себя, формировать собственное отношение к трудностям, стремится сохранить свою личность и жизнь.

Клинические данные из истории болезни. Мы исследовали больную Б. с высшим техническим образованием в возрасте 70 лет с артериальной гипертензией, перенесшую в течение двух лет два острых нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу в бассейнах обеих задних мозговых артерий. После первого инсульта у больной наблюдалась картина заинтересованности задних отделов левого полушария головного мозга. Нейропсихологическая симптоматика носила достаточно мягкий характер в виде легкой степени выраженности амнестической афазии и оптической алексии без аграфии. Через год Б. перенесла второй инсульт, на этот раз в бассейне правой задней мозговой артерии. Исследование выявило все виды зрительных агнозий — предметную, агнозию на лица, на цвета, зрительно-пространственную (топографическую); имелись нарушения зрительной и топографической памяти. У больной оставались легкие нарушения номинативной функции речи, сопровождающиеся вербальными парафазиями (близкими по значению). Чтение оставалось нарушенным по типу чистой оптической алексии при полной сохранности письма. Процесс счета характеризовался дезавтоматизацией. Указанные нарушения в первую очередь позволили говорить о нарушении процессов приема, переработки и хранения информации преимущественно в зрительной и зрительно-пространственной модальности, что связано с билатеральным поражением корково-подкорковых отделов височно-теменно-затылочных отделов головного мозга в большей степени правого полушария.

Нарушение процессов зрительного гнозиса и внутреннее состояние человека со зрительной агнозией не только представляет интерес

³ См.: Полонская Н.Н. Случай зрительной агнозии у больной с двусторонним нарушением мозгового кровообращения в задних мозговых артериях. Сообщение 1. Исследование нарушений зрительного предметного гнозиса // Вестн. Моск. ун-та. Сер.14. Психология. 2009. № 4. С. 32—43; Сообщение 2. Исследование нарушений зрительного узнавания лиц, пространства, цвета и букв // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. 2010. № 1. С. 70—82.

для исследователя, но и вызывает определенные трудности понимания результатов стандартного исследования.

Как ученый-исследователь больная стремилась быть полезной и послужить нашей области науки. Она подробно излагала и анализировала утрату зрительной реальности, описывала и поясняла свои ощущения в нарушении восприятия «изнутри», отражая недоступное нам состояние ее мира зрительной реальности. Наши беседы с согласия больной были записаны на магнитофон. Мы представляем их без каких-либо изменений стиля, лексики, грамматического строя, дополнений и лишь в отдельных случаях с незначительными сокращениями. Отдельные высказывания были написаны больной в ходе нашей работы.

Надо заметить, что при всей тяжести заболевания пациентка уже при первой встрече производила впечатление сохранного человека. В общении она была приятной, интеллигентной, с достаточно беглой фразовой речью без явных видимых трудностей в актуализации слов. Она осознавала многие свои «потери» (ее слово) и потому могла во многом адекватно оценить возникшие трудности и подробно рассказать о них. Приведем ее ответы на наши вопросы.

— *Что вы могли бы сказать о своем состоянии после первого инсульта?*

— После первого инсульта у меня все было нормально, кроме того, что я забыла, как называются все буквы. Поняла я это так. Мой муж в день выписки пришел в больницу за мной и в руках держал журнал. Я беру у него журнал и спрашиваю: «А на каком языке у тебя журнал?» Так у меня сразу ушла информация о том, как буквы называются и как они считываются. Когда я на них смотрела, я видела набор знаков, так сказать, я знала, что это буква, но я не знаю, какая она, русская или другая, хотя мне не составляло труда писать их как угодно.

(Невозможность чтения из-за нарушения узнавания букв при сохранности письма указывает на оптико-гностические расстройства чтения.)

— *А были ли трудности, например, с речью?*

— Почти ничего. Так, иногда слово подыскивала, но мне это не мешало. Память была такая, как и была раньше, — очень хорошая.

Через год произошел второй инсульт, теперь уже в бассейне правой задней мозговой артерии. На наш вопрос: «Что, на ваш взгляд, изменилось после второго инсульта?» — больная ответила: «Я теперь другой человек — ущемленный со всех сторон. Я стала хуже видеть, различать, определять предметы, лица, цвета, ориентироваться в пространстве, на улице и даже дома, память стала хуже».

