

Вестник Московского университета

НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

Основан в ноябре 1946 г.

Серия 14 ПСИХОЛОГИЯ

Издательство Московского университета

№ 2 • 2012 • АПРЕЛЬ–ИЮНЬ

Выходит один раз в три месяца

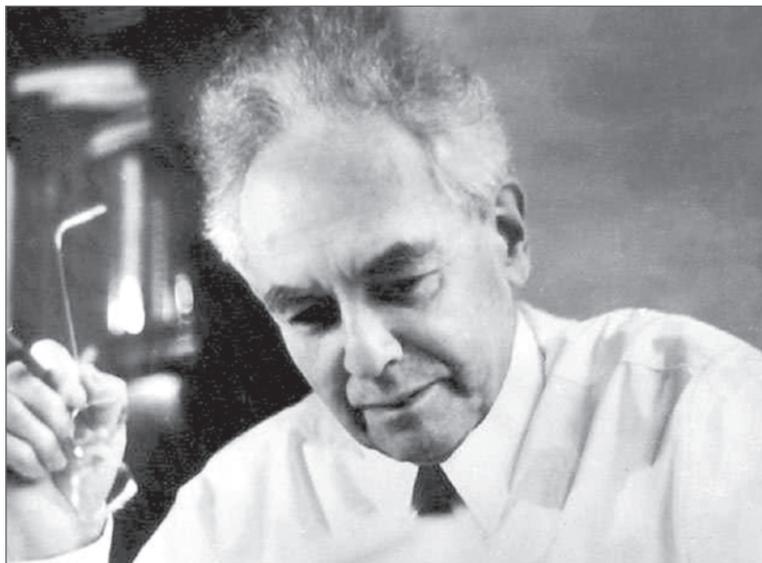
СОДЕРЖАНИЕ

К 110-летию СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ АЛЕКСАНДРА РОМАНОВИЧА ЛУРИЯ

Корсакова Н. К., Микадзе Ю. В. Предисловие	5
Корсакова Н. К. Нейропсихологический фактор: наследие А.Р. Лурия и задачи развития нейропсихологии.	8
Ковязина М. С., Кузнецова Д. А. Особенности синдрома нарушения межполушарного взаимодействия при патологии мозолистого тела	16
Полонская Н. Н. Как и что я вижу (диалог с больной, страдающей тотальной агнозией)	23
Глозман Ж. М. О субъектности луриевской нейропсихологии	31
Соколова Е. Т. Культурно-историческая и клиничко-психологическая перспектива исследования феноменов субъективной неопределенности.	37
Бурлакова Н. С. О новых возможностях культурно-исторического анализа в клинической психологии.	49
Зинченко Ю. П., Первичко Е. И. Синдромный подход в психологии телесности (на примере исследования больных с пролапсом митрального клапана)	57

Бардышевская М. К. Проблемы исследования эмоционально-личностного развития ребенка в рамках уровневой модели	68
Плужников И. В. Синдромный подход в изучении нейрокогнитивного дефицита при психической патологии.	75
Ахутина Т. В., Матвеева Е. Ю., Романова А. А. Применение луриевского принципа синдромного анализа в обработке данных нейропсихологического обследования детей с отклонениями в развитии.	84
Микадзе Ю. В. Некоторые методологические вопросы качественного и количественного анализа в нейропсихологической диагностике	96
Балашова Е. Ю., Шевелькова О. А. Определение времени по часам в нейропсихологической диагностике: новая жизнь классической методики.	104
Цветкова Л. С., Цветков А. В. Произвольный и произвольный уровни структуры и протекания психических процессов в восстановительном обучении	112
Пылаева Н. М., Ахутина Т. В. Нейропсихология и школа.	116
Комментарии рецензентов	123
<i>Обзорно-аналитические исследования</i>	
Натович Е. А., Тхостов А. Ш., Теперик Р. Ф. Патологическая зависимость от азартных игр: психоаналитический подход . . .	138
Россохин А. В. Исследования рефлексии измененных состояний сознания в психоанализе (часть 2)	152

К 110-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ А.Р. ЛУРИЯ



16.07.1902—14.08.1977

CONTENTS

TO THE 110TH ANNIVERSARY OF ALEXANDR ROMANOVICH LURIA

Korsakova N. K., Mikadze Yu. V. Introduction	5
Korsakova N. K. Neuropsychological factor: The legacy of A.R. Luria and goals of neuropsychology	8
Kovyazina M. S., Kuznetsova D. A. Interhemispheric impairment syndrome in corpus callosum pathology	16
Polonskaya N. N. How and what I see (dialogue with patient suffering from total agnosia)	23
Glozman J. M. Subject oriented Lurian neuropsychology	31
Sokolova E. T. Cultural-psychological and clinical-psychological perspectives of research on phenomena of subjective uncertainty and ambiguity	37
Burlakova N. S. On new possibilities of cultural-historical analysis in clinical psychology	49
Zinchenko Yu. P., Pervichko E. I. Syndrome approach to psychology of corporeity (patients with mitral valve prolapse for example)	57
Bardyshevskaya M. K. Problems of scientific study of children's emotional and personality development in the model of levels.	68
Pluzhnikov I. V. The syndrome approach to neurocognitive impairment in psychopathology	75
Akhutina T. V., Matveeva E. Yu., Romanova A. A. Application of the Luria's principle of the syndrome analysis in processing of neuropsychological assessment data of children with developmental disorders	84
Mikadze Yu. V. Some methodological issues of qualitative and quantitative analysis in neuropsychological assessment.	96
Balashova E. Yu., Shevelkova O. A. Definition of time with the clock in neuropsychological diagnostics: new life of a classical technique	104
Tsvetkova L. S., Tsvetkov A. V. Executive and unnecessary levels of structure and leakage of mental processes in neuropsychological rehabilitation	112
Pylaeva N. M., Akhutina T. V. Neuropsychology and school.	116
Commentary.	123
<i>Review, analytical studies</i>	
Natowicz E. A., Tkhostov A. Sh., Teperik R. F. Psychoanalytic approach to pathological gambling.	138
Rosokhin A. V. Reflection of the altered states of consciousness in psychoanalysis (part 2)	152

Н. К. Корсакова, Ю. В. Микадзе

ПРЕДИСЛОВИЕ

Александр Романович Лурия (1902—1977) относится к плеяде психологов, внесших фундаментальный вклад в развитие отечественной и мировой психологии и имеющих неоспоримый научный и личностный авторитет. Наряду с Л.С. Выготским и А.Н. Леонтьевым А.Р. Лурия разрабатывал проблемы общественно-исторической (социальной) и генетической (биологической) детерминации психики человека, системной организации психических функций и знакового (речевого) опосредования высших психических функций (ВПФ), мозговых механизмов психики, нормального и аномального онтогенеза, аффективных состояний, кросс-культурной психологии, сознания и многие другие.

Особое значение в истории и современном развитии психологии имеют работы А.Р. Лурия, посвященные формированию научной и научно-практической основы нейропсихологии. Созданные им теория системной динамической локализации ВПФ и метод синдромного (факторного) анализа нарушений ВПФ, концепция трех функциональных блоков мозга, разработка проблемы «мозг и психика», исследования в области афазии и нейролингвистики, нарушений памяти стали значимыми вехами в развитии мировой нейропсихологии.

Деятельность А.Р. Лурия не ограничивалась только теоретическими и научно-практическими исследованиями. Свой след в истории Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова он оставил как один из организаторов факультета психологии, на котором стал первым заведующим кафедрой нейро- и патопсихологии. При непосредственном участии А.Р. Лурия была создана Проблемная лаборатория нейропсихологии на базе Клиники нервных болезней 1-го Московского медицинского института им. И.М. Сеченова. А.Р. Лурия положил начало и многолетнему сотрудничеству факультета психологии МГУ и НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, где благодаря его усилиям была открыта первая в СССР лаборатория клинической нейропсихологии.

Сегодня созданные А.Р. Лурия кафедра нейро- и патопсихологии и лаборатория нейропсихологии функционируют не только как учебные подразделения факультета психологии МГУ, но и как объединение профессионалов, продолжающих разработку различных аспектов палитры луриевских идей. Направления исследований, ранее сложившиеся на основе методологии Л.С. Выготского, А.Н. Леонтьева, Б.В. Зейгарник и конечно же А.Р. Лурия, получили дальнейшее развитие в трудах таких последователей А.Р. Лурия, как Е.Д. Хомская (возглавляла кафедру

с 1977 по 1980 г.), Л.С. Цветкова (руководила лабораторией нейропсихологии с 1970 по 1990 г.), Т.В. Ахутина (зав. лабораторией нейропсихологии с 1991 г. по настоящее время), Ж.М. Глозман, Н.К. Корсакова, Ю.В. Микадзе, Э.Г. Симерницкая и др., что и привело к созданию новых предметных областей нейропсихологии.

Большая роль в распространении методологии нейропсихологии (синдромного подхода) на смежные клинические дисциплины принадлежит Ю.Ф. Полякову, возглавлявшему лурьевскую кафедру с 1980 по 2001 г. Именно Ю.Ф. Поляков, постулировав методологическую необходимость применения принципа синдромного подхода к системному пониманию механизмов формирования расстройств ВПФ при психических заболеваниях, инициировал обращение нейропсихологов к изучению эндогенной психической патологии. В результате произошло эффективное проникновение нейрокогнитивного подхода в исследования особенностей работы мозга при его нелокальной патологии (деменции позднего возраста, психоорганический синдром, эпилепсия, шизофрения и т.п.), которое дало дополнительный импульс развитию таких областей, как патопсихология, психология телесности и психосоматика, аномалии детского развития, методология и идеология психокоррекционной и психотерапевтической работы, а также позволило расширить сферы научных исследований и учебной работы как в области нейропсихологии, так и в клинической психологии. Это отразилось в перечне дисциплин и в названии специальности, по которой ведется учебная и научная подготовка студентов на кафедре, — «клинический психолог».

Сложившиеся на кафедре тенденции синтеза нейропсихологии с другими направлениями клинической психологии поддерживаются профессором А.Ш. Тхостовым, возглавившим кафедру в 2001 г.

Можно утверждать, что прямо или косвенно, декларативно или имплицитно обозначенный спектр работ кафедры и лаборатории имеет прямое отношение к фундаментальным «посланиям» А.Р. Лурия. Поэтому все статьи, включенные в данный юбилейный выпуск «Вестника», в большей или меньшей степени свидетельствуют о связи современных исследований с лурьевским наследием.

При подготовке выпуска были выделены темы, обращенные к методологии клинической психологии (в частности к методу синдромного анализа) и к задачам диагностики и реабилитации, в которых отражаются наиболее важные и актуальные аспекты современной рефлексии идей А.Р. Лурия.

Дальнейшее развитие метода синдромного анализа представляется ведущей перспективой не только нейропсихологии, но и клинической психологии в целом. В представленных ниже статьях можно видеть разные взгляды на роль, специфику, структуру этого подхода в различных областях клинической психологии.

Иное звучание может приобрести проблема фактора как синдромообразующего радикала и центрального понятия синдромного анализа. В ряде представленных ниже статей показано, что он может иметь полимодальную, разноуровневую причинность в клинической картине болезни, иной вектор в динамике становления закономерного сочетания первичных и вторичных симптомов (не «снизу вверх», а по Выготскому — «сверху вниз»). Более того, фактор приобретает экстракортикальный «локус», находясь во внешнем мире с его стохастическими супердинамическими культурно-историческими трансформациями. Не исключено, что представления о синдромообразующей роли фактора в клинической картине патоса определяются личностью исследователя, не только связанной со временем и культурой, но и обязанной им соответствовать.

В связи с развитием когнитивной психологии и распространением психометрических методов стало возникать определенное противопоставление качественного (реализующегося в синдромном подходе) и количественного (реализующегося в психометрическом подходе) анализа нарушений ВПФ. В настоящее время большинство исследователей признают необходимость сочетания указанных двух методов в нейропсихологической диагностике, что ставит вопрос о методическом обеспечении нейропсихологического обследования.

Завершая это краткое вступление, хочется отметить тот большой вклад, который внесли в создание номера рецензенты и комментаторы статей — Т.В. Ахутина, Е.Ю. Балашова, Б.С. Братусь, И.С. Горина, Е.В. Ениколопова, М.С. Ковязина, А.А. Корнеев, Н.К. Корсакова, А.Н. Кричевец, Ю.В. Микадзе, В.В. Николаева, Л.С. Печникова, А.Л. Рыжов, Е.Т. Соколова. Многие замечания, высказанные коллегами в рамках профессионального консалтинга, были учтены при окончательной редакции текстов. Значительная доля критики принята авторами как «информация к размышлению». Отдельные отзывы, иллюстрирующие разнообразие ракурсов и аспектов анализа статей, публикуются в этом же номере.

Н. К. Корсакова

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР: НАСЛЕДИЕ А.Р. ЛУРИЯ И ЗАДАЧИ РАЗВИТИЯ НЕЙРОПСИХОЛОГИИ

На основании анализа работ А.Р. Лурия, относящихся к различным периодам становления и развития нейропсихологии, выделяются основные направления дальнейшей разработки проблемы нейропсихологического фактора. Предлагаются возможные аспекты дифференцированного изучения структурных составляющих пространственного фактора в соответствии с его функциональной многозначностью в системном строении высших психических функций.

Ключевые слова: нейропсихология, нейропсихологический фактор, функциональная многозначность, симптом, синдром, пространственный анализ и синтез.

Based on the analysis of A.R. Luria's works belonging to different periods of the formation and development of neuropsychology, the author highlights the main directions in the future development of the problem of neuropsychological factors. The author suggests possible aspects of the differential learning of the structural components of spatial factor, in accordance with its functional multiplicity in the systemic structure of the higher mental functions.

Key words: neuropsychology, neuropsychological factor, functional multiplicity, symptom, syndrome, spatial analysis and synthesis.

Нейропсихологический фактор (НПФ) — один из ключевых предметов спора между нейропсихологами, относящими себя к школе А.Р. Лурия¹. Однако вне зависимости от подчеркивания «скорее физиологического» или «скорее психологического» содержания НПФ все диспутанты сходятся на том, что развитие нейропсихологии в теоретическом подходе к проблеме «психика и мозг» и в расширении представлений о механизмах формирования клинических синдромов при церебральной патологии требует дальнейшей разработки этого понятия.

Логично поставить вопрос о направленности такой разработки. Что необходимо: расширение и углубление содержания классических лури-

Корсакова Наталья Константиновна — канд. психол. наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии ф-та психологии МГУ. *E-mail:* korsakova.nataly@gmail.com

¹ Разнообразие авторских подходов к определению понятия НПФ представлено в литературе; см., напр., комментарии рецензентов к статье Ю.В. Микадзе и А.А. Скворцова (2007).

евских типов НПФ или формирование новых принципов выделения НПФ как единицы в сочетанном рассмотрении психической деятельности и работающего мозга? В последнем случае нельзя исключить возможность выхода за пределы аналитического структурно-функционального подхода к высшим психическим функциям (ВПФ) (гнозис, праксис, память и т.д.), а также за пределы составляющих их звеньев.

Необходимо в который раз с благодарностью и восхищением сказать о прозорливости А.Р. Лурия. Избегая жестких определений и абсолютизации вводимых понятий (в том числе и понятия НПФ²), он оставил пространство созданного им научного и практического направления открытым для дальнейшего развития.

Во-первых, в концепции А.Р. Лурия факторы являются разновеликими по тем объемам проявлений психики, которые в них включены. В этой разновеликости представлены и такие неделимые по своему содержанию и церебральной локализации факторы, как, например, фонематический слух, и такие многослойные, как, например, регуляция движений и действий. В последний (все чаще обозначаемый как произвольная регуляция деятельности) входят многие субфакторы³: целеполагание, планирование и программирование действий, прогнозируемый образ результата, контроль за выполнением и т.д. Все перечисленные субфакторы соответствуют описанию полифункциональности лобных долей мозга, с работой которых связана произвольная регуляция активности. В луриевских работах многократно подчеркивалась сложность функционала лобных отделов мозга. Достаточно обратить внимание на описание вариантов именно лобного синдрома, а не каких-либо других (Лурия, 1966, 1969). Нельзя исключить, что своеобразным основанием для дифференциации структурных составляющих произвольной регуляции активности послужили единицы описания деятельности в концепции А.Н. Леонтьева, а также работы когнитивистов.

Весь накопленный к настоящему времени арсенал клинических и экспериментальных данных позволяет говорить о выявляемой в онтогенезе относительной самостоятельности перечисленных выше субфакторов произвольной регуляции, а также о парциальности нарушений одних субфакторов и сохранности других при патологии лобных долей (или при гипофронтальности). Имеются данные о соединении субфакторов в динамичные блоки при решении различных по степени конвенциональности задач. Дальнейшему исследованию мозговой организации НПФ произвольной регуляции деятельности с учетом его многослойности способствуют и новые технологии получения данных о работе мозга «in vivo».

² В книгах А.Р. Лурия слово «фактор» встречается редко, но основные идеи о перспективных поисках в отношении НПФ прямо или косвенно просматриваются.

³ Речь идет о взаимозависимости и динамической иерархии функционально объединенных составляющих НПФ.

Во-вторых, актуальность обращения к проблеме НПФ обусловлена необходимостью интеграции концептуального осмысления клинических и экспериментальных феноменов, выявляемых при поражении правого полушария мозга и при нарушениях в церебральных структурах, обеспечивающих межполушарное взаимодействие. В этом контексте значимыми представляются и социокультурные вызовы, в частности академический интерес к роли правой гемисферы в психике и поведении в связи с нейропедагогикой, с проблемами левшества, с увеличением влияния зрительно-перцептивных форм информационного давления среды на психическое отражение.

Системно-синдромное соединение симптомов, наблюдаемых при поражении правого полушария, не полностью коррелирует с верифицированной на моделях патологии левого полушария модульно-градиентной «картой» локального функционального вклада мозговых зон в психическую деятельность, хотя принцип работы левого полушария в горизонтальном векторе от лобных долей к затылочным наблюдается и в правом полушарии. Но межзональная специфика мозговых структур в правом полушарии перекрывается комплексной вовлеченностью разных отделов правой гемисферы в различные психические функции. К тому же, как было показано в работах, начатых еще при жизни А.Р. Лурия, модуль активности правой гемисферы, в отличие от левой, представлен в дихотомии «конвексальные—медиальные» структуры (Московичюте и др., 1980). Из сказанного следует, что требуется поиск новых критериев для выделения НПФ, облигатных собственному вкладу правого полушария мозга в психическую деятельность.

Интересным и важным в этом смысле представляется высказывание А.Р. Лурия о том, что мнестические расстройства при поражении правого полушария проявляются «в памяти на субъективные состояния и непосредственную ориентировку в самом себе» (Лурия, 1974, с. 225). Не менее важным кажется и его указание на значимость массивности захвата патологическим процессом правополушарных структур для проявления расстройств памяти. Безусловно, речь идет не о массе мозга как таковой, а о более целостном по сравнению с левополушарным принципом работы правого полушария. Нельзя не добавить, что в книге о памяти было сказано о перспективе будущих исследований, направленных на описание мозговых механизмов мнестических расстройств при поражениях именно правого полушария мозга.

В качестве третьего луриевского посыла к разработке проблемы НПФ можно считать своеобразное расширение представлений о многозначности симптома нарушения какой-либо психической функции; о том, что сходные по внешним проявлениям симптомы могут возникать при поражении разных зон мозга. В одной из последних аспирантских работ, выполненных под руководством А.Р. Лурия, прозвучала мысль о многозначности не только симптома, но и синдрома. Комплекс

когнитивных и личностных расстройств, возникающих при опухолях мосто-мозжечкового угла, был тогда обозначен как «псевдолобный синдром» в силу его сходства с префронтальным лобным синдромом (Лурия, Мельникова, 1974). Вывод об участии мозжечка в обеспечении психических функций, сделанный по результатам одного нейропсихологического исследования, в то время звучал бы слишком радикально. Даже и сейчас, несмотря на произошедшие за 40 лет существенные изменения во взглядах на проблему «мозжечок и познание» (Зуева и др., 2002), многие специалисты не могут отказаться от классических представлений о роли мозжечка исключительно в моторной (реже сенсомоторной) сфере.

Суть вопроса о церебральной поликаузальности синдрома на современном этапе определяется более диалектичным подходом к пониманию работающего мозга. При сохранении представлений о локальных функциональных вкладах отдельных мозговых структур в психику и поведение внимание уделяется межструктурным взаимодействиям. Наблюдение за ними стало возможным в связи с появлением нейровизуализационных технологий регистрации целенаправленной активности человека. В частности, анатомически и функционально был выделен лобно-мосто-мозжечковый путь. И теперь нет ничего удивительного в том, что при опухолях или инфарктах мозжечка возникает своеобразная «калька» лобного синдрома. Идентичность синдромов при поражении мозговых структур, функционально связанных, но отстоящих далеко друг от друга на карте мозга, открывает фантастические перспективы развития нейронауки. Именно А.Р. Лурия оставил за собой авторское право на термин «псевдолобный синдром».

Всему сказанному соответствует и создание почти в это же время концепции трех функциональных блоков мозга (Лурия, 1973). Именно в этой концепции задан путь движения нейропсихологической мысли. Можно полагать, что, соединив афазии в два класса, а также сгруппировав структуры мозга в три разноуровневых конструкта, А.Р. Лурия отошел от принципа локализации, представленного в его предшествующих работах как НПФ. В концепции трех блоков НПФ теряет четкие очертания и утрачивает важную (особенно для решения практических задач) специфику. Но А.Р. Лурия не становится при этом эквиваленталистом, структурно-функциональные элементы ВПФ и представления об их локализации в мозгу никуда не исчезают. Они лишь иначе осмысливаются как ранее выделенные частные «темы» в целостной «партитуре» ВПФ. Тем самым подчеркивается своеобразная виртуальность присутствия НПФ в церебральной ткани. НПФ может быть рассмотрен в более узком или более широком масштабе включенности в психику. Например, один и тот же НПФ, связанный с работой заднелобных отделов левого полушария мозга, относится либо к «моторным образам слова» (у сторонников локализационизма), либо

к кинетическому обеспечению речевой моторики (Лурия, 1969), либо к построению «схемы последовательности речевого высказывания» (в его синтагматическом строении — см.: Лурия, 1979, с. 305).

Таким образом, конкретное содержательное наполнение понятия НПФ, его более общий или более частный характер в отношении пространства психической деятельности человека зависят от концептуальных представлений о психике и о структурно-функциональной конструкции мозга.

Особое место в работах А.Р. Лурия уделено фактору пространственного анализа и синтеза. Этот НПФ так же многослоен (будучи связан с активностью зоны ТПО, являющейся ассоциативной), как и фактор произвольной регуляции психической деятельности, соотносимый с префронтальными отделами мозга. Однако если о структурных составляющих (субфакторах) последнего многое известно, то пространственный анализ и синтез до настоящего времени недостаточно конкретизированы, а имеющиеся данные о симптомах при нарушении этого НПФ слабо интегрированы, что препятствует разработке синдромов, относящихся к зоне ТПО.

НПФ пространственного анализа и синтеза А.Р. Лурия называет «пространственным», а иногда акцентирует внимание на зрительной модальности и говорит об оптико-пространственном факторе. Столь же неоднозначны и указания на мозговое обеспечение этого НПФ: теменно-затылочные, затылочно-теменные или височно-теменно-затылочные отделы левого полушария мозга. Таким образом, просматривается идея полимодальности этого фактора при его «левополушарной латерализации» (Лурия, 1969, с. 156).

Однако нельзя исключить надмодальную сущность этого фактора в психическом отражении, поскольку А.Р. Лурия неоднократно подчеркивает его ролевой статус, говорит о «синтезе синтезов» или о «симультанности», характеризуя последнюю (вслед за Петцлем) как «превращение последовательного обозрения в одновременную обозримость» (там же). Можно думать и о другом содержании слова «симультанность» в ракурсе тесной связи между «нарушениями гнозиса, семантической стороны речи и ее логико-грамматической структуры» (Лурия, 1979, с. 223). Сказанное о пространственном факторе недостаточно раскрывает сложный по своему составу комплекс субфакторов, входящих в пространственный анализ и синтез. Парадоксально, но именно этому НПФ в текстах А.Р. Лурия уделено совсем немного страниц. Однако представленные на этих страницах идеи о восприятии человеком пространства и (отдельно!) о пространственной организации деятельности, о несимметричности пространства в его геометрических координатах, о вариантах пространственных апрактакнозий, о важности соединения зрительного, кинестетического и вестибулярного (движения головы и глаз) компонентов для раннего онтогенеза отражают многоаспект-

ность содержания пространственного НПФ. Кроме того, отчетливо представлен авторский рефрен о необходимости исследовать синдромы «при различных по локализации поражениях этих (названных выше. — *Н.К.*) отделов мозга и изучить те факторы, которые лежат в их основе» (Лурия, 1969, с. 160).

В последние годы отмечается значительный рост интереса к роли пространственных параметров в человеческом мировосприятии, в частности к культурогенезу представлений о пространстве, сведениям об их архетипичности, к (возможно) генетически заложенным паттернам, объективированным в системе координат и в соответствующих номинациях (Подосинов, 1999). Интересно размышляют о пространстве филологи и лингвисты, пытаясь отразить глобальные процессы категоризации мира в их значении для овладения пространством вещей и явлений в становлении познавательных возможностей индивида и общества, в онтогенезе памяти и мышления (подробнее см.: Кубрякова, 1997).

Осторожная лурьевская формулировка «квазипространство» в отношении внутренней организации индивидуального опыта при описании такой ВПФ, как речь в структурных взаимосвязях ее «узлов» и кодов языка (например, «семантические поля»), в настоящее время утратила метафоричность. Слово «пространство» используется психологами и психоаналитиками в его прямом значении. Свободно говорится о субъективной «географии внутреннего мира» (Широкова, 2005), о «трехмерном пространстве личности» (Братусь, 1996).

Немаловажно, что создается язык описания пространства психики (Кубрякова, 1997) в соединении геометрического подхода И. Ньютона с тезисом Г. Лейбница о пространстве как о порядке сосуществования вещей. Уточняется, что пространство — это всегда целостность в совокупности частей. Дается определение формы объекта как «топологически замкнутой части пространства в виде особого тела»; подчеркивается динамичность пространства на примере локализации и перемещения не только объектов, но и места явления или действия; вводится дихотомия ментальное/физическое пространство (Кубрякова, 1997; Широкова, 2005).

В нейропсихологии на данный момент также накоплено большое количество сообщений о нарушении разнообразных пространственных параметров при решении различных задач пациентами с поражением правой гемисферы. Изложение и систематизация этих данных должны стать предметом специальной работы в качестве одной из первоочередных задач в разработке внутренней структуры пространственного НПФ. Однако для решения этой задачи, как и для дальнейшего проведения клинико-психологических и модельных экспериментов, необходимо определить основные аспекты, в которых может быть рассмотрена представленность в психическом отражении категории «пространство» с учетом лурьевского наследия и новых информационных поступлений.

В качестве предварительных ориентировочных опор для выделения субфакторов в пространственном НПФ можно было бы предложить следующие.

Прежде всего, следуя за А.Р. Лурия, надо разделить гнозис пространства и выполнение деятельности по решению задач, основанных на операциях с пространственными характеристиками объектов. Важно также дифференцированно подойти к таким реалиям, как пространственные признаки (части) внутри объекта и его контуры (форма). В последнем случае могут быть отслежены динамические отношения между фигурой и фоном и в целом значение формы в предметном познании мира. Можно поставить задачу создания методического обеспечения для детального исследования восприятия пространства на основе геометрического подхода и его языка (оси координат, габариты, расстояния, их обобщение и опосредствование в вербальных и невербальных кодах на различных уровнях в познавательных процессах).