Указанные самой больной нарушения говорят о значительных расстройствах зрительного восприятия. Чтобы полнее представить старания больной по опознанию предметов, приведем анализ, который проводила сама больная.

Узнавание предметов и их изображений

Больная разглядывает вазу с цветами:

— Вот цветы. Я смотрела и думала, что все это как лепестки. Когда они чуть движутся, я их узнаю. Это лепестки, цветы и листья. Все это по-разному отражается при движении и дрожании. Цветы большие, а листья меньше. Вот большие цветы, вот листья. Эти цветы (лилии. — *Н.П.*) больше, а это (розы. — *Н.П.*) мелкие. Цветы высокие и длинные, а в этих много лепестков, и они плотно сложены, и получается плотно сложенный цветок и лист. Это розы? А эти высокие с большим цветком и листьями, здесь семь цветков [пересчитывает].

— *Это лилии.*

— Я таких цветов не помню, не узнаю, но я помню их запах, очень сильный.

Поскольку предмет или его изображение не узнавались «в лицо», происходил развернутый последовательный анализ предмета или изображения. Неполнота существенных признаков, особых примет лишала предмет конкретности, а восприятие носило обобщенный характер, и больная приходила к некоторому избыточно обобщенному представлению о конкретном предмете, чаще относя его к правильной категории. Надо обратить внимание на замечания больной, что в движении предмет легче опознавался. Больная узнавала машины только тогда, когда те двигались. Интересно объяснение больной по поводу своих трудностей, которое она давала с целью раскрыть стратегию преодоления нарушенного узнавания объектов:

— Внутри у меня половинчатая информация, мало осталось признаков. Совокупность всех признаков дала бы мне узнавание. Я не помню, какой он — лев. Для рыбы, например, не могу припомнить или придумать нужные отличительные признаки. Набором характерных признаков и своих собственных знаний о предмете я пытаюсь определить, что это. Скорее приходит название, чем внутренний образ. Если есть название, мне проще. Сегодня узнала, а завтра не увидела. Я анализирую, и ничего не приходит в голову, и ни с чем не могу сопоставить. Нет частей, которые на что-то наталкивают. Я вижу предмет целиком, но не узнаю его, и я пытаюсь расчленить, чтобы узнать кусочки, чтобы получилась из них правильная и узнаваемая конфигурация. Совокупность частей на что-то наталкивает, припоминаю, сравниваю. Я раньше не расчленяла предметы, а теперь пытаюсь себе помочь.

Мы видим, что опознание предмета происходит путем сравнения изображения и его деталей с мнестическим образом, хранящимся в долговременной памяти (эталоном), и наша больная в процессе анализа деталей опирается на припоминание, на привлечение знаний прошлого опыта. Характерно, что сам процесс распознавания носил длительный и развернутый характер, сопровождался рассуждениями, сомнениями.

При распознавании предмета возникали как оптические ошибки, так и вербальные замены, которые обладали определенной семантической близостью значений. Мы предположили, что вербально-перцептивные ошибки у больной возникали из-за нечеткости, неточности зрительных образов. Ею осуществлялся последовательный и подетальный анализ предмета с поиском необходимого числа значимых деталей. Больная так описывала свое приспособительное поведение:

— Вот я стою в комнате, я смотрю на что-то и долго думаю: что это? Я вижу предмет, стараюсь припомнить, но я его не узнаю. Я начинаю анализировать: на что это может быть похоже? И приходится анализировать среди совокупности объектов. Вспоминаю и начинаю думать, что это может быть. Нет, это не ложки. У ложек другая форма.

Нам представляется, что в ходе сравнения изображения предмета с его эталоном, хранящимся в долговременной памяти, недостаточность зрительно-перцептивных признаков препятствует распознаванию объекта. В ходе исследования оказалось затронуто не только собственно зрительное восприятие, но и зрительные представления, воображение и память. На это указывает исследование образов-представлений. Мы просили больную мысленно представить тот или иной объект, описать тот или иной объект. Вот некоторые примеры из этого эксперимента:

Ландыш. — Это мой любимый цветок, он такой нежный, «Ландыш серебристый» — духи такие есть. Он очень хорошо пахнет. Но я не смогу его вспомнить, представить и нарисовать или узнать. Только по запаху я его, наверно, выберу. Лягушка. — Не представляю. Знаю, что она прыгает и квакает, но я ее не вижу. Колокольчик. — Я их любила, они удлиненные, зеленоватые и хорошо пахнут. Кажется, я спутала их с ландышами. Верблюд. — У него четыре ноги, но не лошадка, он поклажу возит, такой серый. Приземист. Кажется, я ослика представила.

Далее пациентку просили мысленно припомнить образы известных мест и объектов.

— *Представьте улицу Горького.* — Попытаюсь. Улица Горького теперь это, кажется, Тверская? Но я ее не представляю, кроме того, что я знаю, что это главная улица Москвы. — *Что на ней находится?* — Библиотека Ленина. Я знаю, что снесли гостиницу «Москва». — *А на Красной площади?* — Мавзолей. Но я его не представляю. Я знаю, что там есть мавзолей. Но где он стоит? Есть Василий Блаженный, но я их не вижу. А другие здания просто не помню. — *А что построено на Ленгорах?* — Прежде всего, Главное здание МГУ и с двух сторон физфак и химфак, но как они расположены относительно друг друга, я не знаю, хотя, как вы понимаете, я в МГУ училась и все это хорошо знала. Есть еще другие, более новые, я знаю, но я не могу их вспомнить и представить.

Эти примеры позволяют видеть, что больная практически не описывает объекты, скорее, здесь присутствуют определенные сохраненные в

памяти знания, суждения о них (декларативная память), чем зрительные образные и пространственные представления.

Болезнь привела к тяжелым изменениям в жизни нашей пациентки, которые она анализирует, пытаясь найти пути преодоления:

— Раньше у меня память была идеальная, если один раз увидела, услышала, — на всю оставшуюся жизнь. Информация же извлекалась немедленно и большими объемами. Сейчас я в повседневной жизни не человек, который потерял память. Я все помню, что надо делать и как, не забываю. Я многое могу и поочередно делаю, я даже своим говорю и напоминаю, где что находится. Однако много информации просто ушло из той, которой я обладала в силу моего образования и моего жизненного опыта. Я не могу сказать, что она совершенно обнулилась, иначе я бы ее не узнавала, она бы не возникла, она сидит где-то, но трудно вызывается и достается изнутри для того, чтобы ее представлять мысленно, привлекать для своих размышлений, анализировать. Чтобы запомнить новую информацию, необходимо многократное ее повторение и лучше с логической завязкой.

— *Что вам помогает преодолевать, как вы говорите, ваши «потери»?*

— Во всех случаях мне помогает анализ, по каким-то другим признакам и основаниям. Это то, что меня всегда интересовало, когда я училась в МГУ и работала. Эти вещи могут быть присущи одному человеку, а другому в меньшей степени. Мой основной всегдашний канал — анализ, сравнение. Для анализа я использую всю совокупность признаков — из знаний в памяти, пальцы и, наверно, то, как сравнивать, я в процессе стыковала, вспоминала, щупала, пыталась представить. Мне это дает возможность попытки ориентироваться. Я так говорю, потому что я много анализирую свою болезнь, делаю попытки находить решения и приспособиться в жизни в моей ситуации. Вот пример, кстати. Мне сейчас пришла в голову такая мысль. Вот холодильник, он верещит, а если бы он не верещал, не стоял именно здесь, а в другом месте, еще неизвестно, узнала бы я, что это холодильник. А так смотрю на него, а у него есть дополнительный сигнал — он шумит и еще он здесь на кухне стоит. У него есть совокупность признаков, и они дают возможность накапливать об этом предмете информацию. Вот сегодня я думала, анализировала. Как же так? Я этот предмет много раз трогаю, когда мне надо, а не могу его зрительно узнать. Или вот вы приносили картинки, и я не все могла определить. Я, например, на кошку говорю «собачка». Даже если это известное мне животное, но нет признака, который для меня оказался бы тем основным, который мне поможет. Если такой признак находится, тогда я вам правильно говорю.