Актуальна разработка «устройства» ментального пространства. Здесь привлекают внимание понятие хронотопа, регистры и узлы представленности индивидуального опыта (непосредственные, символизированные, смысловые, эпизодические, семантические и др.). В качестве небесспорных, но важных объектов изучения ментального пространства могут выступить закрепленные в индивидуальном опыте алгоритмы регуляции деятельности. Постановка проблемы хронотопической организации ментального пространства корреспондирует с такими метафорами, как «масштаб личности», и сочетается с луриевским наименованием второго функционального блока мозга в части «хранение информации».

В ответ на такие новые направления в клинической психологии, как психология телесности и психосоматика, представляется адекватным целенаправленное рассмотрение пространственных составляющих соматогнозиса в его мозговой организации в сравнительных онтогенетических и этнокультурных подходах.

Основная идея, позволяющая обобщить сказанное, состоит в том, чтобы минимизировать изучение представленности сенсорных модальностей в пространственном НПФ, показать его «сквозное» системообразующее значение для психики и поведения в целом. «Восприятие пространственных отношений и ориентация в пространстве являются одной из самых комплексных по *своему составу* форм отражения» (Лурия, 1969; курсив мой. — Н.К.).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Братусь Б.С.* Душа и пространство нормы // Энергия. 1996. № 7. С. 39—46.
Зуева Ю.В., Корсакова Н.К., Калашникова Л.А. Нарушение когнитивных функций при изолированных инфарктах мозжечка // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. 2002. № 2. С. 36—48.

Кубрякова Е.С. Язык пространства и пространство языка // Известия РАН. Сер. Литература и язык. 1997. Т. 56. № 3. С. 22—31.

Лурия А.Р. Лобные доли и регуляция поведения // Лобные доли и регуляция психических процессов / Под ред. А.Р. Лурии, Е.Д. Хомской. М., 1966. С. 7—38.

Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. 2-е изд., доп. М., 1969.

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

Лурия А.Р. Нейропсихология памяти. Нарушение памяти при локальных поражениях мозга. Т. 1. М., 1974.

Лурия А.Р. Язык и сознание / Под ред. Е.Д. Хомской. М., 1979.

Лурия А.Р., Мельникова Т.В. О вторичном лобном синдроме при поражениях задней черепной ямки: (К вопросу об использовании регулирующей роли речи для возможностей дифференциального диагноза псевдолобного и лобного синдромов) // Вопр. нейрохирургии. 1974. № 4. С. 56—60.

Микадзе Ю.В., Скворцов А.А. Понятие «фактор» в работах А.Р. Лурии // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. 2007. № 2. С. 104—108; Комментарии рецензентов. С. 109—113.

Московичюте Л.И., Смирнов Н.А., Умрихин А.К., Филатов Ю.М. Клинические синдромы АВА теменных долей мозга // Сосудистые заболевания нервной системы / Под ред. Е.И. Гусева. М., 1980. С. 193—197.

Подосинов А.В. Ex oriente lux! Ориентация по странам света в архаических культурах Евразии. М., 1999.

Широкова О.С. Алиса и поиск утраченного пространства // Моск. психотерап. журн. 2005. № 1. С. 111—123.

М. С. Ковязина, Д. А. Кузнецова

ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА НАРУШЕНИЯ МЕЖПОЛУШАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ МОЗОЛИСТОГО ТЕЛА

На сегодняшний день остается открытым вопрос о качественной специфике нейропсихологических синдромов при различной патологии главной комиссуры мозга — мозолистого тела (МТ). Нами было обследовано 30 больных с различной патологией МТ. Все больные проходили через процедуру фиксированной установки Д.Н. Узнадзе. Анализ результатов показал связь между функционированием фиксированной установки и состоянием левой гемисферы головного мозга. Наиболее выраженные нарушения динамики формирования установки демонстрировали испытуемые с патологией МТ. При этом в стандартном нейропсихологическом обследовании больные с патологией МТ демонстрировали дефицит задних отделов правого полушария. Таким образом, можно говорить не о латерализованном, а о диссоциативном характере синдрома межполушарного взаимодействия.

Ключевые слова: синдромы нарушения межполушарного взаимодействия, мозолистое тело, фиксированная установка в гаптической сфере.

Today the nature of neuropsychological syndromes in various corpus callosum (CC) pathology remains an open question. We have examined 30 subjects with CC pathology. All subjects performed the procedure of fixed set by D.N. Uznadze. The analysis of the results demonstrated connection between fixed set functioning and condition of left hemisphere and access to it. The most prominent impairment of set forming dynamics was demonstrated by the subjects with CC pathology. However these subjects have also demonstrated posterior right hemisphere deficit in standard neuropsychological examination. Thus, we can conclude the dissociative nature of the interhemispheric impairment syndrome.

Key words: interhemispheric impairment syndromes, corpus callosum, fixed haptic set.

Межполушарное взаимодействие как проблема нейропсихологии до сих пор остается менее разработанной, чем проблема межполушарной функциональной асимметрии, вследствие того, что функциональная асимметрия полушарий рассматривается как особое проявление

Ковязина Мария Станиславовна — канд. психол. наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии ф-та психологии МГУ. *E-mail:* kms130766@mail.ru

Кузнецова Дарья Алексеевна — аспирант кафедры нейро- и патопсихологии ф-та психологии МГУ, лаборант НЦ неврологии РАМН. *E-mail:* kuznetsova.darja@gmail.com

межполушарных отношений. Собрано много экспериментальных и клинических данных о функциональной специфичности левого и правого полушарий в отношении разных психических функций, что выражается в уточнении особенностей полушарных нейропсихологических синдромов, а значит, и в содержательном наполнении понятия «полушарные факторы». Сегодня уже имеются сложившиеся представления относительно стратегий работы левого и правого полушарий мозга. Эти стратегии могут трактоваться как «полушарные факторы» (Хомская, 1986).

Основной теоретической концепцией отечественной нейропсихологической школы служит теория системной динамической мозговой локализации высших психических функций (Выготский, 1960; Лурия, 1969), в рамках которой важнейшими принципами работы мозга являются функциональная связь между полушариями и принцип доминантности в их совместной деятельности. Однако пока остаются мало понятными характер динамичности межполушарного взаимодействия и изменение роли каждого из полушарий в этом взаимодействии при выполнении разных видов психической деятельности. «...Неясно, как конкретно проявляется нарушение межполушарного взаимодействия, каких функций оно касается, какова зависимость его от латерализации и локализации поражения, каковы пути его изучения» (Трауготт, 1986, с. 14). Неясна и роль мозгового субстрата, обеспечивающего это взаимодействие, а также то, как оно нарушается при патологии комиссуральной системы¹, и в первую очередь *мозолистого тела* (МТ).

Раскрытие нейропсихологических механизмов функционирования комиссуральной системы мозга, ее вклада в реализацию любой психической функции — важная задача современной нейропсихологии. Хотя нейропсихологи давно говорят о существовании «фактора межполушарного взаимодействия» (Хомская, 1987), это понятие пока недостаточно наполнено конкретным содержанием. Остается открытым вопрос о качественной специфике нейропсихологических синдромов при различной патологии МТ. Будут ли они принципиально отличаться от полушарных синдромов? Или они окажутся отчасти сходными с полушарными синдромами и вместе с общими симптомами будут включать ряд специфических черт?

Единственный известный синдром нарушения межполушарного взаимодействия — это синдром «расщепленного мозга» (*split-brain*), описанный в исследованиях пациентов с хирургическим рассечением МТ (для предотвращения генерализации эпилептических припадков) (Газзанига, 1999; Sperry, 1964). И хотя координирующая роль МТ была

¹ Под комиссуральной системой мы понимаем комиссуральные структуры разного уровня, где каждый уровень интегрируется в более высокий, «...продолжая уже в свернутой форме подконтрольно обеспечивать базовые свои функции» (Семенович, 2001, с. 97). Главная мозговая комиссура системы — МТ.

известна давно, интерес к изучению его функций резко усилился под влиянием этих исследований. Перерезка МТ приводит к возникновению специфических расстройств. Отличительной особенностью этих расстройств считается их латерализованный характер, который заключается в проявлении функциональной специализации полушарий мозга, выражающейся в утрате способности к выполнению функций, специфичных для другого полушария (Симерницкая, 1989). В частности, такие больные не могут назвать предмет, информация о котором поступает в правое полушарие, и не имеют таких затруднений при поступлении информации в левое полушарие.

В современных зарубежных и отечественных исследованиях изучение нарушений межполушарного взаимодействия проводится не только на модели «расщепленного мозга», но и на моделях различных патологий комиссур мозга, в первую очередь МТ. Авторы этих исследований сразу столкнулись с проблемой сравнения выявленных ими нарушений психических функций с синдромом «расщепленного мозга». Как правило, такие исследования проводятся в формате *case-study* и их результаты весьма противоречивы, что приводит к многочисленным дискуссиям о функциональной роли МТ и о специфике синдромов при его патологии. Специфика синдромов может быть связана, во-первых, с различными индивидуальными проявлениями компенсаторных механизмов, которые детерминируют выявляемые нарушения; во-вторых, с достаточным разнообразием исследуемых пациентов (чаще всего испытуемые, описанные разными исследователями, различаются по возрасту, уровню развития и сопутствующим патологиям); в-третьих, с тем фактом, что, как и любые другие нарушения психической деятельности, нарушения, наблюдаемые при патологии МТ, носят вероятностный характер. Однако именно эти исследования открывают дорогу более тщательному и внимательному лонгитюдному наблюдению таких испытуемых, поскольку, именно рассматривая ход развития психической деятельности при патологии МТ, можно обнаружить закономерности, недоступные для изучения посредством анализа групп испытуемых.

Большинство исследователей приходят к выводу, что синдромы патологии МТ должны отличаться от синдрома «расщепленного мозга» при комиссуротомиях, так как необходимо учитывать компенсаторные механизмы, действующие либо с рождения, либо на протяжении заболевания. Тем не менее результаты выполнения заданий, требующих межполушарного переноса, показывают, что, какие бы компенсаторные (альтернативные) пути межполушарного взаимодействия ни были доступны мозгу, испытуемые с патологиями МТ все-таки отличаются от здоровых испытуемых и имеют общие симптомы (но разной степени выраженности) с комиссуротомированными больными. Это доказывает, что у компенсации есть свой предел. Например, ряд авторов считают, что выполнение сложных заданий на бимануальную координацию (осо-

бенно без зрительного контроля) остается дефицитарным у больных как с комиссуротомией, так и с агенезией МТ (Geffen et al., 1994; Jeeves et al., 1988; Silver, 1994). Описываемая этими исследователями диссоциация включает в себя симптомы, связанные с дисфункцией передних фронтальных отделов (что проявляется в нарушении выполнения особых моторных проб, требующих координации рук), а также задних теменно-затылочных областей (в этих исследованиях отчетливо выявляются конструктивно-пространственные трудности) (Lassonde, 1994).

На сегодняшний день можно уже говорить не о латерализованном, а о диссоциативном характере симптомов, входящих в синдром «межполушарного невзаимодействия». Выявить эту диссоциацию нам позволили результаты нашего исследования. Было обследовано 30 взрослых больных с различной патологией МТ в возрасте от 24 до 70 лет. Среди них были больные с полной и частичной агенезией МТ, с гипоплазией МТ, с кистой МТ (в других отделах мозга кист не было). Во всех случаях проводилась верификация патологии МТ с помощью МРТ.

В неврологическом статусе обследованных не отмечалось отчетливых знаков очагового поражения ЦНС, однако выявлялась негрубая неврологическая симптоматика: мышечная гипотония, признаки гидроцефального синдрома в стадии субкомпенсации, отсутствие или снижение конвергенции.

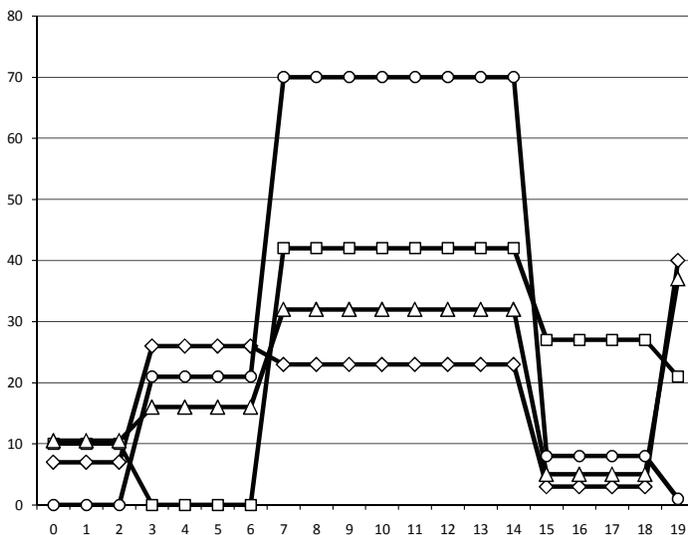
При **комплексном клиничко-нейропсихологическом обследовании** у всех больных обнаруживались негрубые нарушения высших психических функций (ВПФ). Чаще всего отмечались нарушения зрительно-пространственных функций: структурно-топологические ошибки при копировании и воспроизведении по памяти сложных геометрических фигур типа фигуры Рея; левостороннее игнорирование или тенденция к нему; дисметрические ошибки (± 5 мин., ± 1 час) при определении времени по «немым» часам; фрагментарные ошибки при узнавании недорисованных контурных изображений предметов; трудности рисования 3-мерных изображений (куба, домика). Интересно отметить, что, в отличие от комиссуротомированных больных, у наших испытуемых не было выявлено никакой разницы при копировании и рисовании правой и левой рукой. У всех больных отмечались негрубые, но отчетливые нарушения памяти по модально-неспецифическому типу. Они возникали из-за патологически повышенной тормозимости следов в условиях интерференции. В слухоречевой модальности встречались ошибки удержания порядка элементов стимульного ряда, а в зрительной модальности у некоторых испытуемых отмечалось зеркальное воспроизведение исходного стимульного ряда или отдельных стимулов. В пробах на тактильный гнозис (доска Сегена) испытуемый должен был без зрительного контроля ощупать фигурку одной рукой, а соответствующую ей ячейку найти другой рукой. В этом задании у некоторых испытуемых отмечалось своеобразное название фигурок (например, «половина солнышка»), ощупываемых

левой рукой, и ошибочное отыскивание ячеек тоже чаще левой рукой. Праксис, речь и мышление у большинства испытуемых были сохранены. Интересно, что при составлении рассказов по сюжетным картинкам некоторые больные не сразу улавливали ситуационный контекст. Таким образом, выявленная симптоматика может свидетельствовать о дисфункции глубинных структур мозга с вовлечением в патологический процесс задних отделов правого полушария.

Все испытуемые прошли через **экспериментальную процедуру фиксированной установки** (Д.Н. Узнадзе). Их результаты сравнивались с результатами 38 больных с патологией левого (19) и правого (19) полушарий головного мозга (Ковязина, Кузнецова, 2011). При обработке результатов использовалось распределение количества иллюзий среди испытуемых. Были выделены следующие группы: 0—6 — «мало» иллюзий, 7—14 — «среднее количество» и 15—20 — «много» иллюзий.

Анализ графиков распределения количества иллюзий показал, что здоровые испытуемые демонстрируют значимо большее количество иллюзий в левой руке и у 69% из них наблюдается «среднее» количество иллюзий. При патологии головного мозга (правого или левого полушария и МТ) разница между руками нивелируется за счет увеличения количества иллюзий в правой руке; процент испытуемых со «средним» количеством иллюзий резко уменьшается (особенно при патологии МТ) и возрастает процент больных, демонстрирующих «много» иллюзий. Это говорит о том, что не происходит переключения с выработанной программы действия на новую, актуальную в изменившейся ситуации. Из-за того, что нарушается связь между передними и задними отделами, выработанный передними отделами стереотип продолжает инертно воспроизводиться, становится косным. Требуется больше времени, чтобы переключиться на новый способ выполнения. Эти проявления очень похожи на системные персеверации, описанные А.Р. Лурия (1969) при поражениях премоторных отделов левого полушария головного мозга.

Анализ графиков, отражающих качественное изменение процесса формирования фиксированной установки в группах испытуемых, позволяет связать феномен установки с состоянием активности левой гемисферы головного мозга и с ее поддержкой со стороны МТ. График динамики формирования установки в правой руке всегда повторяет конфигурацию усредненного графика обеих рук. Именно при предъявлении большого шара в правую руку в патологии наблюдается наибольший прирост количества иллюзий. При этом, несмотря на тот факт, что доминантным для осуществления фиксированной установки является левое полушарие, наиболее выраженные нарушения динамики формирования установки демонстрировали испытуемые с патологией МТ. Если усредненный график лево- и правополушарных больных имел тенденцию к схожести с конфигурацией графика нормального распреде-



Динамика формирования установки у здоровых испытуемых (круг), больных с поражениями левого (треугольник) и правого (квадрат) полушарий головного мозга и больных с патологией мозолистого тела (ромб)

ления, то усредненный график динамики установки у больных с патологией МТ принципиально отличался от нормы (рисунок). Это позволяет сделать вывод о том, что важную роль в процессах установки играет не столько доминантность левого полушария, сколько межполушарное взаимодействие, обеспечиваемое интактным МТ. Можно говорить о том, что патология МТ приводит к дефицитности в сфере, доминантной для которой является левое полушарие. Значит, можно предположить, что в норме МТ усиливает активность полушария, ведущего для данной деятельности. Но тогда правомерен вопрос: откуда у МТ информация о латерализации функций?

Таким образом, одни и те же больные демонстрируют дефицит глубинных структур, задних отделов правой гемисферы и передних отделов левой гемисферы головного мозга. Диссоциативный характер симптомов при патологии МТ отмечается и в экспериментальных зарубежных исследованиях различных психических функций. Зарубежные коллеги отмечают диссоциативный характер нарушений в моторной, тактильной и зрительно-пространственной сферах (Geffen, Nilsson et al., 1994; Jeeves et al., 1988; Lassonde, 1994).

Все эти данные позволяют сделать предположение, что у МТ может быть несколько ролей. Первая связана с регуляцией энергетического обеспечения полушарий (или только левого полушария?) головного

мозга; вторая — с обеспечением связей не столько между гомотопическими областями полушарий, сколько между ассоциативными зонами коры головного мозга. Эти предположения требуют дальнейшей экспериментальной проверки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Выготский Л.С.* Развитие высших психических функций. М., 1960.
- Газзанига М.* Расщепленный человеческий мозг // Хрестоматия по нейропсихологии / Под ред. Е.Д. Хомской. М., 1999. С. 128—132.
- Ковязина М.С., Кузнецова Д.А.* Феномен фиксированной установки при нарушениях межполушарного взаимодействия // Психологическое развитие современного человека в аспекте клинической психологии: Мат-лы Всерос. науч.-практ. конф. Челябинск, 2011. С. 59—60.
- Лурия А.Р.* Высшие корковые функции человека. М., 1969.
- Семенович А.В.* Актуальные проблемы нейропсихологической квалификации отклоняющегося развития // Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста: Учеб. пособие / Под ред. Л.С. Цветковой. М.; Воронеж, 2001. С. 84—137.
- Симерницкая Э.Г.* Нейропсихологическая диагностика нарушений памяти при поражениях мозолистого тела // Новые методы нейропсихологического исследования / Под ред. Е.Д. Хомской и др. М., 1989. С. 159—175.
- Трауголт Н.Н.* Межполушарное взаимодействие при локальных поражениях головного мозга // Нейропсихологический анализ межполушарной асимметрии мозга / Под ред. Е.Д. Хомской. М., 1986. С. 14—22.
- Хомская Е.Д.* Проблема факторов в нейропсихологии // Нейропсихологический анализ межполушарной асимметрии мозга / Под ред. Е.Д. Хомской. М., 1986. С. 23—33.
- Хомская Е.Д.* Нейропсихология. М., 1987.
- Geffen G., Jones D., Geffen L.* Interhemispheric control of manual motor activity // Behavioral Brain Research. 1994. Vol. 64. N 1. P. 131—140.
- Geffen G.M., Nilsson J., Simpson D.A., Jeeves M.A.* The development of interhemispheric transfer of tactile information in cases of callosal agenesis // Callosal agenesis: A natural split brain? / Ed. by M. Lissone, M.A. Jeeves. N.Y., 1994. P. 185—198.
- Jeeves M.A., Silver P.H., Jacobson I.* Bimanual co-ordination in callosal agenesis and partial commissurotomy // Neuropsychologia. 1988. Vol. 26. N 6. P. 833—850.
- Lissone M.* Disconnection syndrome in callosal agenesis // Callosal agenesis: A natural split brain? / Ed. by M. Lissone, M.A. Jeeves. N.Y., 1994. P. 275—284.
- Silver P.H.* Motor coordination in callosal agenesis // Callosal agenesis: A natural split brain? / Ed. by M. Lissone, M.A. Jeeves. N.Y., 1994. P. 207—219.
- Sperry R.W.* The great cerebral commissure // Scientific American. 1964. Vol. 210. P. 42—52.

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».

Ж. М. Глозман

О СУБЪЕКТНОСТИ ЛУРИЕВСКОЙ НЕЙРОПСИХОЛОГИИ

Статья определяет и анализирует понятие субъектности нейропсихологии, его связь с культурно-исторической психологией, историческую закономерность развития субъектной нейропсихологии для творчества А.Р. Лурия и значение этого подхода для эффективного развития нейропсихологии.

Ключевые слова: луриевский подход в нейропсихологии, динамика исследования взаимодействия мозга и поведения, культурно-историческая психология, детская нейропсихология.

The paper determines and analyzes the term subject oriented neuropsychology, its relations to the cultural-historical theory, its conformity to the main features of Luria's work and its value for efficient development of neuropsychology.

Key words: Lurian neuropsychology, dynamics in the studies of brain-behavior relations, cultural-historical psychology, child neuropsychology.

35 лет мы живем без Александра Романовича Лурия, но и у меня, и у многих моих коллег остается ощущение, что мы с ним говорили только вчера. Его «участие» в мировой психологии и влияние на нее не только сохраняются, но и возрастают; список работ о нем и со ссылками на него, опубликованный в 2002 г. на луриевском сайте (<http://luria.ucsd.edu>) за период после смерти ученого, содержит более 1300 (!) единиц.

Чем объяснить этот удивительный феномен? Я полагаю, что *уникальность луриевского подхода* во всех областях психологического исследования, и в первую очередь в нейропсихологии, заключается в ее субъектности. Этот термин в психологическом смысле исходит из понимания субъекта как действующего, активного начала любой деятельности и как «продукта культурно-исторического развития форм и способов общественной деятельности людей... Веществу природы человек сам противостоит как сила природы» (Психологический словарь, 1983, с. 360)¹.

Луриевский нейропсихологический анализ всегда *обращен не на болезнь* (ее форму, степень, функциональные и когнитивные расстрой-

Глозман Жанна Марковна — докт. психол. наук, профессор, вед. науч. сотр. лаборатории нейропсихологии ф-та психологии МГУ. *E-mail:* glozman@mail.ru

¹ Автор осознанно выбрала для этого определения Психологический словарь, в создании которого А.Р. Лурия принимал непосредственное участие и был одним из его редакторов.

ства), а на *больного* — на его личный опыт, восприятие болезни и понятие о здоровье, на его копинг-стратегии и установки, самооценку и социальные взаимодействия (даже если все это выражалось в то время в другой терминологии). Важно, что при применении луриевских методов больной всегда является субъектом, а не объектом тестирования.

Выдвигая личность пациента в качестве основного системообразующего и целеполагающего фактора диагностики и реабилитации, можно понять, почему два пациента с приблизительно одинаковой степенью выраженности одного и того же заболевания, сходным лечением и динамикой симптомов разительно отличаются друг от друга по характеру эмоционального реагирования на свое состояние и вследствие этого по качеству жизни — как собственной, так и ближайших родственников. Субъектность нейропсихологического анализа возможна только при применении луриевского принципа *диалогового и гибкого взаимодействия с больным*, создания и исследования возможностей коррекции дефектов уже в ходе диагностики, что имеет первостепенное значение для стратегии реабилитации и прогноза ее успешности.

Разработка субъектного подхода в нейропсихологии была возможна потому, что А.Р. Лурия «постоянно работал на стыке наук: психологии и медицины, психологии и физиологии, психологии и философии, физиологии и языковедения и т.д. ...По стилю научной работы Александр Романович был не узким, а широким (синтетическим) типом ученого, сродни ученым эпохи Возрождения» (Хомская, 1997, с. 219). И это позволило ему создать «метатеорию психологических функций» (Таппер, 1998, с. 59), «единую теорию мозговых и психических функций» (Месасси, 2005, р. 816). Создание этой теории восходит к первой книге «Проблемы реальной психологии» (1922), где А.Р. Лурия сформулировал *принцип и задачу психологического исследования* — «изучить человека как цельный биологический, социальный и психологический комплекс» (Лурия, 2003, с. 296). «Безнадежно искать источник свободного действия на высотах духа или в глубинах мозга. Идеалистический подход феноменологии так же безнадежен, как и позитивистский подход натуралистов. Чтобы найти источник свободного действия, надо выйти за пределы организма — не в интимную сферу духа, а в объективные формы общественных отношений» (Luria, 1966, р. 96). «Так, развитие речи — одна из первых тем исследований молодого Лурия — никогда не рассматривалось им как анатомическое развитие “речевых зон” мозга, но как результат обмена значениями между матерью и ребенком как способа взаимодействия между ними, или “betweenness”, и это — необходимое условие структурализации и развития нейролингвистических систем мозга» (Sacks, 1990, р. 188).

Иначе говоря, задача психологического, и в частности нейропсихологического, анализа — показать, как в *результате взаимопроникновения*

социального, культурного и биологического возникают новые функциональные системы, отражающие высшие уровни сознательной деятельности. Как заметил М. Коул (1998), этот подход, по сути, перефразирует основные положения культурно-исторической психологии. Близок к этому и выдвинутый Л.С. Выготским принцип экстракортикального формирования высших психических функций (ВПФ), развиваемый в работах Дж. Брунера (Bruner, 2005), Б. Котик (Kotik-Friedgut, 2006) и др.

Некоторые думают, что такой подход характеризует только монографические описания больных, названные впоследствии «романтической психологией». Это неверно. Романтизм А.Р. Лурия — это *интерес к субъективному содержанию психических функций*, к жизненным обстоятельствам конкретного человека, объединяющий его работы с современной гуманистической психологией (Good, 2000). «Правильно проведенное наблюдение достигает и основной классической цели научного исследования — объяснения фактов, — и одновременно не теряет из вида и романтическую цель — сохранение многообразного богатства материала» (Лурия, 1982, с. 171).

Субъектный подход не исключает синдромного и метасиндромного анализа при различных формах и этиологиях нарушений ВПФ (и такие исследования успешно продолжаются и сейчас, о чем, в частности, свидетельствует ряд статей этого выпуска), однако эти задачи в настоящее время не являются, по моему мнению, центральными и отражающими силу и возможности луриевской нейропсихологии. Это мнение основывается на анализе динамики развития мировой нейропсихологии (Глозман, 2002а) как континуума, включающего *три взаимосвязанных и взаимоперекрывающих этапа*: от акцента на роли отдельных мозговых структур в осуществлении психической деятельности (и на этом этапе и А.Р. Лурия, и многие другие отечественные и зарубежные нейропсихологи считали нейропсихологию областью медицины) к сдвигу фокуса внимания с вопросов мозговой локализации на проблемы психологической структуры и организации высших психических функций и, наконец, на третьем этапе к акценту на изучение взаимодействий субъекта с нарушениями или несформированностью ВПФ с окружающими его людьми и факторами жизнедеятельности, на анализ влияний этих факторов, общества и ближайшего окружения на прогрессирующее, регресс и профилактику болезни (или ее рецидива), анализ социальных потребностей и взаимодействий больного и возможностей их реализации, т.е. успешной адаптации (реадаптации) в обществе. Эти этапы — не отрезки в континууме развития нейропсихологического мышления и инструментария, а основные тенденции в направленности исследований, не имеющие четких начальных и конечных границ.

Для мировой нейропсихологии дальнейшее развитие субъектного луриевского подхода выразилось в появлении на третьем этапе *новых*

разделов нейропсихологии, таких, как нейропсихология повседневной жизни (The neuropsychology..., 1990), нейропсихология личности (Глозман, 2002б; Prigotano, 2009), кросс-культурная нейропсихология (Uzzell et al., 2002), а также изучение и развитие методов опосредствования на разных этапах нормального и аномального онтогенетического развития (Глозман, 2009а; Корсакова, Балашова, 1995).

А.Р. Лурия заложил субъектный подход и в *детской нейропсихологии*. Структура дефекта (сочетание сильных и слабых сторон психического функционирования ребенка) не может быть понята и эффективно скорректирована, если не проанализировать мотивационно-личностные составляющие деятельности ребенка. В совместной статье с А.Н. Леонтьевым и А.А. Смирновым А.Р. Лурия писал: «Исследующий должен обращать внимание на характер интеллектуальной деятельности ребенка, на установление того, как относится ребенок к предъявленной ему задаче, включает ли он в решение предварительную ориентировку в ее условиях (сохранна ли у него “ориентировочная основа действия”) или приступает к решению без нужного анализа этих условий, давая непосредственные ответы, на которые его толкают частично выделенные им элементы условий. Детальное психологическое исследование ребенка, ставящее своей задачей уточнение причин его отставания, не может ограничиваться применением специальных приемов изучения познавательных процессов и речевой деятельности ребенка. Все эти исследования должны протекать на фоне более полного изучения личности и анализа той системы отношений к родителям, к учителю, к классу, которые сложились в процессе его жизни» (Леонтьев и др., 1968, с. 72). Кроме того, только *включение в нейропсихологическое обследование элементов обучения*, т.е. работа в зоне ближайшего развития ребенка, позволяет правильно его диагностировать и разработать стратегию его коррекции (Лурия, 1962; Проблемы..., 1956, 1958). Эти положения получили дальнейшее развитие в отечественной детской нейропсихологии (Ахутина, Пылаева, 2008; Глозман, 2009б; Микадзе, 2008).

Таким образом, только осознавая А.Р. Лурия как общего психолога-методолога, одного из основателей и творцов «полифонического романа» (Асмолов, 1998, с. 5) культурно-исторической психологии — сквозной темы всех его исследований на протяжении более полувека, можно по-настоящему оценить его вклад в нейропсихологию и все другие области психологии и понять, почему А.Р. Лурия в такой степени влияет на науку и поныне (Luria's legacy..., 2009). «Для того чтобы понять, кем был Лурия на самом деле, даже если ваш профессиональный интерес целиком лежит в области нейропсихологии, необходимо в первую очередь посмотреть на него как на культурно-исторического психолога, приверженца своеобразной и необычной парадигмы, которая приобрела множество сторонников по всему миру за время, которое

прошло со смерти Лурия» (Коул, 1998, с. 32). Принятие, сохранение и углубление этой парадигмы — залог плодотворного развития и международного авторитета отечественной нейропсихологии, но это еще и залог того, что нейропсихология будет продолжать развиваться *как раздел психологии*, а не возвращаться назад к эпохе, когда она считалась областью медицинской науки. На том этапе работа с больным как с личностью представляла собой гуманистическую, антропологическую установку отдельных врачей и медицинских психологов. Для современного нейропсихолога как представителя науки, изучающей проблемы «субъективного психического мира» (Психологический словарь, 1983, с. 291), такой подход является единственно возможным.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Асмолов А.Г.* Мир А.Р. Лурия и культурно-историческая психология // I Междунар. конф. памяти А.Р. Лурия: Сб. докл. / Под ред. Е.Д. Хомской, Т.В. Ахутиной. М., 1998. С. 5—7.
- Ахутина Т.В., Пылаева Н.М.* Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход. М., 2008.
- Глоzman Ж.М.* Культурно-исторический подход как основа нейропсихологии XXI века // Вопр. психологии. 2002а. № 4. С. 62—68.
- Глоzman Ж.М.* Общение и здоровье личности. М., 2002б.
- Глоzman Ж.М.* Формы и методы опосредствования в нейропсихологической реабилитации и коррекции // Психол. журнал. 2009а. Т. 30. № 4. С. 87—91.
- Глоzman Ж.М.* Нейропсихология детского возраста. М., 2009б.
- Корсакова Н.К., Балашова Е.Ю.* Опосредование как компонент саморегуляции психической деятельности в позднем возрасте // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. 1995. № 1. С. 18—22.
- Коул М.* Александр Лурия, культурно-историческая психология и разрешение кризиса в психологии // I Междунар. конф. памяти А.Р. Лурия: Сб. докл. / Под ред. Е.Д. Хомской, Т.В. Ахутиной. М., 1998. С. 29—36.
- Леонтьев А.Н., Лурия А.Р., Смирнов А.А.* О диагностических методах психологического исследования школьников // Советская педагогика. 1968. № 7. С. 65—77.
- Лурия А.Р.* Об изменчивости психических функций в процессе развития ребенка // Вопр. психологии. 1962. № 3. С. 15—22.
- Лурия А.Р.* Этапы пройденного пути: Научная автобиография. М., 1982.
- Лурия А.Р.* Принципы реальной психологии. О некоторых тенденциях современной психологии (1922) // Лурия А.Р. Психологическое наследие: Избранные труды по общей психологии / Под ред. Ж.М. Глоzman, Д.А. Леонтьева, Е.Г. Радковской. М., 2003. С. 295—384.
- Микадзе Ю.В.* Нейропсихология детского возраста. М., 2008.
- Психологический словарь / Под ред. В.В. Давыдова, А.В. Запорожца, В.П. Зинченко, Б.Ф. Ломова, А.Р. Лурия, А.М. Матюшкина, А.В. Петровского. М., 1983.
- Проблемы высшей нервной деятельности нормального и аномального ребенка / Под ред. А.Р. Лурия. Т. 1. М., 1956; Т. 2. М., 1958.
- Татнер Д.Е.* Продолжающееся влияние идей Лурия на североамериканскую нейропсихологию: теория и ее применение // I Междунар. конф. памяти А.Р. Лурия: Сб. докл. / Под ред. Е.Д. Хомской, Т.В. Ахутиной. М., 1998. С. 53—60.
- Хомская Е.Д.* Александр Романович Лурия // Выдающиеся психологи Москвы / Под ред. В.В. Рубцова, М.Г. Ярошевского. М., 1997. С. 217—231.

- Bruner J.* Preface // A.R Luria and contemporary psychology: Festschrift celebrating the centennial of the birth of Luria, / Ed. by T.V. Akhutina T.V. et al. N.Y., 2005. P. xi–xiii.
- Good S.R.* A.R. Luria: A humanistic legacy // J. of Humanistic Psychology. 2000. Vol. 40. N 1. P. 17–32.
- Kotik-Friedgut B.* Development of the Lurian approach: A cultural neurolinguistic perspective // Neuropsychology Rev. 2006. Vol. 16. N 1. P. 43–52.
- Luria A.R.* Human brain and psychological processes. N.Y., 1966.
- Luria's legacy in the 21st century / Ed. by A.-L. Christensen, E. Goldberg, D. Bougakov. Oxford Univ. Press, 2009.
- Mecacci L.* Luria: A unitary view of human brain and mind // Cortex. 2005. Vol. 41. P. 816–822.
- Prigatano G.* Neuropsychological foundations of human personality and Luria's legacy // Luria's legacy in the 21st century / Ed. by A.-L. Christensen, E. Goldberg, D. Bougakov. Oxford Univ. Press, 2009. P. 62–84.
- Sacks O.* Luria and «romantic science» / Contemporary neuropsychology and the legacy of Luria / Ed. by E. Goldberg. Hillsdale, NJ, 1990. P. 181–194.
- The neuropsychology of everyday life: Assessment and basic competences / Ed. by D.E. Tupper, K.D. Cicerone. Boston, 1990.
- Uzzell B., Pont' on B., Ardila A.* International handbook of cross-cultural neuropsychology. Mahwah, NJ, 2002.

Е. Т. Соколова

КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКАЯ И КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПЕРСПЕКТИВА ИССЛЕДОВАНИЯ ФЕНОМЕНОВ СУБЪЕКТИВНОЙ НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ

В статье анализируются некоторые социокультурные предпосылки и личностные predispositions, обуславливающие современное многообразие проявлений феноменов субъективной неопределенности и двойственности. Подчеркивается, что для создания «реальной клинической психологии» (термин А.Р. Лурия) необходимо прослеживание связи между ресурсными и психопатологическими аспектами феноменов субъективной неопределенности и современной культурной средой с ее деструктивными идеалами, мифологемами, манипулятивными медиатехнологиями и все пронизывающей идеей деконструкции. Сравниваются способы моделирования переживания неопределенности в экспериментальной ситуации, патопсихологическом обследовании и проективной психодиагностике. Приводится аргументация в пользу трактовки дефицитарных проявлений субъективной неопределенности как диагностического критерия глубины личностного расстройства.

Ключевые слова: феномены субъективной неопределенности; социокультурные, личностные и клинические предпосылки; экспериментальное моделирование; индивидуально-стилистические особенности трансформации; проективная парадигма; пограничная личностная организация и психопатология.

The article analyzes certain socio-cultural and personal predispositions, which determine the modern diversity of displays of subjective uncertainty and ambiguity. The importance of understanding the relations between the resourceful and the psychopathological aspects of the ambiguity phenomenon and the cultural environment with its destructive ideals and mythologems, manipulative media-technologies and all-pervading idea of deconstruction is stressed for the creation of “realistic clinical psychology” (in terms of A.R. Luria). Methods for modeling the experiences of ambiguity in experimental settings, in pathopsychological examination and in projective psychological diagnostics are put in comparison. The arguments are adduced for the interpretation of deficient manifestations of subjective uncertainty and ambiguity as a criterion for diagnostics of the severity of personality disorder.

Key words: subjective uncertainty and ambiguity phenomena; socio-cultural, personal and clinical predispositions; experimental modeling; individual styles of ambiguity transformations; projective paradigm; borderline personality structure and psychopathology.

Соколова Елена Теодоровна — докт. психол. наук, профессор кафедры нейро- и патопсихологии ф-та психологии МГУ. *E-mail:* etsokolova@pochta.ru

Одним из главных следствий применения в психологии культурно-исторического подхода Л.С. Выготского, А.Р. Лурия, А.Н. Леонтьева стало изучение структуры психического исходя из общественных и культурных условий, запросов и строения практической предметной деятельности. Как показал А.Р. Лурия в своей ранней и широко известной работе «Культурные различия и интеллектуальная деятельность», познавательная деятельность, вытекающая из непосредственного практического опыта, и деятельность, опосредствованная «логическими кодами», будут иметь разное строение и будут по-разному эффективны в зависимости от условий и предметного содержания познавательной задачи (Лурия, 2001). Была сформулирована проблема, на долгие годы определившая направление теоретических и экспериментальных исследований отечественной психологии: посредством каких психологических механизмов культурная ситуация изменяет структуру и организацию интеллектуальной деятельности, каковы конкретные психологические механизмы и закономерности осуществления процесса интериоризации в норме и патологии. Как известно, исследования школы Л.С. Выготского привели к формулировке ряда основополагающих теоретико-методологических положений о системном строении сознания, его знаково-символическом опосредствовании, структуре и функционировании «житейских» и «научных» понятий, о возрастной динамике высших психических функций и их строения, о патологии развития личности.

Культурно-историческая парадигма, разработанная школой Л.С. Выготского, привлекает внимание к общественным условиям как медиаторам нормального и патологического психического развития, кризисным ситуациям, роли общения и тем самым задает новую теоретическую модель психического, методологию эксперимента в психологии вообще и в клинической психологии в частности (Выготский, 1982). Особый интерес А.Р. Лурия вызывала область изучения аффективных конфликтов и «комплексов» объективными методами. Так, благодаря широко применявшейся им плетизмографической методике стала доступной измерению смысловая структура сознания, а впоследствии были выявлены и некоторые условия, влияющие на развитие, содержание и изменение широты семантических систем. Им же был разработан такой прием моделирования этих изменений в экспериментальной ситуации, как варьирование инструкции, стимульного материала, внутреннего эмоционального состояния, мотивации и установок обследуемого (Лурия, 2003а). Таким образом, экспериментально доказывалась зависимость смыслового содержания психического (в том числе актуально не репрезентированного сознанию) от уровня культурного развития, этнических условий, профессиональной подготовки, а также от специфики культурных средств, используемых в качестве медиаторов.

В своих размышлениях о будущем так называемой «реальной психологии» А.Р. Лурия подчеркивал важность изучения макро- и микросоциальных влияний (классовой и партийной ангажированности, религиозности, групповой принадлежности и проч.), формирующих содержательные и структурно-функциональные особенности индивидуальной психической жизни: «...в реальном человеческом мышлении мы всегда находим ряд изменений и “извращений”, которые находятся в прямой зависимости от влияния социальной среды» (Лурия, 2003б, с. 324). Он утверждал также, что психология, полностью абстрагирующаяся от конкретных обстоятельств жизни индивида, рискует превратиться в догму, схему, фикцию; следовательно, «реальная психология» должна стремиться к синтезу номотетического и идиографического принципов исследования (там же, с. 314) и в идеале отказаться от позитивистской (чисто искусственной, «стерильной») модели эксперимента; она должна учитывать роль индивидуальных биографий и условий развития, конкретных социальных ситуаций и коммуникативных контекстов как в прошлом опыте субъекта, так и в моделируемых здесь и теперь условиях клинического обследования и общения с психологом.

Для клинических психологов уже более или менее очевидна связь между современной культурой (философией, искусством, кинематографией, стилем жизни) с ее деструктивными идеалами и мифологемами, манипулятивными медиатеchnологиями и все понижающей идеей «деконструкции» и разными гранями социокультурного феномена субъективной неопределенности. С точки зрения современных социологов и культурологов, неопределенность во многих своих социокультурных проявлениях составляет сам дух эпохи постмодерна (Бауман, 2002) — конституирующий фактор ставших нормой расплывчатости и изменчивости индивидуальной идентичности, морального релятивизма, безверия и обесценивания межличностных отношений. Вообще социологи постмодерна склонны к клинко-личностному описанию социальных процессов в терминах расщепления, диффузии, фрагментации самоидентичности, обострения проблем зависимости-индивидуализации в отношениях с социумом, что до некоторой степени размывает границы между неопределенностью социально-предметной среды и ее субъективным переживанием (Бауман, 2002; Бек, 2000). Бессилие, несостоятельность, хаотичные действия и террор полной свободы — вот, по мнению З. Баумана, симптомы этой постмодернистской болезни, поражающей личность в ее попытках «обретения собственного лица». Вторя ему в размышлениях о болезни личности, ее социальных источниках и последствиях для будущего нашей страны, известный философ и культуролог М. Эпштейн конструирует что-то вроде обобщенного психопатологического синдрома социальных макромутаций, выделяя среди синдромообразующих факторов последних дегенерацию населения, уязвимость государственных

границ и расползание Федерации, всепроникающую коррупцию и криминализацию, цинизм и индифферентность значительной части населения. Автор описывает состояние современного российского общества с помощью своеобразного оксюморона «обнадеживающее уродство», имея в виду, что неустойчивость данного исторического момента одновременно содержит в себе два прямо противоположных исхода — либо крушение всего общественного устройства, либо его возрождение через «ростковые точки надежды», аномальные с позиции развитых постиндустриальных западных обществ, но специфичные для России (Эпштейн, 2011).

Совершенно ясно, что в условиях социокультурного прессинга неопределенность и двусмысленность принципов организации социальных взаимодействий в сочетании с привлекательностью технологий манипуляторства и макиавеллизма как орудий управления и узурпации власти частью общества серьезно затрудняет возможности персонального выбора. Давление иррационально завышенных социальных требований и властных авторитетов оказывается невыносимо стрессогенным, особенно для людей с повышенной уязвимостью и хрупкостью самоидентичности, выраженными чертами психологической зависимости, дефицитом индивидуальности и когнитивной простотой, столь характерными для пограничной личностной организации (Соколова, 1989, 2005, 2009). Исходя из трех критериев — специфики проецируемого содержания тревоги, способов психологической защиты и состояния самоидентичности — можно, на наш взгляд, говорить как минимум о пяти типичных переживаниях субъективной неопределенности, порождаемых отчасти неспособностью личности справиться с хаосом социальной и культурной неопределенности и в этом смысле характеризующих глубину личностного расстройств, а отчасти ее ресурсными возможностями.

1. Первый тип окрашен или даже, точнее, «наводнен» всепоглощающим негативным аффектом, ядро которого составляет непереносимая персекуторная тревога. Здесь мера субъективной неопределенности максимальна: неясность, размытость, бесформенность, безграничность, бессвязность вызывают к жизни паранойяльные фантазийные репрезентации чуждости, враждебности, расщепление внешнего и внутреннего «другого», угрожающих психологическому выживанию и целостности «я».

2. Второй тип также связан с отрицательным спектром эмоциональных состояний, но здесь доминирует несколько иная феноменология: двусмысленность, амбивалентность, многозначность, непредсказуемость, противоречивость, запутанность, сложность. Страх новизны ведет к предпочтению простоты, упорядоченности, обычности, рутинности, ограниченности и предсказуемости в качестве защит от ожидаемой катастрофичности нового, непрогнозируемости будущего

и «необжитых пространств неизвестности», переживаний шока, рас-
терянности, агорофобии и паники перед лицом потери (само)контроля
и постоянства «я».

3. Третий тип характеризуется полной непереносимостью неопреде-
ленности как ситуации отсутствия доступа к внутренним ресурсам и как
результат — крайней зависимостью от социального окружения; отказом
от собственной системы эталонов, предпочтением личного и социаль-
ного конформизма, полным подчинением авторитету, режиму, власти,
нивелированием собственного «я», слиянием с ситуацией, хамелеоно-
образностью героя известного фильма Вуди Аллена «Человек-Зелиг».

4. Четвертый тип переживаний неопределенности — маниакаль-
ная проекция «опьянения» трансгрессией и хаосом, отсутствием всех
и всяческих границ, любых сдерживающих нормативов и правил,
предпочтением нарциссически-перфекционистской вседоступности и
вседозволенности.

5. К последнему типу, гораздо менее представленному в патологии,
относятся переживания, окрашенные позитивным эмоциональным
тоном: любопытство, поисковая надситуативная активность, игра
фантазии, порождение новых смыслов, радость, азарт, связанные с удо-
вольствием от исследований и инсайтов и приводящие к творческому и
осмысленному преобразованию ситуаций неопределенности.

Вызывает удивление, что в клинической психологии изучению
специфики переживания субъективной неопределенности все еще
не уделяется достаточного внимания. В то же время в когнитивной и
социальной психологии вот уже более полувека успешно разрабаты-
ваются и используются различные способы создания экспериментальной
неопределенности: «расфокусированность» стимула и условий его
предъявления, смысловая многозначность или двусмысленность, эмо-
циональная депривация и варьирование мотивации, коммуникативного
и группового контекстов и др. Благодаря новым исследовательским
моделям, основанным на принципе контроля меры структурирован-
ности предметного и социального окружения, заимствованном из
проективной психологии, изучены роль установки, активности, при-
страстности субъекта, субъективной устойчивости к давлению «поля»,
индивидуальные, возрастные и культурные различия в познавательных
стратегиях или в «когнитивно-аффективных стилях» (Брунер и др., 1971;
Ротенберг (Соколова), 1971; Соколова, 1976, 1980, 2005, 2009, 2011; Хо-
лодная, 1998; Adorno et al., 1950; Auerbach, Blatt, 1996; Blatt, Lerner, 1983;
Hogg, 2007; Witkin et al., 1954; Witkin, Goodenough, 1981; и др.). В со-
временных исследованиях «диффузной» и нарциссически-грандиозной
идентичности (в том числе эффективности психотерапии) также об-
наруживается множество имплицитно подразумеваемых указаний
на патогенную роль именно неопределенных социальных кодексов и
правил, семейных сценариев и стилей общения, культурных идеалов

и моральных критериев. Люди с «хрупкой» пограничной личностной организацией в условиях неопределенности особенно предрасположены к утрате внутренней последовательности и связности переживания «я», потери временной перспективы. Их диффузная самоидентичность легко лишается своих неотъемлемых качеств историчности, динамичности, устойчивости и подлинности под давлением неструктурированного социокультурного окружения, «рассыпается на ряд моментальных снимков», по выражению З. Баумана (2002). И напротив, известная толерантность к неопределенности и переносимость амбивалентности могут свидетельствовать о достижении индивидуальной зрелости, константности и целостности «я», способного справляться с сепарационными и анаклитическими тревогами.

В современной ситуации широкого распространения явлений социокультурной неопределенности клиническая психология испытывает острую нужду в новых методологических подходах, позволяющих развивать новые технологии диагностики и социально-психологической реабилитации тех пациентов, которые страдают серьезными личностными расстройствами, резистентны к любому виду фарма- и психотерапии, склонны к ранней десоциализации и инвалидизации в новых и нестандартных жизненных обстоятельствах, характеризующихся именно высокой степенью неопределенности и отсутствием заданных правил. Как нам представляется, качественные особенности субъективного переживания неопределенности, смоделированные в экспериментальной диагностической ситуации проективного обследования, могут рассматриваться в качестве экологически валидных. Сами же способы совладания с неопределенностью (каким образом, какими стратегиями и индивидуальными стилями человек трансформирует хаос неопределенности в структуру, осмысленное целое) служат надежными маркерами меры устойчивости «я», продуктивности средств самоконтроля и саморегуляции, познавательной реалистичности, коммуникабельности и нравственной зрелости, а также маркерами их нарушения при психических заболеваниях и расстройствах личности (Соколова, 1989, 2005, 2009, 2011).

Здесь мы еще раз сталкиваемся с необходимостью осмысления таких фундаментальных проблем психологии, как соотношение ситуативной изменчивости и способности к развитию и структурной устойчивости личности, средовых социокультурных влияний и свободы индивидуально-личностного самоопределения. Все это заставляет еще раз обращаться к методологическим традициям, которые заложили А.Р. Лурия, Б.В. Зейгарник и С.Я. Рубинштейн, в новом контексте осмысливать практические задачи патопсихологического исследования и экологические ракурсы традиционной исследовательской парадигмы (Зейгарник, 2000; Рубинштейн, 1970).

Для отечественной патопсихологии изначально неоспоримыми приоритетами в диагностике были *качественный анализ и интерпретация процесса* выполнения заданий, всегда рефлекслируемые в нескольких контекстах: 1) с точки зрения структурно-деятельностного подхода; 2) в неразрывной связи со спецификой общения пациента с экспериментатором; 3) с учетом анамнеза, истории болезни и индивидуальной социальной ситуации развития. Таким образом, можно сказать, что в лучших своих образцах патопсихологическое обследование — это всегда изучение целостного *case study*, реализация единства идиографического и номотетического, актуалгенетического и исторического методологических принципов. Коммуникативный аспект диагностики проявляется в специальной организации ситуации обследования и задании его мотивации; в прослеживании влияния дифференцированных форм помощи, поддержки, критики, обучения на процесс, структуру и результативность познавательной деятельности; в оценке анамнеза и актуального поддерживающего ресурса социальной ситуации больного вне клиники. Умение разрабатывать стратегии и тактики патопсихологического эксперимента на основе знания общих закономерностей клиники и с учетом индивидуальности больного рассматривается в отечественной патопсихологии в качестве существеннейшего и сложнейшего профессионального навыка, необходимого для обоснованного патопсихологического заключения и разработки практических рекомендаций (Рубинштейн, 1970). В постулировании и отстаивании принципов активности, субъектности, коммуникативной опосредованности применительно к задачам психодиагностики практическая патопсихология в значительной степени опережала психологическую теорию, находилась в мейнстриме гуманистических идей 1960—1970-х гг., обостренного тогда интереса к ценностно-смысловому «измерению» личности, целостности и ценности человеческих отношений, опосредствующих (как в норме, так и в патологии) строение и динамику познавательной деятельности, нарушения которой не могут быть поняты без учета ее мотивационного, смыслового и отношенческого компонентов (Зейгарник, 2000).

Набор применяемых для патопсихологического обследования методик общепринят и стал своего рода стандартом. Здесь возникает множество методических и методологических вопросов, требующих дальнейшего обсуждения и научной рефлексии. Так, можно ли рассматривать методики, используемые для диагностики структуры познавательных процессов, в ракурсе проективной парадигмы, т.е. в качестве методик диагностики структуры личности, личностной организации? Можно ли на основе научных критериев отнести эти методики к классу проективных или по крайней мере имеющих проективный компонент? Если «да», то необходимы ли некоторые модификации процедуры их применения и самой организации

патопсихологического обследования, его сеттинга? Мы придерживаемся утвердительного ответа на эти вопросы, и вот почему.

Как известно, к проективным относят методы, направленные на моделирование разных аспектов переживания неопределенности, создаваемой посредством информационного, сенсорного, эмоционального или смыслового дефицита. Условиями, обеспечивающими моделирование переживания неопределенности (и одновременно экспериментальными приемами ее создания), становятся специфическая организация целостной ситуации проективного обследования (стимульного материала, его предъявления, мотивирующей инструкции) и специфика экстериоризуемых и формирующихся в процессе всего обследования отношений в диаде «обследуемый—психолог». Многоаспектность депривации усиливает нагрузку на способность человека переносить неопределенность без потери ориентации в реальности, без дезинтеграции личности, без саморазрушения и разрушения целенаправленного взаимодействия с физическим или социальным и межличностным окружением. Ситуация неопределенности провоцирует эмоциональные состояния тревоги и активирует сложившуюся систему защитных и копинговых стратегий саморегуляции, репрезентаций «я» и «другого». Неопределенность межличностных отношений с диагностом порождается некоторой двойственностью его коммуникативной позиции — сочетанием доброжелательно-нейтральной установки и фрустрирующим избеганием прямых ответов на вопросы пациента. Это позволяет последнему «встретиться» с собственным опытом переживания неопределенности, реконструирующим хаос аффективных состояний и тревог, травматичный ранний опыт эмоциональных отношений со значимыми «другими», мир инфантильных страхов, конфликтов и защит. Проективный потенциал неопределенности, таким образом, вызывает к жизни метакоммуникативный, символический пласт коммуникации из прошлого опыта отношений, калькирующих неосознаваемые схемы переноса и контрпереноса. Но неопределенность экспериментальной ситуации предоставляет и уникальную возможность «встречи» со здесь и теперь формирующимися отношениями сотрудничества пациента с психологом. Наши исследования показывают, что содержательная специфика эмоциональных переживаний, способы их структурирования и контроля, качественные и стилистические особенности познавательной деятельности в условиях «переносимости-непереносимости» неопределенности являются сильными критериями диагностической оценки пограничной и нарциссической структурно-функциональной личностной организации.