— *А вы стараетесь искать этот признак?*

— Он сам в сознании ищется. Мозг у человека так устроен, что пытается найти. Может быть, есть люди, которые не пытаются анали-

зирать. У разного мозга разные возможности и разные способности для анализа, и в том числе и поиска признаков. Он сразу начинает этот поиск, у меня поиск идет по всем возможным вариантам. Вот ведь и у здоровых людей... ведь один мозг не заставить... одни не могут или не хотят учиться, а другие без этого не могут жить. И если я нахожу какие-то данные, которые являются поводом для продолжения анализа, если я нахожу подтверждение моим каким-то гипотезам, то все продолжается, и если две вещи совпали, к ним начинают подсоединяться следующие признаки для анализа. И так дальше и дальше. А если не совпали, я начинаю другие признаки искать для сопоставления. Другую версию начинаю разрабатывать, третью гипотезу. Вот на картинке (поросенок. — *Н.П.*) тот хвост колечком у свиньи для меня никак не обозначился, как и пятачок, хотя там все было явно, был явный пятачок. А вот здесь медведь, судя по косолапости. Так, хвост пушистый, крадется, крадущаяся походка — лиса. Здесь передается движение. Если предмет движется, я определяла его.

— *Как вам видятся наши занятия? Полезны ли они?*

— Общение с вами подталкивает к мыслительному процессу, даже сам ваш приход, когда вы появляетесь. И это не дифирамбы, нет. Я готовлюсь, стараюсь, чтобы вам что-то сказать, может быть, это важно, может быть, это нужно вам, полезно, может, это о чем-то говорит вам. Это все заставляет мозг работать. А вы даете нужный путь.

— *Но вы и сами много работаете.*

— При вас возникают другие острые потребности, а то, что я сама, — это самоучка. Нет, с вами у меня система возникает и путь анализа. Я разговариваю, обсуждаю, у нас с вами — работа, рабочий момент. Мозг работает в усиленном режиме, и я вижу результат. А то, что я сама... Ну, пытаюсь и пытаюсь. Вот представьте, больной лежит один дома. Это для него очень плохо. Еще хорошо, что есть радио и телевизор. Было время, когда я смотрела ушами. Телевизор я не смотрела, я его слушала. Кадры мелькают очень быстро, и я ничего не понимаю и ничего не узнаю, лучше, когда я только слушаю. Тем не менее что-то меняется, пусть хоть что-то и пусть не сразу.

— *Что особенно вам тяжело?*

— Пожалуй, что тебя не все могут понять, твою болезнь, может быть, только вы меня понимаете. Вот то, что я с близкими разговариваю на разных языках, мне хочется, чтобы они понимали, что со мной происходит. Вот когда я им вопросы какие-то задаю, то это не потому, что я поглупела, а потому, что это связано с моей болезнью. Они не понимают всей сложности моей болезни, всей сложности нарушенных процессов и их важности. Ну и ориентировка во всем, трудно то, что я все должна вычислять. Мне постоянно надо искать пути, чтобы как-то суметь, преодолеть в какой-то мере мои потери. Надо выйти из этой ситуации, хотя бы частично, жить-то надо. Если я не буду стремиться к этому, то

для внуков я не буду интересна. В жизни мне приходилось отвечать за все и за всех и не опускать руки, надо было иметь характер. И хотя мне очень нелегко живется, но мне интересно.

* * *

Наше исследование и приведенные высказывания больной позволяют нам говорить, что больная полностью контактна, критична к своему состоянию. Она активна, у нее есть стойкая потребность преодолеть свои трудности. Ей интересна жизнь, мотивация и эмоции являются важным компонентами ее поведения. Больная стремится быть полезной в семье. Она осознала многие свои «потери» (ее слово) и потому смогла во многом адекватно оценить возникшие трудности, которые драматически изменили всю ее жизнь, но не разрушили ее личность, индивидуальность. Мы благодарны ей за общение и стремление быть нам полезной.

Зрительно-пространственные функции формируются в ходе развития полушарий мозга и осуществляются благодаря их комплементарному взаимодействию. Специализация полушарий, стратегии переработки информации и синдромы их поражения различны. Это позволяет нам говорить, что потери нашей больной с преимущественным поражением задних отделов правого полушария в определенном смысле противоположны потерям Л.А. Засецкого. Поражение теменно-височно-затылочных отделов левого полушария привело у него к нарушению речевой деятельности, которое глубоко затронуло и нарушило процессы восприятия, памяти, мышления и ряд других функций, но по другим основаниям. В этом смысле представленные нами данные являются интересными и полезными в плане сопоставления двух различных по психологическому содержанию и мозговым механизмам «потерянных миров».