В сравнении с проективными методами классически построенное патопсихологическое обследование организуется несколько иначе: диагност работает, как правило, «внутри» так называемой экспертной мотивации, которая в значительной степени фрустрирует и сужает диа-

пазон индивидуальной мотивации, формирующей реальный смысл для пациента выполняемых диагностических заданий и личной заинтересованной включенности. В этом смысле нам представляется не вполне обоснованным введение в традиционную обойму патопсихологических методик личностных опросников и тем более проективных техник *без изменения сеттинга — дифференциации диагностических задач, мотивации и времени обследования, инструкции и динамики построения отношений между диагностом и обследуемым.*

Вместе с тем серьезные различия в методологии не мешают нам рассмотреть проективные возможности, заключенные и в самих традиционных патопсихологических процедурах, при условии модификации *организации* обследования. В частности, каждая из предлагаемых тестовых задач-проб содержит элемент выбора из большого количества решений; каждая проба создана таким образом, что выбор оптимального решения затруднен перцептивной, семантической или смысловой избыточностью условий, микширован «фоновым шумом» из неверных, неточных или произвольных выборов. Так, выполнение методики «Классификация предметов» предполагает абстрагирование от множества несущественных, эмоционально нагруженных или конкретно-ситуационных признаков; то же самое относится и к методике «Исключение предметов». Обследуемый стоит перед необходимостью концентрации внимания и длительного его удержания на цели задачи, требующей отстройки от поля (предметного и социального окружения) и выбора, опирающегося не только на способность к аналитико-синтетической деятельности, но и на активность, самостоятельность, критичность, рефлексивность, устойчивость самооценки к фрустрации, что не менее влияет на конечный результат выполнения задания. С нашей точки зрения, ситуацию патопсихологических проб можно трактовать по аналогии с известными экспериментальными ситуациями исследования индивидуальных различий и когнитивного стиля, когда неопределенность условий позволяет проявиться индивидуальным предиспозициям — пассивному следованию внешним обстоятельствам или сопротивлению полю и опоре на внутреннюю систему эталонов. Индивидуальный выбор стратегии диктуется одновременно требованиями наличных условий задачи (обстоятельств реальности) и системой устойчивых личных предпочтений в отношении самооценки, представлений о значимых «других», ценностей и/или необходимостью «отстройки» от них, что провоцирует проекцию целостной совокупности познавательных, эмоционально-регуляторных и коммуникативных стилевых стратегий личности, ее жизненного стиля. Подобный методологический ракурс является дальнейшим развитием идей А.Р. Лурия и Б.В. Зейгарник о системной организации высших психических функций и ее переструктурировании в условиях психопатологии в новую конфигурацию, новый гештальт. Реализация

данного принципа позволила многим отечественным патопсихологам в конкретных исследованиях реализовать принцип изучения личности «через познавательные процессы», через «личностный компонент психической деятельности» больного (В.В. Николаева, С.Н. Логинова, И.И. Кожуховская, Л.В. Бондарева, Т.И. Тепеницина, Е.Т. Соколова и др.).

Сегодня можно сказать, что клиническая психология становится психологией субъектной и экологической в той мере, в какой она принимает в расчет социокультурные и средовые факторы, участвующие в порождении и поддержании аномального развития личности. Последнее очевидно для пограничной и нарциссической личностной патологии, характеризующейся гипертрофированными и парадоксальными «скачками» между полюсами зависимости и автономии от социального окружения и дефицитом индивидуальности при выраженном индивидуализме. Мы также все больше осознаем ограниченность экологической валидности результатов, полученных исключительно на основе количественной оценки тестовых процедур, в «стерильных» лабораторных условиях, при дистанционной диагностике; все более убеждаемся в необходимости интерпретировать результаты обследования в коммуникативном контексте, принимая в расчет отношения больного, складывающиеся как в процессе общения во время обследования, так и вне больничной ситуации. Поддержка или фрустрация, исходящие из социальных сетей, семьи, уровень образования и наличие удовлетворяющей работы, коммуникативный ресурс и качество комплаентности (наряду с клиническими и индивидуальными особенностями больного) — весьма существенные факторы симптомообразования, инвалидизации, спонтанной ремиссии, эффективности психотерапии.

Подводя итог обсуждению поставленной в данной статье проблемы, еще раз подчеркнем несколько важных для нас моментов. «Психология, — отмечал А.Р. Лурия, — безусловно, не может вырывать, изолировать личность от потока социальной эволюции и социальных влияний, иначе она рискует потерпеть фиаско при каждой попытке разобраться в очень многих содержаниях и формах психической жизни» (Лурия, 2003б, с. 319). Добавим, что психология, «растворяющая» личность в социальных контекстах, также рискует потерпеть фиаско, «потеряв» личность.

Важно подчеркнуть также неоднозначность и многогранность самого феномена субъективной неопределенности, равно как и значение социокультурных, индивидуально-личностных и клинических факторов, определяющих специфику его переживания, неоднозначность его общественно-политической оценки. Состоянию неопределенности действительно присущи недостаточная прогнозируемость и риск, но было бы большой логической ошибкой и противоречием здравому смыслу сводить его последствия к неизбежности личного

безумия или социально-политической катастрофы. История знает, что радикальными способами окончательного решения проблемы «непереносимости неопределенности» могут стать диктатура, тоталитаризм и жесточайший контроль общественной и личной жизни (Арендт, 2008; Adorno et al., 1950), и эти способы уже достаточно отрефлексированы в философии и социологии. Для отечественной клинической психологии эта проблема представляет интерес и в контексте соотношения социокультурной и индивидуально-личностной детерминации саморегуляции деятельности, социального и индивидуального, стабильного и развивающегося в самоидентичности. Содержательная и методологическая проблематизация субъективной непереносимости неопределенности, углубленная рефлексия разных граней этого феномена как культурного явления и его роли в этио- и патогенезе расстройств личности задает новые ракурсы развития культурно-исторического подхода к изучению патологических и «пограничных» феноменов в современном социокультурном контексте.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Арендт Х.* Банальность зла. Эйхман в Иерусалиме. М., 2008.
- Бауман З.* Индивидуализированное общество. М., 2002.
- Бек У.* Общество риска. На пути к другому модерну. М., 2000.
- Брунер Дж., Олвер Р., Гринфилд П.* Исследование развития познавательной деятельности / Под ред. П. Гринфилда. М., 1971.
- Выготский Л.С.* Собр. соч.: В 6 т. Т. 1. М., 1982.
- Зейгарник Б.В.* Патопсихология. М., 2000.
- Лурия А.Р.* Этапы пройденного пути: Научная автобиография / Под ред. Е.Д. Хомской. 2-е изд. М., 2001.
- Лурия А.Р.* Объективное исследование динамики семантических систем // Лурия А.Р. Психологическое наследие: Избранные труды по общей психологии / Под ред. Ж.М. Глозман, Д.А. Леонтьева, Е.Г. Радковской. М., 2003а. С. 211—235.
- Лурия А.Р.* Принципы реальной психологии (о некоторых тенденциях современной психологии) // Лурия А.Р. Психологическое наследие. Избранные труды по общей психологии / Под ред. Ж.М. Глозман, Д.А. Леонтьева, Е.Г. Радковской. М., 2003б. С. 295—383.
- Ротенберг Е.Т. (Соколова Е.Т.)* Влияние нарушений личностного компонента деятельности на процесс восприятия: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1971.
- Рубинштейн С.Я.* Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике. М., 1970.
- Соколова Е.Т.* Мотивация и восприятие в норме и патологии М., 1976.
- Соколова Е.Т.* Проективные методы исследования личности. М., 1980.
- Соколова Е.Т.* Самосознание и самооценка при аномалиях личности. М., 1989.
- Соколова Е.Т.* Переносимость-непереносимость неопределенности: социокультурные, дифференциально-психологические, клинические аспекты // Ежегодник РПО. М., 2005. С. 422—423.
- Соколова Е.Т.* Нарциссизм как клинический и социокультурный феномен // Вопр. психологии. 2009. № 1. С. 67—80.

Соколова Е.Т. Аффективно-когнитивная дифференцированность/ интегрированность как диспозиционный фактор личностных и поведенческих расстройств // Теория развития: Дифференционно-интеграционная парадигма / Сост. Н.И. Чуприкова. М., 2011. С. 151—166.

Холодная М.А. Когнитивные стили: парадигма «других» интеллектуальных способностей // Стиль человека: психологический анализ / Под. ред. А.В. Либина. М., 1998. С. 52—63.

Энштейн М. О России с надеждой // Новая газета. 2011. 2 дек. № 135. С. 15—16.

Adorno T.W., Frenkel-Brunswik E., Levinson D.J., Sanford R.N. The authoritarian personality. N.Y., 1950.

Auerbach J., Blatt S.J. Self-representation in severe psychopathology: The role of reflexive self-awareness // Psychoanalytic Psychology. 1996. Vol. 13. P. 297—341.

Blatt S.J., Lerner H.D. The psychological assessment of object representation // J. of Personality Assessment. 1983. N 47. С. 7—28.

Hogg M.A. Uncertainty-identity theory // Advances in experimental social psychology / Ed. by M.P. Zanna. San Diego, CA, 2007. P. 70—126.

Witkin H.A., Goodenough D.R. Cognitive styles — essence and origins: Field dependence and field independence. N.Y., 1981.

Witkin H.A., Lewis H.B., Hertzman et al. Personality through perception: An experimental and clinical study. Oxford, UK, 1954.

Н. С. Бурлакова

О НОВЫХ ВОЗМОЖНОСТЯХ КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

В статье исследуются возможности дальнейшего развития культурно-исторического подхода Л.С. Выготского и А.Р. Лурия в двух направлениях — со стороны дальнейшего анализа способов и средств опосредования психики в условиях социальной и культурной стратификации современного общества и со стороны применения культурно-исторического анализа к теориям и концептуальному аппарату клинической психологии. Доказывается необходимость изучения знания в клинической психологии в контексте культурно-исторического опыта его формирования. Показывается, что анализ культурно-исторических условий развития данного знания, его границ, функций и определенного исторического смысла способствует более глубокому пониманию психологической клиники и психотерапии.

Ключевые слова: культурно-исторический подход Л.С. Выготского и А.Р. Лурия, культурно-исторический анализ, эпистемология клинической психологии, концепции личности в клинической психологии.

The article is focused on the opportunities of further development of L.S. Vygotsky's and A.R. Luria's cultural-historical approach. Two of them are researched: 1) further analysis of symbolic mediation methods of psyche in the modern society and its social and cultural stratification and 2) cultural-historical analysis use in research of theories and conceptual apparatus of clinical psychology. The necessity of understanding knowledge in clinical psychology in the context of its cultural-historical experience formation is proved. The importance of such analysis is shown for research of development conditions of such knowledge, its borders, functions and define historical sense, that contributes to the deeper understanding of psychological clinic and psychotherapy.

Key words: Vygotsky's and Luria's cultural-historical approach, cultural-historical analysis, epistemology of clinical psychology, psychological theories of personality in clinical psychology.

Новая историческая ситуация в России благодаря случившимся в ней культурным сдвигам все более объемно открывает культурно-историческую основу психологии, о которой писали Л.С. Выготский (1983 и др.) и А.Р. Лурия. В исследованиях А.Р. Лурия (1974, 2001; см. также: Речь..., 1930) было блестяще продемонстрировано, что не только

Бурлакова Наталья Семеновна — канд. психол. наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии ф-та психологии МГУ. *E-mail:* naburlakova@yandex.ru

содержание, но и структура психической деятельности зависит от социальных и культурных условий жизни. Результаты этих исследований стали экспериментальным подтверждением идей культурно-исторической психологии, развиваемых в московской школе психологии. В иных исторических условиях, в ситуации рассмотрения современного российского общества, значительно более сложного и гетерогенного, проблематика культурно-исторической психологии существенно усложняется. Например, можно говорить о том, что в социальных и культурных стратах, характеризующихся разными материально-экономическими и социокультурными особенностями, моделями воспитания, представлениями о семье, ребенке, женской и материнской функциях, и в том числе «своим» пониманием нормы и патологии, образуются разные способы и средства опосредования психики, на основе которых формируются различные механизмы развития ребенка (Бурлакова, 2009). Важно, чтобы ситуация значительной социальной и культурной стратификации, неоднородности современного общества стала предметом культурно-исторического психологического исследования. Речь идет не об установлении корреляций между отдельными параметрами культурной ситуации и особенностями психики, но именно об изучении процессов становления в различных социальных и культурных условиях определенной психической организации ребенка с уяснением вначале внешних, а затем внутренних механизмов ее функционирования. В этом нам видится одна из возможностей развития культурно-исторического подхода.

В целом же можно сказать, что эвристический потенциал культурно-исторической концепции, несмотря на ставшие нормативными ссылки на работы Л.С. Выготского и А.Р. Лурия, кажется все же недостаточно освоенным. В частности, отсутствует ответ, например, на следующий вопрос: если все высшие психические функции (ВПФ) являются культурно и исторически обусловленными, то почему же таким же образом не обусловлены и сами психологические концепции? До сих пор их содержание обсуждается исключительно в теоретической плоскости, «вне исторического времени», социальных условий и того в широком смысле культурного опыта, куда входит и личный опыт автора концепции.

Психологическому знанию, эксплицированному в той или иной теории, часто придается абсолютный характер, оно не только излагается, но нередко и применяется без понимания его границ, условий возможности, наконец, исходного смысла той или иной идеи. В итоге этот смысл постепенно утрачивается, само содержание концепции онтологизируется и психологическая концепция, несущая в себе культурно-исторический опыт, приобретает черты «натуралистичности». Зачастую именно с опорой на эту позицию, не осознавая того, психологи, занимаются исследованием без какой-либо методологической рефлексии опосредованности построения предмета методами

получения соответствующего знания, думая, что исследуемый предмет «такой есть», уравнивая знания, концепцию и реальность. Это довольно распространенный тип психологического анализа.

Но в психологии есть и другой тип анализа — культурно-исторический, который может касаться двух аспектов психологического знания. Первый аспект состоит в изучении культурно-исторических механизмов порождения психики. Так, Л.С. Выготский писал о том, что если психическая функция уже сформирована, то для исследователя закрываются пути ее изучения, поэтому необходимо постигать психику в процессе ее формирования, о чем психологи часто забывают. В рамках этого аспекта в отечественной клинической психологии обсуждается культурная детерминация и опосредованность феноменов нарушений психики, телесности человека, влияние культуры на возникновение новых видов психической патологии, очевидными становятся также и сами культурные механизмы психосоматического симптомогенеза, возникновения личностных расстройств, зависимостей и т.д. (Зейгарник, 1986; Зинченко, 2003; Психосоматика..., 2009; Соколова, Николаева, 1995; Тхостов, 2002; Холмогорова, Гаранян, 1999). Наконец, ряд психических феноменов (например, нарциссизм, перфекционизм) начинает осмысливаться в рамках их социальной и культурной детерминированности (Соколова, 2009; Холмогорова, Гаранян, 2004; и др.). Одно из центральных мест в современных клинко-психологических исследованиях начинает занимать феномен самоидентичности, который также во все большей мере осознается как культурно и исторически обусловленный (Соколова, Николаева, 1995; Соколова и др., 2001). Все чаще через категории идентичности, идентификации и т.п. верифицируются различные типы патологического развития, квалифицируются симптомы (синдром «размытой идентичности»), а также задаются ориентиры для психотерапии и коррекционных мероприятий.

Второй аспект культурно-исторического анализа предполагает ответ на вопросы: какая культурно-историческая ситуация явилась условием для создания, например, концепции Л.С. Выготского либо какой-либо иной психологической концепции? Что в этой ситуации (исторической, социальной, личной) заставило автора размышлять именно в этом ключе? Здесь анализируются основания той или иной психологической концепции, рассматривается ее предмет и доказывается, что и сама концепция, и ее предмет порождены особым культурно-историческим опытом, и это позволяет понять условия истинности знания, содержащегося в данной концепции.

Всякая серьезная психологическая теория личности в действительности рефлектирует то, что происходит в культуре (например, «вытеснение» у З. Фрейда, потеря конгруэнтности и стремление к аутентичности у К. Роджерса и др.). Она описывает культурно-историческую ситуацию на психологическом языке, будучи сама обусловлена этой

ситуацией и пытаюсь решить своим появлением определенные задачи, исток которых также в особых социальных и культурных условиях и обстоятельствах жизни ее автора, в свою очередь несущего опыт и представления определенной социальной группы. В этом и состоит ограничение каждой психологической теории личности. Но в этом состоит и достоинство определенной теории, поскольку она создается для решения именно конкретных и культурно обусловленных задач, имеющих значение в определенной культурной ситуации. Проблема возникает тогда, когда эти теории, знания начинают рассматриваться с глобальной позиции, безотносительно к условиям их истинности. В таких случаях можно обнаружить, что в иной ситуации психологическое знание, психологический закон, психологическая техника вполне могут оказаться неистинными, непродуктивными и даже вредными. Это еще раз свидетельствует о том, что всякое научное знание должно быть осмыслено вместе с условиями его получения. И только в этих условиях оно обнаружит свою истинность.

Важно также подчеркнуть, что большинство теорий личности, начиная с конца XIX в., опирается именно на клиничко-психологический опыт. З. Фрейд открыл свою психоаналитическую теорию на материале больных с неврозами (прежде всего с истерией) и констатировал наличие вытеснения неприемлемых для сознания желаний. Позднее оказалось, что этот механизм не только присущ данному контингенту пациентов, но и может быть увиден в норме. То же самое можно сказать о концепции А. Адлера, создавшего свою теорию на материале наблюдений за органической неполноценностью, а затем распространившего свои взгляды на природу человека в целом, и о концепции К.Г. Юнга, который отталкивался от своих наблюдений за пациентами, страдающими шизофренией, и за явлениями в развитии личности в связи с кризисом религии в европейском обществе. Примеры нетрудно продолжить. Таким образом, новое психологическое знание о личности часто возникает на материале патологии, а затем переносится в более широкий контекст нормы и на материал исследования развития личности. В этом отношении при изучении основания той или иной психологической концепции важно удерживать ту область клиники (в широком смысле слова), внутри которой это знание первоначально возникло, наряду с пониманием социологии клиники, производящей эту личностную деформацию. В этом же контексте важно понимать те процессы, внутри которых происходит зарождение данной патологии внутри узкой социальной группы, а затем ее распространение вплоть до вхождения в некоторую социальную норму. Так случилось, к примеру, с неврозами, которые изначально были описаны применительно к отдельным представителям среднего класса, а ближе к середине XX в. стали визитной карточкой современного человека, своего рода социальной нормой. Нечто подобное происходит сегодня и с проблемами, связанными с

диффузией идентичности, приобретающими все более массовый размах и заставляющими, к примеру, правительство США продумывать специальные социальные программы, учитывающие этот факт.

С этой точки зрения важной задачей исследований в рамках теории и методологии клинической психологии является культурно-исторический анализ развития ее новых предметов, тематизаций, новых методологических подходов, а также осознание ценностей, лежащих в основе традиционно существующих подходов, при необходимости их соотнесения в рамках единого поля психологического мышления. Необходим также культурно-исторический анализ формирования новых методологий с точки зрения тех задач, которые они решали или пытаются решать сегодня. Наконец, важен культурно-исторический анализ состояния общества, которое, в сущности, производит те патологические явления, с которыми приходится сталкиваться в клинике: ведь каково общество, такова и клиника. И в этом отношении важно думать в направлении расширения понятия клиники¹, о чем неоднократно говорилось (Е.Т. Соколова, А.Ш. Тхостов и др.), тем более что это давно уже и общественная реальность: многие клинические психологи и психотерапевты работают за пределами клиники, и те данные, которые они получают с опорой на сформированное клинико-психологическое мышление, часто не менее важны и интересны, чем данные, полученные в самой клинике.

В контексте так понятого культурно-исторического подхода была начата серия наших собственных исследований по изучению культурно-исторической ситуации формирования различных методологий в клинической психологии, соответствующих стилей клинического мышления и их опосредованности той культурно-исторической ситуацией, внутри которой они возникли, и теми задачами, в решение которых они были погружены (Бурлакова, Олешкевич, 2005, 2010, 2011; Олешкевич, 2010). Проведенный нами анализ показал, что многие психологические понятия, широко используемые в клинической психологии, несут очень весомую социальную и культурную нагрузку, след тех культурно-исторических ситуаций, внутри которых они формировались, груз личной истории их авторов, общественных запросов, на которые они были ориентированы, и проблемных ситуаций, в которых оказались определенные социальные группы в определенных обществах. Подчеркнем, что речь идет не только о выделении и анализе социальных и культурных условий появления определенного рода знаний, как это делается в социально-историческом подходе в истории психологии (Д. Шульц, С.Э. Шульц и др.), но и о реконструкции взятого в единстве

¹ В частности, с точки зрения культурно-исторической психологии важно понимать, что существуют некоторые области в культуре и социальные механизмы в обществе, которые «производят» определенный клинико-психологический материал.

культурно-исторического опыта и личного опыта автора концепции, лежащего в основе *содержания* этих знаний. Именно этот опыт, как показывают наши исследования, формирует определенный стиль клинико-психологического мышления.

В частности, реконструкция социальной, культурной и личностно опосредованной «анатомии» психологического знания Э. Эриксона об эго-идентичности аналитически фиксирует его обусловленность соответствующим типом опыта и соответствующими культурными тенденциями, которые наметились еще в конце XIX в., а в середине XX в. в Америке превратились в массовые социальные и культурные явления (Бурлакова, Олешкевич, 2010, 2011). Вывод состоит в том, что именно такого рода структуры опыта задали материал для построения нового психологического знания, появления понятия «идентичность». Соотнесение ряда психологических концепций (З. Фрейда, А. Фрейд, А. Адлера) с личностным и социокультурным опытом их авторов позволило сформулировать следующее утверждение: психологическая концепция рефлектирует именно определенный тип опыта, а условием ее понимания последующими поколениями психологов является рефлексия условий, конституирующих, в сущности, определенный тип психологического знания. Обнаружилось, что в XX в. в европейской культуре опыт жизни и самосознания человека неоднороден, возможно параллельное существование различных типов опыта и различных способов его психологической рефлексии. Именно этим, с нашей точки зрения, как раз и можно объяснить широкое многообразие теорий личности, появившихся в психологии в XX в. Наш анализ показывает, что уже З. Фрейд, А. Адлер и К. Юнг строят свои концепции и психотерапию на совершенно различных типах опыта. Эти виды психотерапии сразу же обретают своих специфических пациентов, которых можно идентифицировать не только по типу психологических проблем, но и по различным социальным группам. На эту закономерность одним из первых обратил внимание К. Юнг. Он стал говорить о пациентах, которым показан классический психоанализ З. Фрейда, об «адлеровских» пациентах, страдающих чувством неполноценности и навязчивыми побуждениями к власти, а также о тех, кто обращается за помощью к нему, — людях достаточно образованных, склонных к размышлениям о проблемах философии, религии и т.п. То же самое можно сказать и о всех последующих теориях личности и подходах к психотерапии. Например, видно, что идеи Э. Эриксона в значительной мере развиваются на материале проблем американской молодежи, социальных и культурных меньшинств и т.п., где ярко проявляются проблемы эмансипации, трудности самоидентификации и борьба с «диффузией». Это определило также и круг пациентов Э. Эриксона, и характер проводимой им психотерапии.

Поскольку значительные психологические теории личности возникают в определенных кризисных состояниях культуры, на материале воспроизводства этих состояний в личном опыте, они часто опираются на определенный пласт нарушений или отклонений в психическом здоровье. Захватывая и обрабатывая в теоретико-психологическом плане этот круг феноменов, авторы концепций и строят определенную теорию личности в норме и патологии. Причем специфика задаваемых авторами теорий представлений о нормальном развитии имплицитно определяет и возможные формы отклонений. Другими словами, отталкиваясь от некоторого типа патологии, рефлектируя данный круг явлений, концепции специфическим образом теперь уже рационально задают особенности нормы и патологии, и на этой основе образуется видение психологической клиники, а затем и подходы к коррекции и терапии соответствующих отклонений. Таким образом, психологическая норма развития определяется некоторым типом отклоняющихся психологических явлений в рамках определенного опыта, которые психологически рефлектируются в форме вновь построенной теории. Так, мы видим разные нормы развития и разные подходы к квалификации патологии у З. Фрейда, А. Адлера, К. Юнга, Э. Эриксона и др. Но затем часто происходит бессознательное перенесение исследователями этих теорий на другие типы опыта и материалы, которые не соответствуют тому опыту, который рефлектирует данная теория. Это наблюдается и у Э. Эриксона, который соотносит большинство клинических явлений с нарушениями идентичности, причем в специфическом понимании этого термина. И это еще один аргумент в пользу необходимости рефлексии условий возможности психологической концепции, ее соотносительности с определенным типом опыта и понимания ее познавательных границ.

На этом фоне становятся более заметными и иные, созданные на основе другого опыта подходы к тем психическим содержаниям, которые Э. Эриксон интерпретирует через обращение к концепту идентичности. Исходя из иной проблемной ситуации, например, К. Юнг пишет об индивидуации, К. Роджерс придает первостепенное значение индивидуальности, пониманию своего опыта и принятию себя таким, какой ты есть, а Х. Кохут говорит о «самости» и разрабатывает идеи нарциссизма, введенные в глубинную психологию еще А. Адлером и З. Фрейдом. Есть соблазн понимать эти концепции как различные типы интерпретации одного и того же психологического содержания, но наш анализ показывает, что такой способ понимания разнообразия психологических подходов по крайней мере не всегда способствует более глубокому пониманию психологических теорий. Мы приходим к выводу, что здесь речь идет о психологической рефлексии различных типов опыта, которые для адекватного понимания соответствующих психологий важно реконструировать.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Бурлакова Н.С. Социокультурные тенденции в функционировании современной семьи и развитие психогенных психических расстройств у детей дошкольного и младшего школьного возраста // Мат-лы 4-й Междунар. конф. «Психологические проблемы современной семьи» (Москва, 21—23 октября, 2009 г.) / Под ред. Е.И. Захаровой, О.А. Карабановой. М., 2009. С. 103—106.

Бурлакова Н.С., Олешкевич В.И. Детский психоанализ: школа Анны Фрейд. М., 2005.

Бурлакова Н.С., Олешкевич В.И. Идентичность и проблема субъекта в современной психологии // Методология и история психологии. 2010. Т. 5. № 1. С. 156—183.

Бурлакова Н.С., Олешкевич В.И. Психологическая концепция личности Э. Эриксона в зеркале личной истории автора. М., 2011.

Выготский Л.С. Собр. соч.: В 6 т. Т. 3. М., 1983.

Зейгарник Б.В. Патопсихология. М., 1986.

Зинченко Ю.П. Клиническая психология сексуальности человека в контексте культурно-исторического подхода. М., 2003.

Лурия А.Р. Историческое развитие познавательных процессов. М., 1974.

Лурия А.Р. Этапы пройденного пути. М., 2001.

Олешкевич В.И. Индивидуальная психология и психотерапия А. Адлера. М., 2010.

Психосоматика: телесность и культура / Под ред. В.В. Николаевой. М., 2009.

Речь и интеллект городского, деревенского и беспризорного ребенка / Под ред. А.Р. Лурия. М.; Л., 1930.

Соколова Е.Т. Нарциссизм как клинический и социокультурный феномен // Вопр. психологии. 2009. № 1. С. 67—80.

Соколова Е.Т., Бурлакова Н.С., Лэонтиу Ф. К обоснованию клинко-психологического изучения расстройства гендерной идентичности // Вопр. психологии. 2001. № 6. С. 3—17.

Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М., 1995.

Тхостов А.Ш. Психология телесности. М., 2002.

Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Культура, эмоции и психическое здоровье // Вопр. психологии. 1999. № 2. С. 61—74.

Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Нарциссизм, перфекционизм и депрессия // Консультативная психология и психотерапия. 2004. № 1. С. 18—35.

Ю. П. Зинченко, Е. И. Первичко

СИНДРОМНЫЙ ПОДХОД В ПСИХОЛОГИИ ТЕЛЕСНОСТИ (НА ПРИМЕРЕ ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА)

В статье обсуждается вопрос о возможности приложения методологии синдромного анализа психических явлений к проблемному полю психологии телесности. Представлен пример построения психосоматического синдрома у больных с пролапсом митрального клапана с использованием методов качественного и статистического анализа данных лонгитюдного клинико-психологического исследования 290 пациентов. Показано, что данный синдром является многоуровневым и его структура задается несколькими факторами: мотивационным (доминирование мотива избегания неудач и нереализованность потребности в сохранении удовлетворяющей самооценки), фактором нарушений эмоциональной регуляции, а также психофизиологическим фактором. Обсуждается возможность использования психосоматического синдрома в качестве инструмента для решения не только диагностических, но и прогностических задач как в клинической психологии, так и в медицине.

Ключевые слова: психосоматический синдром, факторы психосоматического синдромогенеза, пролапс митрального клапана, эмоциональная напряженность, эмоциональная регуляция, мотивация избегания неудач, потребность в сохранении удовлетворяющей самооценки.

The paper aims to consider a syndrome-based approach in methodology adopted for psychological phenomena in application to corporeity psychology. We present a study case of 290 patients with mitral valve prolapse. We endeavor constructioning of a psychosomatic syndrome, employing techniques for a qualitative and statistical data analysis of longitudinal clinical-psychological study. We bring evidence that the syndrome is of multi-level character, and that its structure is determined by several factors: a motivational factor (with domination of the infavoidance motive and unsatisfied self-approval need), a factor of emotional regulation disorders, and a psychophysiological factor. We argue that it is feasible to use a psychosomatic syndrome as a key method in approaching not only diagnostic but also prognostic problems both in clinical psychology and in medicine.

Key words: psychosomatic syndrome, factors of psychosomatic sindromogenesis, mitral valve prolapse, emotional tension, emotional regulation, infavoidance motive, self-approval need.

Зинченко Юрий Петрович — член-корр. РАО, докт. психол. наук, профессор, декан ф-та психологии МГУ. *E-mail:* zinchenko_y@mail.ru

Первичко Елена Ивановна — канд. психол. наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии ф-та психологии МГУ. *E-mail:* elena_pervichko@mail.ru

Принцип синдромного анализа психических явлений — один из важнейших в методологии отечественной клинической психологии (школа Выготского—Лурия—Зейгарник). Он доказал свою научную эвристичность в нейропсихологии и патопсихологии и в последние годы получает все более широкое распространение в психосоматике и психологии телесности. При этом говорится о необходимости выделения особого типа синдрома — психосоматического. Построение психосоматического синдрома позволяет осуществлять структурный анализ сложных психосоматических феноменов, выделять психологические факторы и механизмы их возникновения и функционирования, давать психологическую интерпретацию клинической феноменологии (Николаева, Арина, 1998, 2003; Тхостов, 2002). Известно, что использование психологического синдромного анализа дает возможность прогнозировать развитие субъекта в условиях болезни (Выготский, 1936; Лурия, 1962, 1973).

В данной статье мы попытаемся проследить логику построения психосоматического синдрома у больных с пролапсом митрального клапана (ПМК)¹ и показать, что данный синдром может стать инструментом для решения не только диагностических, но и прогностических задач как в клинической психологии, так и в медицине.

Наш исследовательский интерес к пациентам с ПМК неслучаен. Высокая социальная значимость проблемы ПМК обусловлена такими причинами, как большая распространенность заболевания в популяции (по данным различных исследователей, ПМК встречается у 30.8—42.0% населения — см: Сторожаков и др., 2004; Barlett et al., 1991; Devereux et al., 1989), а также риск развития ряда серьезных осложнений, наиболее опасное из которых — внезапная смерть в молодом возрасте, преимущественно в ситуациях эмоциональной и физической нагрузки (Basso et al., 1993; Cowan, Fye, 1989; Puchala, 1990). Не только на клиническую, но и на психологическую «сложность» данных больных, а также на правомочность выдвижения психосоматических гипотез указывают следующие факты: выраженная диссоциация между многочисленными субъективными жалобами пациентов и крайне скудными данными объективных исследований (Монтвила, Саргаутите, 1983; Joiner, Cornman, 1986); широкая распространенность тревожных расстройств и возможность формирования «функционального ПМК» в рамках панического расстройства (при этом в ряде публикаций доказывается, что панические атаки не только могут «иницироваться» ПМК, но и сами способны приводить к развитию его признаков — см.: Coplan et al., 1992; Gorman et al., 1988); случаи достоверного уменьшения выраженности клинической

¹ Под термином «пролапс митрального клапана» (ПМК) понимают провисание всей створки сердечного клапана или ее части в систолу ниже уровня клапанного кольца (Barlow, Pocock, 1988).

симптоматики после прохождения курсов психотерапии и после лечения антидепрессантами и антианксиолитиками (Gonzalez et al., 2002; Pariser et al., 1981; Scordo, 2007; Stavrakaki et al., 1991), и даже случаи полного исчезновения эхокардиологических признаков ПМК у пациентов с паническими расстройствами после такого лечения (Coplan et al., 1992). Все приведенные данные в совокупности, их противоречивость и неоднозначность обуславливают высокий научный интерес к пациентам с данной формой патологии сердца как со стороны медицины, так и со стороны клинической психологии.

В 1993—2010 гг. нами под руководством профессора В.В. Николаевой совместно с сотрудниками кафедры госпитальной терапии № 1 лечебного факультета Московского государственного медико-стоматологического университета (проф. А.И. Мартынов, проф. О.Б. Степура, проф. О.Д. Остроумова, проф. Е.В. Акатова) было выполнено исследование, **целью** которого стал поиск ответа на два вопроса: 1) о связи психологических особенностей с особенностями клинической картины у пациентов с ПМК; 2) о роли психологических факторов в становлении клинической симптоматики у данных больных.

Под психосоматическим синдромом в данном исследовании понимается устойчивая совокупность психологических, психовегетативных и собственно соматических симптомов и синдромов. Предположительно структура и динамика такого синдрома могут определяться действием нескольких причин (факторов), как психологических, так и физиологических, в том числе морфофункциональных, что будет отличать психосоматические синдромы от нейропсихологических.

Всего в данном исследовании приняли участие 290 больных с ПМК в возрасте от 18 до 37 лет на момент начала наблюдения (средний возраст 25.6 ± 1.1 года) и 73 практически здоровых человека (средний возраст 27.5 ± 1.3 года). Группа пациентов с ПМК состояла из трех подгрупп: 1) представители «условной популяционной нормы», без жалоб на состояние здоровья на момент включения в исследование (60 человек, 21% случаев); 2) лица, высказывающие жалобы психовегетативного содержания, но не обращавшиеся за медицинской помощью (144 человека, 49% случаев); 3) пациенты, обратившиеся в Московский городской вегетологический центр и поступавшие в соматические стационары г. Москвы с жалобами на боли в области сердца и другими психовегетативными жалобами (86 человек, 30% случаев).

В работе использовался **методический комплекс**, включающий в себя как методы психологической и медицинской диагностики, так и методы статистической обработки данных.

Медицинская часть исследования проводилась с помощью комплекса диагностических процедур, направленных на установление диагноза обследуемых лиц (всем пациентам проводили эхокардиографирование) и на определение степени выраженности у них клинической симптома-

тики. Выполнялся также суточный мониторинг артериального давления (АД) и электрокардиограммы (ЭКГ). Наличие синдрома вегетативной дистонии (СВД) определялось с помощью стандартного «Вопросника для выявления признаков вегетативных изменений» (Вегетативные расстройства..., 2003). Определение уровня общего кортизола в сыворотке крови выполняли радиоиммунологическим методом. Оценка психопатологического статуса проводилась по данным психиатрического обследования в соответствии с критериями МКБ-10.

Статистическая обработка данных включала: расчет средних величин и их средних стандартных ошибок; определение достоверности различий между выборками испытуемых по показателям вероятности различий между исследуемыми показателями (t-критерий Стьюдента); выявление связи между исследуемыми характеристиками в группах испытуемых с помощью метода вычисления коэффициентов ранговой корреляции Спирмена (r) и метода факторного анализа переменных (метод главных компонент с последующим косоугольным вращением факторных осей и определением числа вращаемых факторов по критерию Кайзера и с опорой на интерпретируемость выявленной факторной структуры) (Гусев и др., 2005).

Для психологического исследования был сформирован методический комплекс, в который вошли следующие методы и методики.

1. Структурированное клиничко-психологическое интервью.

2. Метод психологического тестирования: Миннесотский многопрофильный личностный опросник *MMPI* (Березин и др., 1994; Hathaway, McKinley, 1940; McKinley, Hathaway, 1944); Многофакторный тест Кеттелла (Лучшие..., 1992; Cattell, 1957; Cattell, Mead, 2008), Личностный опросник Айзенка (Кабанов и др., 1983; Eysenck, Eysenck, 1969; Manual..., 1975); Опросник «Индекс жизненного стиля» Плутчика—Келлермана—Конте (Вассерман и др., 1999; Романова, Гребенников, 1996; Ego defenses..., 1995; Plutchik et al., 1979); копинг-опросник «*Ways of Coping Questionnaire (WCQ)*» (Вассерман, Щелкова, 2003; Folkman, Lazarus, 1991; Lazarus, Folkman, 1991), авторский опросник «Критические ситуации».

3. Экспериментально-психологический метод:

А) Экспериментальное стресс-моделирование — создание ситуации провокации возникновения состояния психической напряженности с использованием процедуры изучения уровня притязаний (Бороздина, 1986; Норре, 1930)².

² В ходе эксперимента испытуемым предлагалось выбрать и решить 12 задач. В качестве стимульного материала использовались прогрессивные матрицы Равена, серии D и E (Равен и др., 1997; Raven, 1936, 1981). Выбор максимально сложных (практически нерешаемых) заданий обусловлен самой задачей эксперимента — необходимостью создания провокации стрессовой ситуации. В предварительной беседе у испытуемых формировалось заинтересованное отношение к работе, ситуация эксперимента представлялась как экспертная. Вводился фактор ограничения времени выполнения задания. Фиксировались субъективно-оценочные, физиологические и поведенческие параметры. До и после эксперимента у испытуемых измеряли артериальное давление (АД), частоту сердечных сокращений (ЧСС), а также значения показателей реактивной тревожности

Б) Исследование эмоциональных переживаний с помощью модифицированного нами варианта методики изучения фрустрационных реакций (Табрица, 1984; Rosenzweig, 1945), включающего этап изучения субъективной семантики эмоциональных переживаний (Николаева и др., 1995). Оценивались качественные и формально-динамические параметры эмоциональных переживаний: знак, модальность, глубина, длительность, устойчивость эмоций; степень насыщенности поведения эмоциональными проявлениями; степень расхождения между вербализуемыми и невербализуемыми эмоциональными реакциями и др.

4. Проективные методики: ТАТ (Леонтьев, 2000; Соколова, 1980; Мургау, 1943); «Незаконченные предложения» (Румянцев, 1969; Sachs, Levy, 1950).

Психологическое исследование было представлено рядом последовательных этапов, на каждом из которых решались самостоятельные задачи.

Результаты и обсуждение

I. У всех испытуемых (как больных, так и здоровых) в условиях эксперимента по стресс-моделированию было сформировано состояние психической напряженности (Ганзен, 1984; Наенко, 1976). На основании результатов статистического и качественного анализа данных можно констатировать следующее: у большинства здоровых испытуемых (84%) в процессе эксперимента возникло состояние, которое может быть обозначено как *состояние операциональной напряженности* (с доминирующей содержательно-процессуальной мотивацией при решении задач и с оптимальным уровнем реактивной тревожности), тогда как у большинства больных с ПМК (76%) — *состояние эмоциональной напряженности* (с доминирующим мотивом самоутверждения и выраженной реактивной тревожностью). Качественная специфика и различие возникших психических состояний доказаны по комплексу психологических и вегетативных критериев. По характеру реагирования в ситуации стресс-моделирования группа больных с ПМК неоднородна и демонстрирует два противоположных способа реагирования, которые практически не представлены в группе здоровых испытуемых, а именно «репрессивный», с заниженным ригидным уровнем притязаний (28% случаев), и «сверхтревожный», с не формирующимся в условиях эксперимента либо неустойчивым уровнем притязаний (34% пациентов).

Исследование эмоциональных переживаний с использованием модифицированного нами варианта методики изучения фрустрационных реакций Розенцвейга показало, что больные с ПМК отличаются от здоровых лиц достоверно большим ($p < 0.05$) количеством событий, оцениваемых как потенциально травмирующие, и достоверно большим

по шкале Спилберга—Ханина (Ханин, 1976; Spielberg et al., 1970, 1983) — самооенок по параметрам методики САН (Доскин и др., 1973).

($p < 0.05$) количеством отобранных эмоциональных дескрипторов. Кроме того, в категориальных структурах эмоциональных переживаний больных с ПМК достоверно большую ($p < 0.05$) частоту встречаемости имеют эмоции категорий «страх» и «гнев», которые в большинстве случаев не имеют внешнего выражения.

Пациенты с ПМК существенно отличаются от здоровых лиц и по характеру разрешения потенциально травмирующих ситуаций. Для них характерно наличие выраженной диссоциации между направленностью и типом вербализованных и невербализованных реакций. Как выяснилось, в большей степени эти расхождения проявляются в подгруппе с «репрессивным» типом реагирования. Эти больные в открытом поведении склонны демонстрировать отношение к фрустрирующей ситуации как к не имеющей стрессовой нагрузки (*M*-направленность реакции), а также преувеличивать готовность к преодолению проблемы и ее конструктивному разрешению (*NP*-тип реакции). Однако невербализованные реакции этих больных показывают наличие противоположных тенденций в переживании таких ситуаций, а именно экстрапунтивность (*E*) и фиксацию на самозащите (*ED*).

Полученные результаты в совокупности интерпретировались нами как проявление повышенной чувствительности больных с ПМК к эмоциогенным ситуациям, обусловленной наличием определенных особенностей их мотивационно-потребностной сферы, когда основным смыслообразующим мотивом деятельности при столкновении с потенциально травмирующими ситуациями становится мотив избегания неудач. При этом, как известно, возникает фрустрация потребности в сохранении удовлетворяющей самооценки. Наличие отмеченных особенностей мотивационно-потребностной сферы, по-видимому, приводит к возникновению состояния эмоциональной напряженности у лиц с ПМК во многих жизненных ситуациях, которые воспринимаются ими как потенциально травмирующие. Именно в силу действия указанных факторов больные с ПМК, по-видимому, склонны использовать аффективно-насыщенные стратегии и стратегии «уходов» как типичные способы совладания с травмирующими событиями в повседневной жизни.

По результатам проективного исследования, для большинства больных с ПМК, предъявляющих жалобы на состояние физического здоровья, характерна высокая выраженность мотивации избегания неудач, недостаточное осознание своих потребностей, а также сложности с интеллектуальным опосредованием и контролем эмоций. Для больных с ПМК в целом характерен комплекс механизмов психологической защиты, где преобладают «рационализация», «отрицание», «проекция» и «реактивное образование».

II. Статистическая обработка и содержательная интерпретация всего массива клинических и психологических данных позволила

подтвердить гипотезу о возможности построения психосоматического синдрома у больных с ПМК.

В результате факторизации 120 переменных (психологических и клинических признаков) были выделены 4 фактора, объясняющие 52.47% дисперсии и связывающие между собой анализируемые характеристики: 1) фактор клинико-психологических взаимодействий (это единственный из полученных в результате факторов, который с максимальными факторными нагрузками включает как психологические особенности, так и показатели, отражающие особенности клинической симптоматики у больных с ПМК); 2) фактор, описывающий характеристики эмоциональных переживаний в эмоциогенных ситуациях; 3) фактор, отражающий способы совладания в травмирующих ситуациях; 4) фактор эмоциональной дезорганизации поведения/эмоционального контроля.

Анализ данной факторной структуры, а также анализ и содержательная интерпретация всей совокупности результатов клинико-психологического исследования позволяют сделать вывод о наличии у пациентов с ПМК достаточно устойчивой, содержательно интерпретируемой совокупности клинических и психологических симптомов и синдромов, которая может быть названа **психосоматическим синдромом**.

В состав данного синдрома вошли следующие *клинические симптомы и синдромы*: субъективные проявления нарушений ритма сердца, наличие панических атак в анамнезе, синдром нейрогенной гипервентиляции, степень выраженности вегетативных нарушений в целом, степень выраженности клинических нарушений в целом, выраженность болевого синдрома и показатели содержания уровня общего кортизола в сыворотке крови. В структуре данного синдрома представлены также *психологические симптомы*, как доминирование мотива избегания неудач, нереализованность потребности в сохранении удовлетворяющей самооценки, совокупность признаков выраженной эмоциональной напряженности в стрессовых ситуациях, недостаточный или избыточный контроль над побуждениями и эмоциями, особенности эмоциональных переживаний в стрессовых ситуациях (преобладание эмоций категорий «страх» и «гнев», которые в большинстве случаев не имеют внешнего выражения), неоптимальные способы разрешения эмоциогенных ситуаций.

Итак, можно утверждать, что *в качестве синдромообразующего фактора в данном синдроме выступают особенности мотивационно-потребностной сферы пациентов с ПМК — доминирование мотива избегания неудач и нереализованность потребности в сохранении удовлетворяющей самооценки*. Этот вывод был сделан с опорой на луриевские принципы выделения факторов, задающие логику и структуру построения нейропсихологических синдромов, а также на основании результатов факторного анализа (комплекс психологических характеристик, отражающих

данные особенности мотивационно-потребностной сферы, оказался представленным в структуре трех первых факторов с высокими факторными нагрузками).

Наличие устойчивых сочетаний описанных особенностей мотивационно-потребностной сферы с признаками слабости внутреннего контроля над побуждениями и эмоциями, с неоптимальными способами разрешения эмоциогенных ситуаций, а также с особенностями эмоциональных переживаний больных с ПМК в стрессовых ситуациях (все эти показатели представлены с высокими факторными нагрузками в результирующей факторной структуре) позволяет предположить, что *структура данного психосоматического синдрома определяется еще одним фактором — фактором нарушений эмоциональной регуляции*. Причем данный фактор является биполярным и представлен в двух крайних формах: с одной стороны, избыточной эмоциональной репрессией, а с другой — слабостью эмоционального контроля. Нельзя исключить и возможное наличие в структуре синдрома еще одного фактора — *психофизиологического*. Это предположение представляется вполне правомочным ввиду высокой представленности в результирующей факторной структуре психовегетативных симптомов и синдромов.

Полученные результаты (построение психосоматического синдрома) позволили нам высказать следующее предположение: если описанная нами структура действительно является психосоматическим синдромом и вошедшие в ее состав симптомы и факторы каузально связаны, то эта структура должна быть относительно устойчивой во времени, повторно воспроизводимой и должна обладать прогностическими возможностями.

Для подтверждения данного предположения через 15 лет было проведено повторное клиническое и психологическое обследование пациентов с ПМК, в котором приняли участие 127 человек. Часть пациентов с ПМК участвовали в лонгитюдном исследовании: в течение 15 лет 32 человека проходили психотерапию по запросу, 60 получали курсовое медикаментозное лечение (оротат магния и алпрозолам).

В результате повторного обследования нам удалось показать, что описанный синдром, несмотря на динамику (как положительную, так и отрицательную) состояния пациентов, является устойчивой структурой. Это определяет его прогностические возможности: пациенты, составившие «группу риска» утяжеления клинической симптоматики по описанным выше психологическим показателям и по совокупности клинических и психологических особенностей, подтвердили нашу гипотезу о возможности утяжеления клинических проявлений ПМК в ситуациях эмоциональной нагрузки при отсутствии медикаментозной и психологической поддержки, тогда как «психологически благополучные» пациенты обнаружили в целом положительную динамику и в ряде случаев редукцию клинических проявлений ПМК.

Таким образом, с опорой на луриевские принципы синдромно-факторного анализа психических явлений у больных с пролапсом митрального клапана был описан психосоматический синдром. Показано, что данный синдром является многоуровневым и его структура задается не одним, а несколькими факторами: мотивационным (доминирование мотива избегания неудач и нереализованность потребности в сохранении удовлетворяющей самооценки); фактором нарушений эмоциональной регуляции, представленным как избыточной эмоциональной репрессией, так и слабостью эмоционального контроля; а также психофизиологическим фактором.

Результаты, полученные с использованием принципа синдромного анализа, не только расширяют научные представления о природе пролапса митрального клапана, но и ставят новые вопросы, поиск ответа на которые будет способствовать расширению знаний о психологических механизмах психосоматического синдромогенеза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д.* Методика многостороннего исследования личности (структура, основы интерпретации, некоторые области применения). М., 1994.
- Бороздина Л.В.* Исследование уровня притязаний. М., 1986.
- Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. и др.* Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. СПб., 1999.
- Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю.* Медицинская психодиагностика: Теория, практика и обучение. СПб., 2003.
- Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение / Под ред. А.М. Вейна. М., 2003.
- Вygотский Л.С.* Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства. М., 1936.
- Ганзен В.А.* Системные описания в психологии. Л., 1984.
- Гусев А.Н., Измайлов Ч.А., Михалевская М.Б.* Измерение в психологии. М., 2005.
- Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Мирошникова М.П., Шарай В.Б.* Тест дифференцированной самооценки функционального состояния // *Вопр. психологии.* 1973. № 6. С. 141—146.
- Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М.* Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л., 1983.
- Ганзен В.А.* Системные описания в психологии. Л., 1984.
- Леонтьев Д.А.* Тематический апперцептивный тест. М., 2000.
- Лурия А.Р.* Высшие корковые функции и их нарушения при локальных поражениях мозга. М., 1962.
- Лурия А.Р.* Основы нейропсихологии. М., 1973.
- Лучшие психологические тесты для профотбора и профориентации / Под ред. А.Ф. Кудряшова. Петрозаводск, 1992.
- Монтвила З., Саргаутите Р.* Жалобы больных пролапсом митрального клапана с психологической точки зрения // *Актуальные вопросы изучения механизмов гемостаза: Тезисы респ. науч. конф. Каунас, 1983.* С. 196—198.
- Наенко Н.И.* Психическая напряженность. М., 1976.

Николаева В.В., Арина А.Г. Принципы синдромного анализа в психологии телесности // I Междунар. конф. памяти А.Р. Лурия: Сб. докл. / Под ред. Е.Д. Хомской, Т.В. Ахутиной. М., 1998. С. 75—82.

Николаева В.В., Арина А.Г. Клинико-психологические проблемы психологии телесности // Психологический журнал. 2003. Т. 24. № 1. С. 119—126.

Николаева В.В., Первичко Е.И., Стенура О.Б., Ролик Н.Л. Особенности эмоционального реагирования в ситуациях фрустрации у больных с синдромом дисплазии соединительной ткани сердца // Соц. и клинич. психиатрия. 1995. Т. 5. № 2. С. 24—32.

Равен Дж.К., Равен Дж., Курт Дж.Х. Руководство к прогрессивным матрицам Равена и словарным шкалам. М., 1997.

Романова Е.С., Гребенников Л.Р. Механизмы психологической защиты: генезис, функционирование, диагностика. Мытищи, 1996.

Румянцев Г.Г. Опыт применения метода незаконченных предложений в психиатрической практике // Исследование личности в клинике и в экстремальных условиях: Труды Ленингр. науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева / Под ред. В.Н. Мясищева, Б.Д. Карвасарского. Л., 1969. С. 266—275.

Сokolova Е.Т. Проективные методы исследования личности. М., 1980.

Сторожаков Г.И., Вережагина Г.С., Мальшева Н.В. Оценка индивидуального прогноза при пролапсе митрального клапана // Кардиология. 2004. № 4. С. 14—18.

Тарабрина Н.В. Экспериментально-психологическая методика изучения фрустрационных реакций: Методические рекомендации. Л., 1984.

Тхостов А.Ш. Психология телесности. М., 2002.

Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера. Л., 1976.

Barlett C.C., Kirtley M., Mangham R. Mitral valve prolapse // J. La State Med. Soc. 1991. Vol. 143. N 5. P. 41—43.

Barlow J.B., Pocock W.A. Mitral valve billowing and prolapse: perspective at 25 years // Herz. 1988. Vol. 13. N 4. P. 227—234.

Basso C., Thiene G., Corrado D. et al. Juvenile sudden death by cardiovascular disease // Eur. Heart J. 1993. Vol. 14 (Suppl.). P. 165.

Cattell R.B. Personality and motivation structure and measurement. N.Y., 1957.

Cattell H.E.P., Mead A.D. The sixteen personality factor questionnaire (16PF) // The SAGE handbook of personality theory and assessment. Personality measurement and testing. Vol. 2 / Ed. by G. Boyle, G. Matthews, D.H. Saklofske. Los Angeles, 2008. P. 135—178.

Coplan J.D., Papp L.A., King D.L., Gorman J.M. Amelioration of mitral valve prolapse after treatment for panic disorder // Am. J. Psychiatry. 1992. Vol. 149. N 11. P. 1587—1588.

Cowan M.D., Fye W.D. Prevalence of QTc prolongation in woman with mitral valve prolapse // Amer. J. Cardiol. 1989. Vol. 71. N 1. P. 133—134.

Devereux R.B., Kramer-Fox R., Kligfield P. Mitral valve prolapse: causes, clinical manifestations, and management // Ann. Intern. Med. 1989. Vol. 111. N 4. P. 305—317.

Ego defenses: Theory and measurement // Ed. by H. Conte, R. Plutchik. N.Y., 1995.

Eysenck H.J., Eysenck S.B.G. Personality structure and measurement. L., 1969.

Folkman S., Lazarus R.S. Coping and emotion // Stress and coping / Ed. by A. Monat, R.S. Lazarus. N.Y., 1991. P. 207—227.

Gorman J.M., Goetz R.R., Fyer M. et al. The mitral valve prolapse — panic disorder connection // Psychosom. Med. 1988. Vol. 50. N 2. P. 114—122.

Gonzalez E.A., Pimentel C., Natale R.A. et al. Psychiatric and medical co-morbidity in mitral valve prolapse // Ir. J. Psych. Med. 2002. Vol. 19. N 1. P. 16—20.

Hathaway S.R., McKinley J.C. A multiphasic personality schedule (Minnesota): I. Construction of the schedule // J. of Psychology. 1940. N 10. P. 249—254.

- Hoppe F.* Erfolg und Misserfolg // Psychol. Forsch. 1930. Bd. 14. P. 1—62.
- Joiner C.R., Cornman C.R.* The mitral valve prolapse syndrome: Clinical features and management // Cardiovasc. Clin. 1986. Vol. 10. N 2. P. 233—256.
- Lazarus R.S., Folkman S.* The concept of coping // Stress and coping / Ed. by A. Monat, R.S. Lazarus. N.Y., 1991. P. 189—206.
- Manual of the Eysenck Personality Questionnaire / Ed. by H.J. Eysenck, S.B.G. Eysenck. L., 1975.
- McKinley J.C., Hathaway S.R.* A multiphasic personality schedule (Minnesota): Hysteria, hypomania, and psychopathic deviate // J. of Applied Psychology. 1944. N 28. P. 153—174.
- Murray H.A.* Thematic apperception test manual. Cambridge, 1943.
- Pariser S.F. et al.* Arrhythmia induced by a tricyclic antidepressant in a patient with undiagnosed mitral valve prolapse // Amer. J. of Psychiatry. 1981. Vol. 138. N 4. P. 522—523.
- Plutchik R., Kellerman H., Conte H.R.* A structural theory of ego defenses and emotions // Emotions in personality and psychopathology / Ed. by C.E. Izard. N.Y., 1979. P. 229—257.
- Puchala M.* Neurologické a oftalmologické komplikácie prolapsu dvojčipovej chlopne // Cesk. Neurol. Neurochir. 1990. Vol. 53. N 1. P. 27—35.
- Raven J.C.* Mental tests used in genetic studies: The performance of related individuals on tests mainly educative and mainly reproductive. L., 1936.
- Raven J.* Manual for Raven's Progressive Matrices and Vocabulary Scales. San Antonio, 1981.
- Rosenzweig S.* The picture-association method and its application in a study of reactions to frustration // J. of Personality. 1945. Vol. 14. N 4. P. 3—23.
- Sachs J.M., Levy S.* The sentence completion test // Projective psychology / Ed. by L. Bellak. N.Y., 1950. P. 357—397.
- Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R.E.* The State-Trait Anxiety Inventory: Test manual. Palo Alto, 1970.
- Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R. et al.* Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, 1983.
- Scordo K.* Medication use and symptoms in individuals with mitral valve prolapse syndrome // Clinical Nursing Research. 2007. N 16. P. 58—71.
- Stavrakaki C., Williams E., Boisjoli A. et al.* Mitral valve prolapse and psychiatric complications: a case report. // J. Psychiatry. Neurosci. 1991. Vol. 16. N 1. P. 45—49.

М. К. Бардышевская

ПРОБЛЕМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА В РАМКАХ УРОВНЕВОЙ МОДЕЛИ

В статье рассматриваются проблемы развития уровневой модели эмоциональной регуляции, базирующейся на синтезе различных подходов. Вводится понятие «уровень развития аффективно-поведенческого комплекса», позволяющее анализировать эмоционально-личностное развитие ребенка преимущественно в рамках этологии человека. Ставится проблема изучения развития механизмов «перешифровки» опыта реализации аффективно-поведенческих комплексов в подвижные символические образы, связанные с динамикой поведения привязанности, и в устойчивые ядерные структуры личности.

Ключевые слова: эмоциональное развитие, аффективно-поведенческий комплекс, уровень организации, привязанность, ядерные структуры личности, типология развития.

In the article the problems of development of the level model of emotional regulation which are based on the synthesis of different approaches are examined. The concept of “a level of development of affective-behavioral complex” is introduced. This concept allows scrutinizing development of emotions and personality in children mostly in the frames of human ethology. The problem of development of mechanisms of “re-enciphering” of experience of realization of affective-behavioral complexes into movable symbolic images connected with dynamics of attachment behavior and into the basic structures of personality is set up.

Key words: emotional development, affective-behavioral complex, the level of organization, attachment, basic structures of personality, typology of development.

Л.С. Выготский и А.Р. Лурия (1993) выделяют в развитии ребенка три последовательные стадии: 1) стадию господства натуральных форм поведения, 2) стадию перестройки натуральных форм в культурные и 3) стадию доминирования культурного поведения. К натуральным формам поведения авторы относят поведение, близкое к инстинктивному и тесно связанное с переживанием удовольствия или неудовольствия, — примитивную эгоцентрическую игру и воображение со свободной проекцией своих фантазий вовне, монолог в речи и пр. Уровневая модель Н.А. Бернштейна (1990) позволяет исследовать развитие примитивных

Бардышевская Марина Константиновна — канд. психол. наук, доцент кафедры ней-ро- и патопсихологии МГУ. *E-mail:* marinabard@yandex.ru

аффективных форм поведения без жесткого противопоставления их культурным формам. Ранние аффективные формы поведения, постепенно утрачивая свою ведущую роль, становятся фоновыми, инструментальными, облегчающими или тормозящими протекание сложных форм поведения, переходят в латентное состояние и пр., однако не исчезают полностью. В данной статье обозначены проблемы исследования эмоционально-личностного развития ребенка в рамках данной модели.

Идеи Н.А. Бернштейна в уровневой модели эмоциональной регуляции

Уровневая модель эмоциональной регуляции¹ (с делением способов регуляции «по горизонтали» в соответствии со ступенями развития, типами адаптации, эмоциональной² организации) была разработана на материале исследования психического развития детей с ранним детским аутизмом (Лебединский и др., 1990). Теоретико-методологическими основами этой модели являются идеи Н.А. Бернштейна (1990) об уровнях структурно-динамических изменений живой самоорганизующейся системы, обеспечивающих реализацию целесообразного поведения, представления Л.С. Выготского и А.Р. Лурия (1993) о примитивных и высших аффектах, этологическая модель развития поведения (Хайнд, 1975). В первоначальном варианте уровневой модели эмоциональной регуляции В.В. Лебединским и соавторами (1990) разрабатывались следующие идеи Н.А. Бернштейна о закономерностях развития поведения: «гетерохронизм»³; иерархическое деление уровней на смысловой (ведущий) и фоновые; иерархия механизмов регуляции и высвобождения низовых механизмов (т.е. гиперкинезов, синкинезий, элементарных выразительных и защитных движений), нарушение пропорций между

¹ В.В. Лебединский (1990) не обозначал четко, что именно регулирует система эмоциональной регуляции. Чаще в его тексте речь идет о регуляции психического тонуса. Учитывая этологическую ориентацию модели, можно говорить об эмоциональной регуляции поведения и отчасти самих эмоций, но не о регуляции символической активности, которая В.В. Лебединским поначалу не обсуждалась.

² В тексте слова «базальная эмоция» и «аффект», «эмоциональный» и «аффективный» используются как синонимы для обозначения любого эмоционального явления с подчеркиванием его психофизиологической, поведенческой основы.

³ Идея «гетерохронизма» у Н.А. Бернштейна предполагает и одновременное и одновременное созревание и реализацию двигательных механизмов, «условия гетерохронизма более чем нестроги». Отсутствие определения четких временных пропорций становления разных механизмов регуляции поведения делает данную идею более сложной, чем идею гетерохронии — закона одновременного развития разных психических функций, для каждой из которых выделяется свой сенситивный период (Лебединский, 2003). Гетерохронизм (по Бернштейну) — более широкое понятие, чем гетерохрония (по Лебединскому).

уровнями в патологии; постепенное нарастание тяжести симптома от сбиваемости механизма регуляции в двух противоположных направлениях (гипер- и гипофункции) до его выпадения.

Расширение наших знаний о системообразующей роли поведения привязанности (Боулби, 2004) и иерархической организации символической активности (Segal, 1986), которая включает элементарные формы, тесно связанные с аффектом и поведением, позволило В.В. Лебединскому и нам (Бардышевская, Лебединский, 2003; Лебединский, Бардышевская, 2002) трансформировать модель. Были добавлены механизмы регуляции, развивающиеся в рамках поведения привязанности между ребенком и матерью или заменяющим ее человеком на уровне эмоционального контакта, соответствующем уровню предметных действий у Н.А. Бернштейна, и высший уровень символических регуляций, соответствующий пятому уровню организации движений у Н.А. Бернштейна.

В настоящий момент развитие уровневой модели эмоциональной регуляции идет в двух направлениях: 1) психоэтологический анализ встраивания ранних форм поведения и соответствующих им эмоциональных состояний и способов их регуляции (так называемых аффективно-поведенческих комплексов) в более зрелые эмоционально-личностные структуры (естественно-научный анализ «снизу вверх», приверженцем которого был В.В. Лебединский); 2) философско-культурологический анализ («сверху вниз»), в котором элементарные аффективные явления и механизмы оцениваются с высот развития человеческого духа, аффективные импульсы ребенка противопоставляются культуре (Никольская, 2000).

В варианте модели, соответствующем первому направлению и представляющем синтез этологического, психологического и уровневого анализа, понятие «уровень эмоциональной регуляции» заменено более объемным понятием «уровень развития аффективно-поведенческого комплекса», которое включает: 1) специфические аффективные нагрузки, которые запускают (регулируют) данный комплекс; 2) характеристики базальных эмоций, которые наиболее чувствительны к этим аффективным нагрузкам; 3) типы связей (жесткие, ассоциативные, «звездные»⁴ или иерархические) между элементами этологически заданного типа поведения (самосохранения, сна-бодрствования, пищевого, территориального, привязанности, исследовательского поведения, игры, агрессии и пр.), которое реализуется на данном уровне; 4) устойчивые циклы аффективной динамики, отражающие связи между разными типами поведения; 5) усваиваемые характеристики эмоционального

⁴ В общей биологии «звездные» связи между органами предполагают существование центрального органа, изменение которого сразу сказывается на изменении всех зависимых от него органов (Малиновский, 2000, с. 99).

опыта (что сохраняется в аффективной памяти); 6) способы ощущения себя как живого центра активности, самовыражения; 7) способы предотвращения аффективных срывов.

Актуальные проблемы исследования эмоционально-личностного развития ребенка в рамках уровневой модели

1. *Проблема соотношения гетерохроний и асинхроний, а также возрастнo-специфических неравномерностей и структурно-динамических нарушений в развитии базальных эмоций и ядерных образований личности ребенка.* Принято считать, что базальные эмоции, в отличие от развития психических функций, включая моторику, созревают очень рано (Лебединский, 2003), а следующая после созревания фаза налаживания (по: Бернштейн, 1990) предполагает выраженные колебания, неустойчивость, регрессы как явления *нормальной* динамики развития. В детском возрасте аффективные феномены, сходные с патологическими симптомами, взятые изолированно, не имеют прогностической ценности, в то время как варианты динамики, связей, последовательностей аффективных проявлений, действительно, важны для диагностики и терапии. Однако критерии гетерохронии и асинхронии, неравномерностей и структурно-динамических нарушений (задержки, искажения, повреждения) в этой области развития ребенка размыты и требуют как адекватной теоретической модели, так и операционализации.

2. *Проблема типологии эмоционально-личностного развития у детей в норме и патологии.* Может ли быть построена типология на основе преимущественной оценки развития элементарных аффективно-поведенческих комплексов и механизмов их «перешифровки» в символической активности (игре, рисунке, речи) ребенка? Длительные наблюдения за развитием детей в разных условиях показывают, что существуют различные варианты фиксации, изменений интенсивности, неустойчивости, поломок или пропуска онтогенетически ранних паттернов поведения (пищевого, территориального, исследовательского, игры, агрессии, привязанности и пр.), которые лежат в основе (наряду с другими факторами) разных форм задержек, искажений и поврежденных развития.

3. *Проблема устойчивости эмоционального развития, соотношения сенситивных периодов и возрастных кризисов, проблема прогноза.* В связи с временным смещением и «растяжением во времени» сенситивных периодов и возрастных кризисов в современной детской популяции по сравнению с теми, которые описываются классическими моделями развития, встает вопрос о выделении критериев типа развития, устойчивого периода развития и периода кризиса. Предполагается, что ядерные образования личности (индивидуально-специфичные способы «ощущения наиболее живого в себе», по выражению А. Валлона (1967), собственной избирательности, отграниченности от других людей и пр.)

позволяют ребенку оставаться самим собой даже в эпоху бурных изменений различной природы, вызванных быстрыми процессами развития, болезни или компенсации. Другим фокусом исследований может быть динамика поведения привязанности как системообразующего (Боулби, 2004; Ainsworth, 1991). В отличие от ядерных образований личности поведение привязанности подвижно, чувствительно к внешним и внутренним изменениям, поэтому оно первым меняется в кризисный период развития. Напротив, устойчивый период эмоционально-личностного развития характеризуется стабилизацией поведения привязанности. Для диагностики типа развития актуальна проблема соотношения проявлений прошлого эмоционального опыта (аффективных следов), отраженного в сиюминутной динамике аффективно-поведенческих комплексов, и зоны ближайшего эмоционального развития (предвестников изменений).

4. *Проблема соотношения натуральной и культурной линий развития в различном социальном контексте.* Здесь выделяются базовые линии: а) линия психической активности самого ребенка (в одиночестве); б) линия первичной социализации в рамках индивидуальной привязанности; в) линия социализации в детском коллективе. Являются ли эти три линии развития аффективно-поведенческих комплексов относительно самостоятельными, обеспечивающими резерв в случае нарушений развития в одном из контекстов?

А) Что касается первой линии, то малоисследованными остаются механизмы активного преобразования («перешифровки», по выражению Н.А. Бернштейна) ребенком своего эмоционального опыта в ядерные структуры личности и дальнейшего участия этих структур в регуляции эмоций. Наблюдения показывают, что даже самые маленькие дети пытаются справиться с аффективными нагрузками самостоятельно, например находя замещающий предмет в ситуации недоступности желаемого. В патологии же возможности самостоятельного регулирования негативных эмоциональных состояний ограничены из-за узкой фиксации на отрицательном эмоциональном опыте. Отрицательный опыт избирательно накапливается, в то время как механизмы усваивания хорошего эмоционального опыта неустойчивы или повреждены. Б) Современные исследования взаимодействия аффективно-поведенческих комплексов матери и ребенка ограничиваются изучением влияния на эмоциональное развитие ребенка аффективного расстройства матери (Field, 2005; Radke-Yarrow, 1991; Tronick, 2005). В норме ранние взаимодействия матери и ребенка изучаются в рамках психоаналитических наблюдений за младенцами. Требуются более систематические исследования на разных выборках. В) Наши наблюдения показывают, что в детском коллективе некоторые ранние натуральные аффективно-поведенческие комплексы (примитивная агрессия, квазиагрессия, сексуальные игры и пр.) сохраняются дольше, чем в рамках индивидуальной привязанности в семье,

тогда как другие аффективно-поведенческие комплексы (витальные, циклические: сон-бодрствование, пищевое поведение) значительно изменяются по сравнению с тем, как они реализуются в семье. В каких случаях высокая цена подобных изменений (аффективные срывы, психосоматические заболевания и пр.) является показателем аномального развития эмоций и личности?

5. *Проблема метода.* Для исследования базальных эмоций используются методы, вызывающие у ребенка состояния фрустрации, депривации, конфликта (Radke-Yarrow, 1991; Tronick, 2005). В качестве стимульного материала предъявляются статичные изображения лиц, иные нагрузки, намеренно обедняющие или искажающие ситуацию эмоционального взаимодействия (демонстрация застывшего или разгневанного лица; внезапный уход матери и пр.). На наш взгляд, оптимальным методом исследования является лонгитюдное наблюдение за динамикой аффективно-поведенческих комплексов ребенка в условиях, приближенных к естественным. Объективность полученных данных обеспечивается следующей процедурой анализа данных: а) использованием анализа видеоматериалов с выделением повторяющихся (устойчивых) паттернов и отсеиванием случайных колебаний, б) использованием метода экспертной оценки при анализе данных наблюдений; в) варьированием аффективных нагрузок.

6. *Исследование мозговых механизмов развития аффективно-поведенческих комплексов.* Аффективные феномены традиционно делятся на два класса — примитивный аффект, который обеспечивается деятельностью подкорки (ретикулярной формации, миндаины, гиппокампа и таламуса), и аффект, который обеспечивается активностью неокортекса (префронтальных зон) и его многочисленными связями с нижележащими структурами мозга (Лебединский и др., 1990; Le Doux, 1994—1996 по: Fonagy et al., 2002). Альтернативным является узкодифференциальный подход к разным типам поведения, имеющим особый мозговой субстрат и связанным с этими типами поведения аффектами, которые рассматриваются как первичные биологические мотивирующие образования (Panksepp, Pascualini, 2005). Необходимы исследования развития вертикальных и горизонтальных связей между мозговыми субстратами различных аффективно-поведенческих комплексов. Данная проблема требует тесного сотрудничества детских клинических психологов с нейропсихологами и психофизиологами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Бардышевская М.К., Лебединский В.В.* Диагностика эмоциональных нарушений у детей: Учеб. пособие. М., 2003.
- Бернштейн Н.А.* Физиология активности. М., 1990.
- Боулби Дж.* Создание и разрушение эмоциональных связей. М., 2004.
- Валлон А.* Психическое развитие ребенка. М., 1967.

Выготский Л.С., Лурия А.Р. Этюды по истории поведения: Обезьяна. Примитив. Ребенок. М., 1993.

Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте. М., 2003.

Лебединский В.В., Бардышевская М.К. Аффективное развитие ребенка в норме и патологии // Психология аномального развития ребенка: Хрестоматия: В 2 т. / Под ред. В.В. Лебединского, М.К. Бардышевской. М., 2002. Т. 1. С. 588—681.

Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте. М., 1990.

Малиновский П.П. Тектология. Теория систем. Теоретическая биология. М., 2000.

Никольская О.С. Аффективная сфера человека. М., 2000.

Хайнд Р. Поведение животных. М., 1975.

Ainsworth M.D.S. Attachments and other affectional bonds across the life cycle // Attachment across the life cycle / Ed. by C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, P. Marris. L.; N.Y., 1991. P. 33—51.

Field T. Prenatal depression affects on the fetus and neonate // Emotional development / Ed. by J. Nadel, D. Muir. Oxford Univ. Press, 2005. P. 317—340.

Fonagy P., Gergely G., Jurist E., Target M. Affect regulation, mentalization and the development of the self. L., 2002.

Panksepp J., Pasqualini M.S. The search of fundamental brain/mind sources of affective experience // Emotional development / Ed. by J. Nadel, D. Muir. Oxford Univ. Press, 2005. P. 5—30.

Radke-Yarrow M. Attachment patterns in children of depressive mothers // Attachment across the life cycle / Ed. by C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, P. Marris. L.; N.Y., 1991. P. 115—126.

Segal H. Notes on symbol formation // Segal H. Kleinian approach to clinical practice. L., 1986. P. 49—65.

Tronick E. Why is connection with others so critical? The formation of dyadic states of consciousness and the expansion of individuals' states of consciousness: Coherence governed selection and the co-creation of meaning out of messy meaning making // Emotional development / Ed. by J. Nadel, D. Muir. Oxford Univ. Press, 2005. P. 293—316.

И. В. Плужников

СИНДРОМНЫЙ ПОДХОД В ИЗУЧЕНИИ НЕЙРОКОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА ПРИ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Статья посвящена проблеме использования основных принципов синдромного нейропсихологического анализа в психиатрической клинике. Приводятся основные условия реализации синдромного подхода А. Р. Лурия в клинике психических заболеваний: учет психопатологии, концептуализация особенностей работы головного мозга, внимательное отношение к изучаемой психологической реальности. Анализируются перспективы дальнейшего развития нейропсихологии в психиатрии, в том числе в методическом и методологическом ракурсе.

Ключевые слова: нейропсихология, нейрокогнитивный дефицит, психопатология, синдромный анализ, нейропсихологический фактор, нейропсихологический синдром.

The article is dedicated to problem in usage of main principals of syndrome neuropsychological analysis in psychiatry. Main requirements for realization of A.R. Luria's syndrome approach are given: accountancy of psychopathology, conceptualization of brain functioning particularities, and special attention to the researched psychological reality. The prospects for further development of neuropsychology in psychiatry, including the assessment and theoretical perspectives, are observed.

Key words: neuropsychology, neurocognitive impairment, psychopathology, syndrome analysis, neuropsychological factor, neuropsychological syndrome.

Нарушения когнитивных функций в том или ином виде сопровождают большинство психических расстройств, в том числе и тех, которые не связаны со структурными повреждениями тканей головного мозга. Среди последних — весь спектр шизофрении, аффективные болезни (моно- и биполярные расстройства настроения), невротические (тревожно-фобические, обсессивно-компульсивные) состояния, расстройства личности, pervasive нарушения развития, включая аутизм, синдром дефицита внимания с гиперактивностью у взрослых и др. Когнитивные нарушения были выделены в отдельную группу симптомов наряду с продуктивной и негативной симптоматикой психических заболеваний (Breier, 1999). Статистически доказано, что

Плужников Илья Валерьевич — канд. психол. наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии ф-та психологии МГУ. *E-mail:* pluzhnikov.iv@gmail.com

негрубые расстройства памяти, внимания, мышления, произвольной регуляции психической деятельности в значительной степени негативно влияют на качество жизни и социальное функционирование психически больных (Зайцева, Магомедова, 2010; The neuropsychology of everyday functioning, 2009).

Наряду с широко известными достижениями нейропсихологической школы А.Р. Лурия в исследовании деменций позднего возраста (Н.К. Корсакова), эпилепсии (Л.И. Вассерман, Ю.В. Микадзе), лучевой болезни (Е.Д. Хомская), сотрясения мозга (Е.Д. Хомская, Н.Н. Привалова) и др. нельзя не отметить и отдельные отечественные нейропсихологические работы по шизофрении (см., напр.: Ткаченко, Бочаров, 1991), выполненные во время расцвета нейрокогнитивного подхода к расстройствам шизофренического спектра на Западе (см., напр.: Frith, 1992). Полученные в этих работах данные убедительно доказали не только возможность, но и необходимость применения методов луриевской нейропсихологии к анализу нарушений психики при шизофрении и других эндогенных психических заболеваниях в целях «оформления» сложных и порой парадоксальных сочетаний когнитивных расстройств, обнаруживаемых у пациентов психиатрической клиники.

Исследования, проведенные в сотрудничестве школы А.Р. Лурия с отечественной клинико-психопатологической школой (Зайцева, 2010; Магомедова, 2003; Сидорова, 2005; Филатова, 2000), отличались и новыми данными, и новыми интерпретационными линиями в обсуждении результатов. Однако важнейший принцип методологии нейропсихологической школы А.Р. Лурия — метод нейропсихологического синдромного анализа — не был реализован полностью.

Для использования этого принципа необходимо, согласно синдромному подходу А.Р. Лурия, реализовать три условия (см.: Хомская, 2003, с. 362—364): выполнить качественную квалификацию наблюдаемых нарушений высших психических функций (ВПФ), выделить среди этих нарушений первичные и вторичные, а также описать сохранные звенья психической деятельности. Авторы упомянутых выше исследований с большим вниманием отнеслись к первому и третьему условиям: нарушения ВПФ при эндогенной психической патологии были не только качественно описаны, но и оценены количественно, была предложена количественная шкала оценки когнитивных нарушений, адаптированная для указанной когорты пациентов (Филатова, 2000); в каждой работе, выполненной в рамках данного цикла, всегда приводились данные о тех параметрах психической деятельности, которые остаются сохранными у больных. Однако анализ соотношения первичных и вторичных нейропсихологических симптомов не проводился.

В связи с этим подробнее остановимся на проблеме первичных и вторичных нарушений ВПФ при эндогенных психических заболеваниях. Прежде всего, обратимся к самим понятиям «первичное нарушение» и

«вторичное нарушение» в отечественной нейропсихологии. Согласно Л.С. Выготскому, первичные нарушения (симптомы, расстройства, дефекты) «являются непосредственными психическими проявлениями *биологической недостаточности*» (1983, с. 290; выделено мной. — *И.П.*), а вторичные — их психологическими «осложнениями». А.Р. Лурия пишет: «Первичным в каждом случае выступает нарушение “собственной функции” пораженного участка, которая обеспечивает нормальное протекание определенного звена функциональной системы. Вторичным, или системным, следствием данного нарушения является распад всей функциональной системы в целом» (2000, с. 73; см. также: Лурия, 1970, 1973). Другими словами, первичные нарушения психической деятельности — это нарушения, возникающие вследствие повреждения или недоразвития определенного нейропсихологического фактора, обеспечиваемого определенным церебральным аппаратом; вторичные же нейропсихологические симптомы возникают вследствие первичных, т.е. на основе нарушенного фактора.

В самом начале нейропсихологических исследований шизофрении на Западе центральной стала гипотеза «гипофронтальности» (Andreasen et al., 1992; Weinberger et al., 1986), согласно которой основным нейрокогнитивным дефицитом при расстройствах шизофренического спектра является дефицит регуляторных функций, коррелирующий с уменьшением локального мозгового кровотока в префронтальных отделах мозга. Однако уже через несколько лет стало понятно, что лобные доли, действительно находящиеся при хронической шизофрении с глубокими негативными симптомами в дисфункциональном состоянии, — не единственный церебральный аппарат, якобы «поражаемый» эндогенным процессом. Это, например, дало основание Рубену и Ракедь Гурам назвать свою статью, посвященную этой проблеме, «Гипофронтальность при шизофрении: Покойся с миром!» (Gur, Gur, 1995). В настоящий момент существуют верифицированные данные (в том числе полученные с помощью фМРТ, ПЭТ и др.) о корреляции низких баллов по методикам, направленным на измерение отдельных аспектов произвольной регуляции деятельности, с дисфункцией различных отделов лобной коры — фронтальной, орбитальной, медиальной и др. (см. обзор: Зайцева, Магомедова, 2010). Однако данных о том, что при шизофрении кроме лобных долей в значительной степени страдают и другие мозговые аппараты (височные области, подкорковые ядра, теменно-затылочная кора), а также связи между ними, становится все больше, а их доказательность не вызывает сомнений (см. обзоры: Вальтер, 2010; Первый..., 2010; Busatto et al., 2009; Vita et al., 2011).

Таким образом, первичный нейробиологический дефект, специфичный для шизофрении, на первый взгляд выделить нельзя. Но можно выбрать иной путь решения проблемы анализа первичных и вторичных нейропсихологических симптомов. Важным эмпирическим критерием-

дифференциатором типа нарушения (первичное/вторичное) остается способность испытуемого во время нейропсихологического обследования осуществлять коррекцию своих действий после подсказки экспериментатора. Первичные симптомы, в отличие от вторичных, такой коррекции не поддаются.

Мы полагаем, что получению целостной, системной картины нейрокогнитивного дефицита при той или иной психической патологии может способствовать соблюдение ряда условий. Перечислим их.

1. *Учет* в нейропсихологическом исследовании *клинической картины страдания, его этиологии и патогенеза* («клинический принцип»). Важность этого условия подчеркивается тем, что в абсолютном большинстве случаев нейропсихологические исследования психических расстройств проводятся в сотрудничестве с врачами-психиатрами. Отечественная нейропсихология может предложить психиатрии тонкую, глубокую и многогранную информацию о состоянии различных компонентов и аспектов психической деятельности. Эта информация может быть ценной для решения задач отслеживания динамики состояния больного на фоне не только психофармакологического лечения, но и психосоциальной терапии (Зайцева, Магомедова, 2010). Но и психиатрия как самостоятельная и интенсивно развивающаяся наука может дать нейропсихологии очень многое, поскольку в ней используются методы доказательной медицины, привлекаются данные из смежных медико-биологических наук, используется математическое моделирование и пр. Без учета клинической формы страдания, ее варианта, системы этиологических факторов, длительности и типа динамики течения болезненного процесса, возможных вариантов исхода, принимаемых больным препаратов, т.е. всего того, что входит в компетенцию психиатрии, проведение серьезных нейропсихологических исследований в психиатрической клинике невозможно. Кроме того, в психиатрическом анамнезе пациента, в отличие от анамнеза неврологического, имеются данные о тех же составляющих психики (преморбидный уровень интеллектуального развития, особенности перцепции, памяти, мышления до болезни), которые являются объектом внимания нейропсихологии. В этой связи от клинического нейропсихолога или нейропсихолога-исследователя требуется, во-первых, правильное прочтение этих данных, представленных в психопатологических понятиях. Во-вторых, психиатрическое исследование психических функций в начале заболевания может служить отправной точкой для формулирования психологической гипотезы о первичном симптоме.

Данный принцип реализован нами в исследовании роли преморбидного уровня формального интеллекта (с использованием сопоставления данных экспериментально-психологического и клиникопсихопатологического методов) в дифференциации доболезненных особенностей пациентов, перенесших юношеский эндогенный при-

ступообразный психоз (В.Г. Каледа, О.Е. Мезенцева, И.В. Плужников, в печати).

2. Концептуализация работы мозга, находящегося в нормальном и болезненном состоянии («церебральный принцип»). Очевидно, что головной мозг функционирует специфическим образом при определенной форме и конкретном варианте психического заболевания на том или ином этапе его течения. Кроме того, «модель» работы мозга пациента, находящегося на инициальном этапе болезни, сильно отличается от «модели» работы мозга пациента, перенесшего несколько психотических эпизодов («катастрофа мозга», используя терминологию некоторых авторов). Определение механизмов нарушений (изменений) в работе мозга, зависящих от психопатологической картины, возможно только при условии изучения обобщенных данных, соответствующих современному состоянию нейронауки (Вальтер, 2010; Ames et al., 2009; Cabeza, Kingstone, 2001; Dougherty, Rauch, 2001; Glabus, 2005; Soares, 2002). В этих и некоторых других работах приведены наиболее надежные данные о дисфункциональных отделах мозга пациентов, в том числе с учетом их пола, возраста, принимаемой терапии.

При конструировании рабочей модели функционирования мозга при той или иной патологии необходим учет не только морфологического, но и других уровней анализа его строения, в первую очередь генетического и биохимического, в связи с той решающей этиопатогенетической ролью, которая им придается в последнее время. Наибольшие успехи демонстрирует в этом поле так называемый «эндофенотипический подход» (The handbook..., 2009), согласно которому для отдельных групп психических заболеваний (шизофрении, биполярного аффективного и обсессивно-компульсивного расстройства, болезни Альцгеймера и др.) существуют определенные маркеры генетической уязвимости (эндофенотипы), проявляющие себя в виде нейропсихологических симптомов. В качестве критериев эндофенотипа традиционно называются (Cannon, Keller, 2006; Gottesman, Gould, 2003; Hasler et al., 2006): связь с заболеванием; наследуемость; устойчивость к различным психопатологическим состояниям, характеризующим определенную нозологию; большая выраженность у членов семьи больного по сравнению с общей популяцией. Описание *нейрокогнитивных эндофенотипов* (с выделением определенного психологического компонента и приведением данных о его связи с анатомическими, электрофизиологическими, иммунными, биохимическими и генетическими параметрами организма) фактически совпадает с существующими в отечественной нейропсихологии представлениями об уровне строения *нейропсихологического фактора* (Хомская, 1999).

3. Направленный отбор и операционализация изучаемой психической реальности («психологический принцип»). Выдвигая это условие, мы опираемся на следующие соображения.

А. В соответствии с положениями школы Л.С. Выготского—А.Н. Леонтьева—А.Р. Лурия следует изучать не отдельные психические функции (память, внимание, мышление, речь), а те компоненты этих функций, которые, включаясь в деятельность субъекта, образуют собой «функциональный орган» психики при реализации конкретных целей. Речь идет о психологическом уровне анализа нейропсихологических факторов, т.е. о таких звеньях психической деятельности, как фонематический анализ и синтез, кинетическая организация, пространственный анализ и синтез, энергетическое обеспечение активности (микроуровень); программирование и контроль, прием, хранение и переработка информации, регуляция тонуса и бодрствования (мезоуровень); simultанность/сукцессивность, конвенциональность/неконвенциональность в процессах переработки информации и др. (макроуровень психологического анализа). Представляется интересным продолжение начатых в классической нейропсихологии исследований механизмов взаимодействия психических процессов и особенностей эмоционально-личностной сферы в норме и патологии.

Б. Надо с осторожностью относиться к трендовым понятиям современной западной нейропсихологии. Некоторые из них затруднительно перевести на русский язык (*executive functions, working memory, theory of mind, awareness, social cognitive functions, metacognition* и др.). За большинством этих понятий лежит сложная констелляция связей и взаимодействий между очень разными психическими функциями и их составляющими. Это замечание относится и к методическому обеспечению многих зарубежных исследований нейрокогнитивного функционирования при психических расстройствах. Так, например, автор этих строк затрудняется ответить на вопрос, какие аспекты психической деятельности оценивает Висконсинский тест сортировки карточек (*Wisconsin Card Sorting Test*), входящий в «золотой стандарт нейропсихологического исследования».

В. В качестве нового и перспективного научного направления в рассматриваемой области можно назвать изучение психологических аспектов некоторых психопатологических симптомов и синдромов (формальные нарушения мышления, галлюцинации, ангедония), присутствующих заболеванию. Нейропсихологические исследования этих и некоторых других психопатологических явлений проводятся, и уже есть интересные результаты (*The neuropsychology of emotion, 2000; Voices..., 2004; и др.*).

* * *

Реализация намеченных выше условий требует дополнения и переработки собственно нейропсихологического инструментария. Важными составляющими этой работы нам представляются: разработка новых методик (их необходимость диктуется практикой работы с психически больными); апробация и адаптация классических и новых западных

нейрокогнитивных методик (с теоретической проработкой конструктивной валидности); введение новых подходов к количественной оценке нейропсихологического исследования по схеме А.Р. Лурия (в первую очередь с акцентом на концепцию нейропсихологического фактора); внедрение опросниковых нейропсихологических методик, позволяющих оценивать влияние нейрокогнитивного дефицита на повседневное функционирование больных.

Внимательно изучив данные о специфике работы головного мозга в условиях той или иной психической патологии, можно выдвинуть гипотезы о возможных церебральных дисфункциях, которые могут быть «базисом» для возникновения первичных нейропсихологических симптомов. Анализ литературы показывает, что в большинстве случаев обнаруживается сочетание нескольких относительно устойчивых дефицитарных звеньев мозговых систем. Таким образом, в структуре нейрокогнитивного дефицита можно наблюдать комплекс первичных нарушений, т.е. можно говорить не только о закономерном сочетании симптомов, но и о закономерном сочетании синдромов — «метасиндроме» (Ю.В. Микадзе), «гибрид-синдроме» (Н.К. Корсакова).

Обсуждая природу нейропсихологических синдромов (метасиндромов) при психических заболеваниях, будет уместно вспомнить гипотезу об особом развитии ЦНС при психопатологии (*the neurodevelopmental hypothesis*). Согласно этой гипотезе, одним из центральных биологических факторов возникновения психического расстройства в зрелом (чаще подростково-юношеском) возрасте является внутриутробная тератогения, влияющая на генез структур головного мозга (Brown, 1999; Mayes, Ward, 2003; Murray, Lewis, 1987). В настоящий момент различные варианты указанной гипотезы используются для объяснения широкого круга психопатологических состояний — от шизофрении до расстройств личности (*The neurodevelopmental mechanisms...*, 2003; Raine, Yang, 2006).

В целом речь идет о значительных структурно-функциональных перестройках психологических и церебральных систем в ходе онтогенеза под влиянием патологического процесса, что в конечном итоге заставляет взглянуть на «нарушение нейропсихологического фактора» под другим углом. Выявленный в исследовании (клиническом, экспериментальном) контур нейропсихологической синдромологии будет следствием не единовременного нейротрансмиттерного дисбаланса, а продуктом длительного развития мозга в заданных болезнью условиях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Вальтер Х. Функциональная визуализация в психиатрии и психотерапии. М., 2010.
- Выготский Л.С. Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства // Выготский Л.С. Собр. соч.: В 6 т. Т. 5. М., 1983. С. 257—321.

- Зайцева Ю.С.* Первый психотический эпизод: Пятилетнее катамнестическое клинко-нейропсихологическое исследование: Дис. ... канд. мед. наук. М., 2010.
- Зайцева Ю.С., Магомедова М.В.* Нейрокогнитивный дефицит при шизофрении. Состояние проблемы // Первый психотический эпизод (проблемы и психиатрическая помощь) / Под ред. И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера. М., 2010. С. 111—157.
- Лурия А.Р.* Мозг человека и психические процессы. М., 1970.
- Лурия А.Р.* Основы нейропсихологии. М., 1973.
- Лурия А.Р.* Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. 3-е изд. М., 2000.
- Магомедова М.В.* Соотношение социального функционирования и нейрокогнитивного дефицита у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством на раннем и отдаленном этапе болезни: Дис. ... канд. мед. наук. М., 2003.
- Первый психотический эпизод (проблемы и психиатрическая помощь) / Под ред. И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера. М., 2010.
- Сидорова М.А.* Нейрокогнитивные расстройства и их динамика в процессе лечения у больных юношеской приступообразной шизофренией и шизоаффективным психозом: Дис. ... канд. психол. наук. М., 2005.
- Ткаченко С.В., Бочаров А.В.* Нейропсихологический анализ дефекта при шизофрении и аффективных психозах // Шизофренический дефект. Диагностика, патогенез, лечение / Под ред. Р.Я. Вовина. СПб., 1991. С. 95—124.
- Филатова Т.В.* Особенности познавательной деятельности при эндогенных депрессиях с «ювенильной астенической несостоятельностью» (нейропсихологическое исследование): Дис. ... канд. психол. наук. М., 2000.
- Хомская Е.Д.* Изучение биологических основ психики с позиций нейропсихологии // Вопр. психологии. 1999. № 3. С. 31—38.
- Хомская Е.Д.* Нейропсихология: Учебник. 3-е изд. СПб., 2003.
- Ames D., Chiu E., Levy R.* Neuroimaging and the psychiatry of late life. Cambridge Univ. Press, 2009.
- Andreassen N.C., Rezaei K., Alliger R., Swayze V.W.* Hypofrontality in neuroleptic-naive patients and in patients with chronic schizophrenia: Assessment with xenon 133 single-photon emission computed tomography and the Tower of London // Arch. Gen. Psychiatry. 1992. Vol. 49. P. 943—958.
- Breier A.* Cognitive deficit in schizophrenia and its neurochemical basis // Br. J. Psychiat. 1999. Vol. 174. P. 16—18.
- Brown A.S.* New perspectives on the neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia // Psychiatric Annals. 1999. Vol. 29. P. 128—130.
- Busatto G.F., Zanetti M.V., Schaufelberger M.S., Crippa J.A.* Brain anatomical abnormalities in schizophrenia: Neurodevelopmental origins and patterns of progression over time // Advances in schizophrenia research / Ed. by W.F. Gattaz, G. Busatto. N.Y., 2009. P. 113—148.
- Cabeza R., Kingstone A.* Handbook of functional neuroimaging of cognition. N.Y., 2001.
- Cannon T.D., Keller M.C.* Endophenotypes in the genetic analyses of mental disorders // Ann. Rev. Clin. Psychol. 2006. N 2. P. 267—290.
- Dougherty D.D., Rauch S.L.* Psychiatric neuroimaging research: Contemporary strategies. N.Y., 2001.
- Frith C.D.* The cognitive neuropsychology of schizophrenia. N.Y., 1992.
- Glabus M.F.* International review of neurobiology. Vol. 67: Neuroimaging. Part B: Distinguishing neural substrates of heterogeneity among anxiety disorders. N.Y., 2005.
- Gottesman I.I., Gould T.D.* The endophenotype concept in psychiatry: Etymology and strategic intentions // Am. J. Psychiatry. 2003. Vol. 160. N 4. P. 636—645.
- Gur R.C., Gur R.E.* Hypofrontality in schizophrenia: RIP // Lancet. 1995. N 345. P. 1383—1384.

Hasler G., Drevets W.C., Gould T.D. et al. Toward constructing an endophenotype strategy for bipolar disorders // *Biol. Psychiatry*. 2006. Vol. 60. N 2. P. 93—105.

Mayer L.A., Ward A. Principles of neurobehavioral teratology // *Neurodevelopmental mechanisms in psychopathology* / Ed. by D. Cicchetti, E. F. Walker. N.Y., 2003. P. 3—33.

Murray R., Lewis S. Is schizophrenia neurodevelopment disorder? // *Br. Med. J.* 1987. N 295. P. 681.

Raine A., Yang Y. The neuroanatomical bases of psychopathy // *Handbook of psychopathy* / Ed. by Ch.J. Patrick. N.Y., 2006.

Soares J.S. Brain imaging in affective disorders. N.Y., 2002.

The handbook of neuropsychiatric biomarkers, endophenotypes and genes. Vol. 1: Neuropsychological endophenotypes and biomarkers; Vol. 2: Neuroanatomical and neuroimaging endophenotypes and biomarkers; Vol. 3: Metabolic and peripheral biomarkers; Vol. 4: Molecular genetic and genomic markers / Ed. by M.S. Ritsner. N.Y., 2009.

The neurodevelopmental mechanisms in psychopathology / Ed. by D. Cicchetti, E. F. Walker. N.Y., 2003.

The neuropsychology of emotion / Ed. by J.C. Borod. Oxford Univ. Press, 2000.

The neuropsychology of everyday functioning / Ed. by Th.D. Marcotte, I. Grant. N.Y., 2009.

Weinberger D.R., Berman K.F., Zec R.F. Physiologic dysfunction of dorsolateral prefrontal cortex in schizophrenia: I. Regional cerebral blood flow evidence // *Arch. Gen. Psychiatry*. 1986. Vol. 43. P. 114—124.

Vita A., Peri L.D., Turrina C., Sacchetti E. Brain morphological abnormalities at the onset of schizophrenia and other psychotic disorders: A Review of the evidence // *Handbook of schizophrenia spectrum disorders*. Vol. I: Conceptual issues and neurobiological advances / Ed. by M.S. Ritsner. N.Y., 2011. P. 431—444.

Voices in the brain: The cognitive neuropsychiatry of auditory verbal hallucinations / Ed. by S.A. Spence, A.S. David. N.Y., 2004.

Т. В. Ахутина, Е. Ю. Матвеева, А. А. Романова

ПРИМЕНЕНИЕ ЛУРИЕВСКОГО ПРИНЦИПА СИНДРОМНОГО АНАЛИЗА В ОБРАБОТКЕ ДАННЫХ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ

Актуальной проблемой современной нейропсихологии является создание единой батареи тестов для оценки высших психических функций (ВПФ), совмещающей достоинства качественного и количественного подходов. В этом отношении требует доработки и «Методика нейропсихологического обследования детей 6—9 лет», созданная на основе батареи тестов А.Р. Лурия в лаборатории нейропсихологии МГУ. Данная статья посвящена описанию важного шага количественной обработки нейропсихологических данных — выделению обобщенных показателей (индексов). Описанная процедура статистического анализа результатов нейропсихологического обследования в значительной мере воспроизводит логику эксперта, осуществляющего качественный (синдромный) анализ картины нарушения ВПФ. Выделение индексов рассматривается на примере обработки данных обследования 98 детей младшего школьного возраста с трудностями обучения и 33 детей с расстройствами аутистического спектра.

Ключевые слова: нейропсихология, диагностика ВПФ, количественная оценка нейропсихологических данных, трудности обучения, аутизм.

Actual problem of a modern neuropsychology is elaboration of batteries of tests combining advantages of qualitative and quantitative approaches. In this article we describe an important step of quantitative processing of neuropsychological data in “Method of neuropsychological assessment of children of 6—9 years” the formation of the generalized indices. The described procedure of the statistical analysis of neuropsychological results appreciably reproduces the logic of the expert who is carrying out the qualitative syndrome analysis of HMF-dysfunction. The formation of indices is considered on an example of neuropsychological assessment of 98 elementary school students with learning disabilities and 33 students with autistic disorders.

Key words: neuropsychology, diagnostics of HMF, quantitative processing of neuropsychological data, learning disabilities, autistic disorders.

Ахутина Татьяна Васильевна — докт. психол. наук, профессор, зав. лабораторией нейропсихологии ф-та психологии МГУ; зав. лабораторией исследования трудностей обучения ИПИИО МГППУ. *E-mail:* akhutina@mail.ru

Матвеева Екатерина Юрьевна — канд. психол. наук, вед. науч. сотр. ИПИИО МГППУ. *E-mail:* obukhova1@yandex.ru

Романова Антонина Александровна — науч. сотр. ИПИИО МГППУ. *E-mail:* tonechka@mail.ru

Введение

Диагностика состояния высших психических функций (ВПФ) — одна из фундаментальных задач психологии. В нейропсихологии ВПФ человека рассматриваются как системные образования, состоящие из набора компонентов, каждый из которых опирается на работу определенного участка мозга и вносит в работу системы свой специфический вклад. Отставание в развитии одного из компонентов влечет за собой системные изменения и компенсаторные перестройки в работе всей системы. Такой комплексный характер актуального развития психических функций обуславливает необходимость синдромного анализа, т.е. выявления первичного дефекта, его вторичных следствий и третичных компенсаторных перестроек (Лурия, 1969, 1973).

Для отечественной нейропсихологии наиболее характерен качественный, синдромный подход к диагностике состояния ВПФ. В западной когнитивной науке, напротив, основной акцент традиционно ставится на верификации данных, поэтому и в американской и в европейской нейропсихологии долгое время развивались прежде всего количественные психометрические подходы. Созданные на их основе батареи тестов имели стандартизированные процедуры проведения обследования и обработки данных, а также нормативы выполнения для разных возрастов (см., напр.: Reitan, Wolfson, 1985). Однако такой подход к диагностике, построенный на оценке результата, а не качества выполнения и поэтому не различающий первичные и вторичные дефекты, не позволяет выявить индивидуальные особенности развития ВПФ и проверить специфические гипотезы о механизмах нарушений. В связи с этим в западной нейропсихологии повысился интерес к адаптации луриевских методов (Golden, 1981; Korkman et al., 1998), появился «процессуальный подход» к построению методов обследования у взрослых (Kaplan, 1988; Milberg et al., 1986; Poreh, 2000) и сходный «прагматический подход» к исследованию детей, автор которого, Ида Бейрон (Bagon, 2004), описывает “*convergence profile analysis*” — анализ схождения (конвергенции) данных обследования, очень близкий луриевскому синдромному анализу. Говоря о современной ситуации в разработке нейропсихологического тестирования, она отмечает сдвиг в сторону оценки качества выполнения проб детьми, в частности появление работ, где проводится анализ ошибок (Bernstein, Waber, 1996; Delis et al., 2001; Waber, Holmes, 1985, 1986). К списку таких работ, безусловно, необходимо отнести и более поздние исследования Деборы Вейбер и ее сотрудников (Waber, 2010; Waber et al., 2000; Weiler et al., 2000, 2002).

Итак, в настоящее время как для западных, так и для отечественных исследований актуален вопрос о создании батареи тестов для оценки ВПФ у взрослых и у детей, совмещающей достоинства качественного и количественного подходов. В русскоязычной литературе представлено несколько попыток создания батарей методов нейропсихологического

обследования (Ахутина и др., 1996, 2008; Глозман и др., 2006; Корсакова и др., 1997; Микадзе, Корсакова, 1994; Симерницкая, 1991; Цветкова, 1997), однако вопрос стандартизации и валидации данных остается на настоящий момент открытым.

В лаборатории нейропсихологии факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова уже создан и апробирован набор нейропсихологических тестов для обследования детей школьного и дошкольного возраста, уточнены и зафиксированы методические процедуры, а также способы обработки тестовых данных, выделены нейропсихологические показатели, максимально чувствительные к нейропсихологическим факторам (Ахутина и др., 2000, 2008). **Цель** данной статьи — демонстрация процедуры статистического анализа нейропсихологических данных, которая сочетает в себе количественный и качественный подходы к диагностике состояния ВПФ и позволяет вычлнить влияние того или иного нейропсихологического фактора на выполнение проб.

Таблица 1

Описание нейропсихологических проб

Проба	Краткое описание
Динамический праксис	Программа «ладонь—кулак—ребро», выполнение правой и левой рукой отдельно
Реципрокная координация движений	Одновременное сжатие в кулак одной руки и распрямление ладони другой руки
Графическая проба на переключение	На белом нелинованном листе бумаги выполнение узора П^П/
Реакция выбора	На один стук нужно отвечать двумя, на два стука — одним
Вербальные ассоциации	Называние разных слов (1 мин.), действий (1 мин.), растений (1 мин.)
Пятый лишний	5 серий по 5 слов предъявляются на слух, необходимо назвать одно лишнее и объяснить выбор (Переслени и др., 1990)
Праксис позы пальцев	По 5 поз для правой и левой руки, выполнение по образцу
Понимание слов, близких по значению	10 картинок, 4 серии слов предъявляются на слух, показ соответствующих картинок по порядку (Цветкова и др., 1981)
Запоминание двух групп по три слова	Две группы по три слова в каждой, три предъявления, одно отсроченное воспроизведение (Ахутина и др., 2008)
Зрительный гнозис	Описание реалистических, перечеркнутых, наложенных, недорисованных изображений (Ахутина, Пылаева, 2003)
Зрительные ассоциации свободные и направленные	На листе требуется нарисовать 8 любых разных предметов и на другом листе 8 разных растений (Ахутина, Пылаева, 2003)
Рисунок трехмерного объекта (дома)	Копирование предъявленного изображения дома (Ахутина и др., 2008)
Конструирование из кубиков Кооса	4 задания для 4 кубиков (Ахутина и др., 2008)
Зрительно-пространственная память	4 невербализуемые фигуры, три предъявления, одно отсроченное воспроизведение (Ахутина и др., 2008)
Понимание логико-грамматических конструкций	9 пар картинок с «обратимой» ситуацией, 9 фраз предъявляются на слух, нужно показать соответствующую картинку. Предложные конструкции: 6 картинок, 4 задания (Фотекова, Ахутина, 2007)

Выборка. В обследовании участвовали 33 ребенка с аутистическими расстройствами и 98 детей с трудностями обучения в возрасте от 8 лет 1 мес. до 10 лет 4 мес. (M=9 лет 1 мес.) Все дети праворукие.

Методика. Нейропсихологические пробы и параметры их оценки представлены в табл. 1 и 2. Процедуру проведения проб и способы представления «сырых» баллов см. в работах Т.В. Ахутиной и др. (1996, 2008).

Таблица 2

Параметры оценки нейропсихологических проб

<p>Динамический праксис:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Усвоение двигательной программы (0–4 балла) – Выполнение программы (0–3 балла) – Ошибки серийной организации (0–4 балла) – Снижение, повышение тонуса (0–2 балла) 	<p>Запоминание двух групп по три слова:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Профиль продуктивности запоминания – Количество замен одного звука; искажений; вербальных замен на основе близости по звучанию, по значению; вpletений; горизонтальных, вертикальных повторов; пропусков слов; нарушений порядка; переходов в другую группу
<p>Реципрокная координация движений:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Выполнение (0–4 балла) – Темп выполнения (0–2 балла) – Межполушарное взаимодействие (0–1 балл) – Снижение, повышение тонуса (0–2 балла) 	<p>Зрительный гнозис:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Продуктивность – Количество ошибок перцептивно близких; перцептивно далеких; фрагментарных; смешения фигуры и фона; вербальных; вербально-перцептивных
<p>Графическая проба на переключение:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Выполнение (0–6 баллов) – Среднее время выполнения 1 пачки (в мс) – Остановки/отрывы при выполнении (0–4 балла) – Следование программе (0–2 балла) – Удержание строки (0–4 балла) – Снижение, повышение тонуса (0–2 балла) 	<p>Зрительно-вербальные ассоциации:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Продуктивность – Количество предметных/непредметных, конкретных/обобщенных рисунков, названий – Количество повторов одного рисунка с разными названиями; рисунка и названия; одного названия для разных рисунков; деталей. Вербальные; вербально-перцептивные ошибки; неадекватные заданию рисунки – Качество изображений
<p>Реакция выбора:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Усвоение инструкции (0–2 балла) – Скорость ответов (0–2 балла) – Проявление импульсивности (0–1 балл) – Количество ошибок 	<p>Зрительно-пространственная память:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Профиль продуктивности; пропуск фигур – Количество зеркальных поворотов; трансформаций в знак; вpletений; линейных, угловых дизметрий; разделений фигуры на части; изменений места деталей; нарушенный пропорций; искажений; упрощений; пропусков деталей; «улучшений» гештальта. Нарушения порядка воспроизведения, ориентации фигур; несоблюдение строки
<p>Вербальные ассоциации:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Продуктивность – Количество «считываний» деталей обстановки; неадекватных заданию ответов; повторов; словосочетаний; конкретных, обобщенных названий 	<p>Понимание логико-грамматических конструкций:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Продуктивность – Количество ошибок на «обратимость»; на понимание предлогов

<p>Пятый лишний:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Продуктивность – Количество ответов категориальных; конкретно-ситуативных; неадекватных заданию; отказов – Суммарный балл 	<p>Рисунок трехмерного объекта (дома):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Состояние аналитической/холистической стратегии переработки информации; особенности копирования дерева (0—4 балла)
<p>Практис позы пальцев:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Продуктивность – Характер выполнения (0—3 балла) – Ошибки кинестетической организации; импульсивные; пространственные; переходы на другую руку – Межполушарное взаимодействие (0—1 балл) 	<p>Конструирование из кубиков Кооса:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Продуктивность – Количество нарушений целостной структуры, нестыковок, изменений деталей; «обтаивания» фигуры
<p>Понимание слов, близких по значению:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Продуктивность – Количество близких, далеких звуковых замен; пропусков; вpletений; изменений порядка 	

Количественная обработка данных

Данные по всем 15 нейропсихологическим пробам подверглись статистической обработке по 132 параметрам.

Трансформация оценок. Часть шкал, где максимальная оценка ставится за лучшее выполнение, трансформируется так, чтобы все параметры оценивались одинаково: в нашем исследовании минимальный балл соответствовал лучшему выполнению, максимальный — худшему.

Стандартизация. Система балльных оценок различается в зависимости от параметра. Например, в пробе на динамический праксис параметр «Усвоение двигательной программы» оценивается по 5-балльной шкале (от 0 до 4), а «Выполнение программы» — по 4-балльной шкале (от 0 до 3). Поэтому для сопоставления разных параметров между собой в статистическом анализе использовались стандартизированные Z -оценки по всем 132 параметрам, которые подсчитывались по формуле

$$Z = (X - \bar{X}) / s,$$

где X — значение по параметру, \bar{X} — среднее арифметическое, s — стандартное отклонение.

Выделение нейропсихологических индексов. На основе анализа структуры нейропсихологических проб из всех показателей выполнения заданий были выделены параметры, отражающие состояние 1) функций программирования, регуляции и контроля деятельности, серийной организации движений и действий; 2) слухоречевых и кинестетических функций (аналитическая стратегия переработки информации); 3) зрительных и зрительно-пространственных функций (холистическая стра-

тегия переработки информации); 4) функций регуляции активности. Для выявления параметров, в большей степени отражающих состояние этих функций, был проведен подсчет корреляций оценок выполнения проб, направленных на выявление одного компонента ВПФ (использовался коэффициент корреляций Спирмена). В дальнейшем анализировались только те параметры, которые имели значимый положительный уровень корреляций. Этой процедурой мы моделировали поведение эксперта, который отбирает данные о состоянии тех или иных функций, обращая внимание на подтверждающие друг друга результаты, и только в том случае, когда обнаруживает несколько симптомов, свидетельствующих о слабости определенного компонента ВПФ, делает вывод о его слабости. Таким образом, было выделено 4 основных нейропсихологических индекса: 1) индекс программирования и контроля, серийной организации движений и действий (Индекс III блока); 2) индекс левополушарной аналитической стратегии переработки информации (Индекс II-лев); 3) индекс правополушарной холистической стратегии переработки информации (Индекс II-прав); 4) индекс регуляции активации (Индекс I блока) (табл. 3).

Таблица 3

Параметры, вошедшие в основные нейропсихологические индексы

Индекс III блока (7 параметров)	Реакция выбора: Усвоение инструкции; Скорость ответов; Количество ошибок Динамический праксис: Усвоение двигательной программы Пятый лишний: Продуктивность; Суммарный балл Вербальные ассоциации: Продуктивность в свободных ассоциациях
Индекс II-лев (9 параметров)	Праксис позы пальцев: Продуктивность (правая рука) Запоминание двух групп по три слова: Продуктивность запоминания (последнее предъявление); Количество замен одного звука и искажений Понимание близких по звучанию слов: Продуктивность; Количество звуковых замен Копирование трехмерного объекта (дома): Состояние аналитической стратегии переработки информации Вербальные ассоциации: Количество конкретных названий растений Зрительный гнозис: Количество вербальных ошибок; Количество вербально-перцептивных ошибок
Индекс II-прав (9 параметров)	Праксис позы пальцев: Продуктивность (левая рука) Зрительный гнозис: Продуктивность; Количество перцептивно близких ошибок; Количество перцептивно далеких ошибок Зрительно-вербальные ассоциации: Качество изображений Копирование трехмерного объекта (дома): Состояние холистической стратегии переработки информации; Особенности копирования дерева
Индекс I блока (7 параметров)	Реципрокная координация движений: Темп выполнения; Межполушарное взаимодействие; Снижение, повышение тонуса Реакция выбора: Скорость ответов Графическая проба на переключение: Среднее время выполнения одной пачки; Снижение, повышение тонуса Динамический праксис: Снижение, повышение тонуса

Ранжирование. У всех испытуемых подсчитывалась сумма стандартизированных оценок для каждого из четырех основных индексов, после чего проводилось ранжирование этих сумм по каждому выделенному индексу. Низкий ранг соответствовал лучшему состоянию тех или иных функций, высокий — худшему.

Результаты

Для статистической обработки данных использовался непараметрический анализ (критерий Манна—Уитни, критерий Крускала—Уоллеса).

Деление на группы. Вышеописанные процедуры привели к тому, что каждому ребенку присваивалось 4 ранга в соответствии с четырьмя выделенными индексами. Далее проводилось сравнение этих 4 рангов между собой для выявления преимущественной слабости тех или иных функций у одного испытуемого. Например, если ранг по Индексу III блока оказался сравнительно высоким, а ранги по Индексам II-лев и II-прав — низкими, то это означало, что данный ребенок в большей степени испытывает трудности программирования и контроля деятельности, серийной организации движений и действий.

В результате такого сравнения рангов дети с *трудностями обучения* (ТО) были разделены на 3 группы (сравнение индексов в рамках одной группы осуществлялось с помощью W-критерия Уилкоксона):

ТО-1: 34 ребенка получили высокие ранги по Индексу III блока, а по другим индексам их ранги были значимо ниже ($W = -2.83, p = 0.005$; $W = -4.44, p < 0.001$ в сравнении с Индексами II-лев и II-прав соответственно) и значимо не различались между собой ($W = -1.41, p = 0.16$). Таким образом, дети этой группы испытывали преимущественную слабость функций программирования и контроля деятельности, серийной организации движений и действий.

ТО-2: у 33 детей высокие ранги были обнаружены по Индексу II-лев, в то время как по другим индексам они были значимо ниже ($W = -5.01, p < 0.001$; $W = -5.01, p < 0.001$ в сравнении с Индексами III блока и II-прав соответственно) и также не различались между собой ($W = -1.03, p = 0.3$). У этой группы была выявлена слабость переработки слухоречевой и кинестетической информации, осуществляемой с помощью левополушарной аналитической стратегии.

ТО-3: 31 ребенок получил высокие ранги по Индексу II-прав, а по другим индексам их ранги были значимо ниже ($W = -4.44, p < 0.001$; $W = -3.76, p < 0.001$ в сравнении с Индексами III блока и II-лев соответственно). У этой группы отмечалась преимущественная слабость правополушарной холистической стратегии переработки зрительной и зрительно-пространственной информации.

Индекс регуляции активации значимо не различался у всех групп ТО ($H = 4.1, p < 0.25$), и эти показатели не были высокими ни в одной группе.

Чтобы оценить общий уровень развития ВПФ у каждого испытуемого, подсчитывался показатель суммарной тяжести — сумма всех рангов по всем выделенным индексам. В нашем исследовании данный показатель значимо не отличался у всех групп испытуемых, что дает возможность в дальнейшем сравнивать результаты выполнения других проб в рамках выделенных групп (табл. 4).

Таблица 4

Значения нейропсихологических индексов у групп испытуемых

Индексы	Дети с трудностями обучения			Дети с аутистическими расстройствами
	ТО-1	ТО-2	ТО-3	
Индекс программирования и контроля, серийной организации	85.8	50.6	50.3	75.9
Индекс левополушарных функций переработки информации	63.9	98.4	64.5	37.2
Индекс правополушарных функций переработки информации	55.3	44.7	91.0	74.9
Индекс регуляции активации	66.7	57.5	63.7	76.0
Суммарная тяжесть	271.6	251.2	269.4	263.9

Примечание. Жирным шрифтом отмечены показатели со значимыми различиями ($p < 0.05$) между группами.

Из табл. 4 видно, что Индекс III блока значимо выше только у группы ТО-1 ($U=265$, $p < 0.001$; $U=263$, $p < 0.001$ в сравнении с ТО-2, ТО-3 соответственно). Индекс II-лев значимо выше только у группы ТО-2 ($U=247$, $p < 0.001$; $U=232$, $p < 0.001$ в сравнении с ТО-1, ТО-3 соответственно), а Индекс II-прав значимо выше только у группы ТО-3 ($U=230$, $p < 0.001$; $U=147$, $p < 0.001$ в сравнении с ТО-1, ТО-2 соответственно).

Сопоставление нейропсихологических профилей детей с трудностями обучения и с аутистическими расстройствами. У детей с аутистическими расстройствами обнаруживается слабость функций программирования и контроля деятельности, серийной организации движений и действий, сходная с группой ТО-1 (нет значимых различий по Индексу III блока: $U=449$, $p=0.2$). При этом показатели по Индексу III блока значимо выше, чем у ТО-2 и ТО-3 ($U=311$, $p=0.003$; $U=308$, $p=0.01$ соответственно).

В той же степени для детей с аутистическими расстройствами характерны трудности переработки зрительной и зрительно-пространственной информации, слабости холистической стратегии, сходные с группой ТО-3 (нет значимых различий по Индексу II-прав: $U=399$, $p=0.13$). При этом значимые различия, как и ожидалось, были получены при сравнении данного индекса у детей ТО-1 и ТО-2 ($U=397$, $p=0.04$; $U=303$, $p=0.002$ соответственно).

Различия в состоянии функций регуляции активации (Индекс I блока) у детей с аутистическими расстройствами по сравнению с деть-

ми с трудностями обучения оказались незначимыми ($N=4.1$, $p<0.25$). Однако при сравнении Индекса I блока у детей с аутистическими расстройствами и ТО-детей с преимущественной слабостью слухоречевых и кинестетических функций и аналитической стратегии переработки информации (ТО-2) были обнаружены значимые различия ($U=380$, $p=0.04$). Такие данные можно объяснить тем, что именно у детей ТО-2 на уровне тенденции менее всего были выражены трудности регуляции активации.

Обсуждение

Описанная статистическая модель анализа результатов нейропсихологического обследования представляет собой сочетание качественного и количественного подходов к обработке данных. Так, изначально, при сборе сырых данных проводился качественный анализ результатов, проставлялись первичные оценки по определенным параметрам (см.: Ахутина и др., 2008, табл. 2). Составление суммарных показателей (индексов) позволяет накапливать однонаправленный эффект каждого из нейропсихологических «факторов». Дальнейшее сопоставление полученных в ходе статистической обработки индексов позволяет количественно определить качественную специфику развития ВПФ у ребенка, описать неравномерность развития психических процессов, определить его сильные и слабые стороны.

Такой подход к обработке данных позволяет провести сопоставительный анализ нейропсихологических профилей детей разных клинических групп. С его помощью можно количественно представить картину нарушений или особенностей развития ВПФ у разных групп испытуемых и сопоставить результаты. Так, использование этого метода позволило выделить разные нейропсихологические профили нарушений у детей с трудностями обучения, описать специфику развития их ВПФ. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что трудности обучения могут вызываться разными причинами: слабостью развития функций программирования и контроля деятельности, серийной организации движений и действий; слабостью слухоречевых и кинестетических функций, аналитической стратегии переработки информации; слабостью зрительных и зрительно-пространственных представлений, холистической стратегии переработки информации. Эти данные согласуются с другими исследованиями (Ахутина, Пылаева, 2008; Меликян, Ахутина, 2002; Пылаева, 1998; Фотекова, 2002а, б). По данным нашего исследования, слабость функций регуляции активации (сниженная работоспособность, утомляемость, истощаемость психических процессов, колебания внимания и др.) характерна в слабой или умеренной степени для всех испытуемых с трудностями обучения, при этом не было выявлено детей, у которых снижение функций регуляции активации являлось ведущим (Пылаева, 1998).

Используемая модель статистической обработки данных позволила исследовать нейропсихологический профиль детей с аутистическими расстройствами. У детей этой группы были выявлены нарушения функций программирования и контроля деятельности, серийной организации движений и действий, что традиционно связывается с работой передних отделов коры головного мозга (Лурия, 1969). Это согласуется с многочисленными исследованиями особенностей нарушения функций регуляции деятельности у детей с аутизмом (Baron-Cohen, 2001; Hill, 2004; и др.). Так, одной из наиболее распространенных психологических теорий аутизма является теория нарушения управляющих функций (Autism..., 1997; Ozonoff et al., 1991; Pennington, Ozonoff, 1996; и др.).

По нашим данным, слабость функций программирования и контроля у детей с аутистическими расстройствами сочетается со слабостью зрительных, зрительно-пространственных функций (холистическая стратегия переработки информации). В литературе имеются данные о наличии слабости зрительного восприятия у детей с аутизмом (Манелис, 1999; Shields, 1991), что согласуется с нашими данными. По данным литературы (Ахутина, 2009; Bever, 1975; Sperry, 1974; и др.) холистическая стратегия переработки информации связана с работой структур правого полушария головного мозга. Дисфункция правополушарных структур у детей с аутистическими расстройствами описана в ряде работ (Строганова и др., 2011; Ozonoff, Miller, 1996; Shields, 1991). Можно предположить, что высокая степень выраженности правополушарной симптоматики может быть связана с функциональной недостаточностью подкорковых структур (Московичюте, 1998; Rourke, 1995). Полученные данные о слабости процессов активации у детей с аутистическими расстройствами также находят подтверждение в работах других исследователей (Bosch, 1970; Гернер, Féron, 2009).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Ахутина Т.В. Роль правого полушария в построении текста // Психолингвистика в XXI веке: результаты, проблемы, перспективы. XVI Международный симпозиум по психолингвистике и теории коммуникации. М., 2009. С. 5—26.

Ахутина Т.В., Игнатъева С.Ю., Максименко М.Ю. и др. Методы нейропсихологического обследования детей 6—8 лет // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. 1996. № 2. С. 51—58.

Ахутина Т.В., Полонская Н.Н., Пылаева Н.М., Максименко М.Ю. Нейропсихологическое обследование. «Нейропсихологическая диагностика, обследование письма и чтения младших школьников» / Под ред. Т.В. Ахутиной, О.Б. Иншаковой. М., 2008. С. 4—64.

Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Диагностика развития зрительно-вербальных функций. М., 2003.

Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход. СПб., 2008.

Ахутина Т.В., Яблокова Л.В., Полонская Н.Н. Нейропсихологический анализ индивидуальных различий у детей: параметры оценки // Нейропсихология и психофизиология индивидуальных различий / Под ред. Е.Д. Хомской, В.А. Москвина. М.; Оренбург, 2000. С. 132—152.

Глозман Ж.М., Потанина А.Ю., Соболева А.Е. Нейропсихологическая диагностика в дошкольном возрасте. СПб., 2006.

Корсакова Н.К., Микадзе Ю.В., Балашова Е.Ю. Неуспевающие дети: нейропсихологическая диагностика трудностей в обучении младших школьников. М., 1997.

Лурия А.Р. Высшие корковые функции и их нарушение при локальных поражениях мозга. М., 1969.

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

Манелис Н.Г. Ранний детский аутизм. Психологические и нейропсихологические механизмы // Школа здоровья. 1999. № 2. С. 6—21.

Меликян З.А., Ахутина Т.В. Состояние зрительно-пространственных функций у детей в норме и с задержкой психического развития // Школа здоровья. 2002. № 1. С. 28—36.

Микадзе Ю.В., Корсакова Н.К. Нейропсихологическая диагностика и коррекция школьников. М., 1994.

Московичюте Л.И. Асимметрия полушарий мозга на уровне коры и подкорковых образований // I Междунар. конф. памяти А.Р. Лурия: Сб. докл. / Под ред. Е.Д. Хомской, Т.В. Ахутиной. М., 1998. С. 96—101.

Перелени Л.И., Мастюкова Е.М., Чупров Л.Ф. Психодиагностический комплекс методик для определения уровня умственного развития младших школьников (учебно-методическое пособие). Абакан, 1990.

Полонская Н.Н. Нейропсихологическая диагностика детей младшего школьного возраста. М., 2007.

Пылаева Н.М. Нейропсихологическая поддержка классов коррекционно-развивающего обучения // I Междунар. конф. памяти А.Р. Лурия: Сб. докл. / Под ред. Е.Д. Хомской, Т.В. Ахутиной. М., 1998. С. 238—244.

Симерницкая Э.Г. Нейропсихологическая методика экспресс-диагностики «Лурия-90». М., 1991.

Строганова Т.А., Орехова Е.В., Буторина А.В. Механизмы начального ориентировочного внимания у детей при типичном развитии и с синдромом детского аутизма: МЭГ исследование // Когнитивная наука в Москве: новые исследования / Под ред. Е.В. Печенковой, М.В. Фаликман. М., 2011. С. 247—251.

Фотекова Т.А. Динамика функций программирования, контроля и серийной организации движений у школьников с нормальным и отклоняющимся развитием // Школа здоровья. 2002а. № 2. С. 31—39.

Фотекова Т.А. Динамика функций приема, переработки и хранения информации у школьников с нормальным и отклоняющимся развитием // Школа здоровья. 2002б. № 3. С. 27—35.

Фотекова Т.А., Ахутина Т.В. Диагностика речевых нарушений школьников с использованием нейропсихологических методов: Пособие для логопедов. М., 2007.

Цветкова Л.С. Методика диагностического нейропсихологического обследования детей. М., 1997.

Цветкова Л.С., Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Методика оценки речи при афазии. М., 1981.

Autism as an executive disorder / Ed by J. Russell. Oxford Univ. Press, 1997.

Baron I.S. Neuropsychological evaluation of the child. N.Y., 2004.

Baron-Cohen S. Theory of mind in normal development and autism // Prisme. 2001. Vol. 34. P. 174—183.

Bernstein J.H., Waber D.P. Developmental scoring system for the Rey-Osterrieth Complex Figure: Professional manual. Odessa, FL, 1996.

Bever T.G. Cerebral asymmetries in humans are due to the differentiation of two incompatible processes: Holistic and analytic // *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1975. Vol. 263. P. 251—262.

Bosch G. Infantile autism. Berlin; Heidelberg; N.Y., 1970.

Delis D., Kaplan E., Kramer J. The Delis-Kaplan executive function system: Examiner's manual. San Antonio, TX, 2001.

Gepner B., Féron F. Autism: a world changing too fast for a mis-wired brain? // *Neuroscience and Biobehavioral Rev.* 2009. Vol. 33. N 8. P. 1227—1242.

Golden C.J. The Luria-Nebraska Children's Battery: Theory and formulation // *Neuropsychological assessment and the school age child* / Ed. by G.W. Hynd, G.E. Obrzut. N.Y., 1981. P. 277—302.

Hill E.L. Evaluating the theory of executive dysfunction in autism // *Developmental Rev.* 2004. Vol. 24. N 2. P. 189—233.

Kaplan E. A process approach to neuropsychological assessment // *Clinical neuropsychology and brain function: Research, measurement and practice. The master lecture series* / Ed. by T. Boll, B.K. Bryant. Washington, DC, 1988. Vol. 7. P. 125—167.

Korkman M., Kirk U., Kemp S. NEPSY. A developmental neuropsychological assessment. San Antonio, TX, 1998.

Milberg W.P., Hebben N., Kaplan E. The Boston process approach to neuropsychological assessment // *Neuropsychological assessment of neuropsychiatric disorders* / Ed. by I. Grant, K.M. Adams. N.Y., 1986. P. 65—86.

Ozonoff S., Miller J.N. An exploration of right-hemisphere contribution to the pragmatic impairments in autism // *Brain and Language.* 1996. Vol. 52. N 3. P. 411—434.

Ozonoff S., Pennington B.F., Rogers S.J. Executive function deficits in high-functioning autistic individuals: Relationship to theory of mind // *J. of Child Psychology and Psychiatry.* 1991. Vol. 32. N 7. P. 1081—1105.

Pennington B.F., Ozonoff S. Executive functions and developmental psychopathology // *J. of Child Psychology and Psychiatry.* 1996. Vol. 37. N 1. P. 51—87.

Poreh A. The quantified process approach: An emerging methodology to neuropsychological assessment // *The Clinical Neuropsychologist.* 2000. Vol. 14. N 2. P. 212—222.

Reitan R.M., Wolfson D. The Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery: Theory and clinical interpretation. Tucson, AZ, 1985.

Rourke B. Syndrome of nonverbal learning disabilities: Neurodevelopmental manifestations. N.Y., 1995.

Shields J. Semantic-pragmatic disorder: A right hemisphere syndrome? // *Brit. J. of Disorders of Communication.* 1991. Vol. 26. P. 383—392.

Sperry R.W. Lateral specialization in the surgically separated hemispheres // *The Neurosciences: Third study program.* Cambridge, MA, 1974. P. 5—19.

Waber D.P. Rethinking learning disabilities: understanding children who struggle in school. N.Y., 2010.

Waber D.P., Holmes J.M. Assessing children's copy productions of the Rey-Osterrieth Complex Figure // *J. of Clinical and Experimental Neuropsychology.* 1985. Vol. 7. P. 264—280.

Waber D.P., Holmes J.M. Assessing children's memory productions of the Rey-Osterrieth Complex Figure // *J. of Clinical and Experimental Neuropsychology.* 1986. Vol. 8. P. 563—580.

Waber D.P., Wolff P.H., Forbes P.W., Weiler M.D. Rapid automatized naming in children referred for evaluation of heterogeneous learning problems: How specific are naming speed deficits to reading disability? // *Child neuropsychology.* 2000. Vol. 6. N 4. P. 251—261.

Weiler M.D., Bernstein J., Bellinger D.C., Waber D.P. Processing speed in children with attention deficit/hyperactivity disorder, inattentive type // *Child Neuropsychology.* 2000. Vol. 6. N 3. P. 218—234.

Weiler M.D., Bernstein J., Bellinger D.C., Waber D.P. Information processing deficits in children with attention deficit/hyperactivity disorder, inattentive type, and children with reading disability // *J. of Learning Disabilities.* 2002. Vol. 35. N 5. P. 448—461.

Ю. В. Микадзе

НЕКОТОРЫЕ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ КАЧЕСТВЕННОГО И КОЛИЧЕСТВЕННОГО АНАЛИЗА В НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ

В статье рассматривается роль различных методических подходов в нейропсихологической диагностике, в частности ориентированных на качественный и количественный анализ, с точки зрения тех задач, которые могут ставиться перед нейропсихологом в клинической практике.

Ключевые слова: синдромный анализ, психометрические тесты, структура дефекта, степень выраженности нарушения, качественная и количественная оценка.

The article considers the role of different approaches to neuropsychological assessment, i.e. qualitative and quantitative analysis, from the point of view of those goals which can be put before neuropsychology in clinical practice.

Key words: syndrome analysis, psychometric tests, structure of the deficit, the severity of the impairment, qualitative and quantitative assessment.

Обращаясь к детскому возрасту и оценивая разные виды психологической диагностики, Л.С. Выготский (1983) отмечал что симптоматическая (или эмпирическая) диагностика ограничивается констатацией определенных особенностей, или симптомов, и практические выводы о симптомокомплексах строятся на основании внешних признаков; в свою очередь клиническая диагностика, отталкиваясь от симптомов, нацелена на определение внутренних причин их возникновения. Подлинно научная диагностика, считал он, должна заключаться в переходе от симптоматической к клинической, т.е. учитывать не только наличие определенных особенностей (симптомов), но и причины их возникновения. Этот принцип был реализован в нейропсихологической диагностике.

Сложилась традиция рассматривать нейропсихологический синдромный анализ, разработанный и развиваемый в школе А.Р. Лурия, как пример качественного анализа в нейропсихологической диагностике, позволяющего выявить когнитивные дефициты разной этиологии и описать структуру имеющегося дефекта. Но и в этом случае возникают определенные трудности в объективной, количественной оценке выра-

Микадзе Юрий Владимирович — докт. психол. наук, профессор кафедры нейро- и патопсихологии ф-та психологии МГУ. *E-mail:* ymikadze@yandex.ru

женности обнаруживаемых нарушений высших психических функций (ВПФ). Широко используемые в нейропсихологии психометрические тесты, наоборот, предполагают возможность получения количественной оценки состояния определенных психических функций, но плохо ориентированы на описание структуры дефекта.

В последнее время значительно увеличилось количество публикаций, в которых приводятся описания нейропсихологического сопровождения больных, направленного на оценку эффективности лечебных и нейрореабилитационных мероприятий. Многие авторы считают, что для такой оценки достаточно применения нескольких психометрических тестов, среди которых наиболее часто упоминаются «Краткая шкала оценки психического статуса», или «Тест Мини-Ментал» (*Mini Mental State Examination — MMSE*); разные варианты тестов на запоминание серий слов, тест рисования часов (*Clock Drawing Test — CDT*), таблицы Шульце (Лурия, 1974; Рубинштейн, 1999; Шкалы, тесты..., 2002; Lezac et al., 2004; Maruta et al., 2011; Shulman et al., 1986). Достаточно ли использования таких шкал и единичных тестов для решения тех задач, которые ставятся в нейропсихологической диагностике?

Можно выделить следующие **основные задачи нейропсихологической диагностики**, реализуемые в клинической практике.

1. Оценка состояния психических функций больного, описание структуры дефекта. Эта задача связана с выявлением нарушенных и сохраненных звеньев психических функций (определением психологической структуры дефекта) и соотносением их с повреждением соответствующих зон мозга (постановкой топического диагноза). Ее решение служит основой для построения стратегии и тактики последующей реабилитационной работы, а также может дать дополнительную неврологическую информацию о дефицитарном функционировании неповрежденных зон мозга.

2. Оценка динамики изменений в состоянии психических функций пациента в ходе лечебных, реабилитационных мероприятий. Эта задача связана с повторным обследованием конкретных психических функций. Ее решение позволяет выявить исходную степень сохранности или выраженности их нарушения и осуществить мониторинг успешности восстановления психических функций в ходе лечебных, реабилитационных мероприятий.

3. Оценка текущего состояния психических функций и динамики его изменения в продромальный период с точки зрения прогноза возможных негативных изменений в их состоянии, а также прогноза возможного восстановления психических функций и качества жизни больного в ходе лечения и после его выписки. Решение этой задачи в большей степени связано с оценкой общего состояния и общего когнитивного снижения в силу действия не только специфических, но и общих факторов, оказывающих воздействие на многие психические функции; оно служит

основанием для первичной, вторичной и третичной профилактики. Также большую роль здесь играет определение сохранности функционирования субъекта в обычных жизненных ситуациях, самообслуживания, осуществления повседневной активности.

Отдельно следует рассматривать *исследовательские задачи*, направленные на экспериментальную разработку новых методологических подходов и методических средств нейропсихологической диагностики.

В решении выделенных выше задач нейропсихологической диагностики нарушений психических функций используются различные **методы**, среди которых наиболее значимыми и в некоторой степени конкурирующими (в связи с попытками решать все задачи на основе одного из них) можно признать следующие.

Методы синдромного (факторного) и метасиндромного (полифакторного) анализа, предполагающие *качественную оценку* выявляемых симптомов нарушения обследуемых психических функций, объединение их в симптомокомплексы, соотносящиеся с определенным фактором (нейропсихологические синдромы) и комплексы синдромов (метасиндромы). Для этих методов характерно использование *варьируемых наборов проб*, предназначенных для обследования разных психических функций и позволяющих ориентироваться на компонентный состав их психологической структуры. Пример — методика общего нейропсихологического обследования А.Р. Лурия (Лурия, 1969; Хомская, 1987).

Конечная цель нейропсихологического обследования заключается не только в обнаружении нарушенных психических функций, но и в поиске общего в этих нарушениях (нейропсихологического фактора), объединяющего их в синдром и позволяющего выявить конкретную причину расстройства разных психических функций. Все обнаруженные синдромы, связанные с разными факторами, образуют синдромокомплекс (метасиндром), указывающий на психологическую (полифакторный состав метасиндрома) и топическую (совокупность дефицитарных мозговых зон) характеристики структуры дефекта (Микадзе, 2008; Mikadze, 2011). Пробы, используемые в синдромном анализе, направлены в первую очередь на осуществление качественного анализа расстройств психических функций, и не все наблюдаемые нарушения могут быть оценены количественно, хотя возможность количественного измерения уровня развития психических процессов с помощью психологических тестов А.Р. Лурия отмечал в своих лекциях по общей психологии. Следует также учитывать, что пробы носят функциональный характер, в них можно выделить много компонентов, каждый из которых может быть связан с функционированием разных мозговых механизмов, что в свою очередь увеличивает громоздкость процедур количественных оценок, связанных с разными факторами.

Психометрические методы, предполагающие количественную оценку состояния обследуемых психических функций. Для этих ме-

тодов характерно использование единичных тестов, направленных на обследование отдельных психических функций, или комплексов тестов, обеспечивающих общее нейропсихологическое обследование. Такие комплексы (батареи методик) могут быть стандартизированными («фиксированными») или вариативными («гибкими»). Примеры таких методик: батарея тестов Халстед—Рейтана (*Halstead-Reitan Battery — HRB*), шкалы Векслера (*Wechsler Scales*), тест прослеживания (*Trail Making Test — TMT*), тест рисования часов (*CDT*), тест *MMSE*, тест Бентона (*Benton Visual Retention Test — BVRT*) и многие другие (Lezac et al., 2004; Maruta et al., 2011).

Каждый психометрический тест, как правило, направлен на исследование определенной психической функции (памяти, внимания, речи, пространственных, управляющих функций и т.д.) и позволяет получить количественную оценку ее общего состояния как целого, без учета вклада отдельных компонентов. В фиксированных батареях тестов состояние функций может быть представлено в виде количественных профилей или в виде общей интегрированной оценки выполнения разных тестов (например, в *MMSE*). В них не ставится задача выявить и сопоставить общие факторы, характеризующие расстройство разных психических функций, не учитывается состояние отдельных компонентов, входящих в общую структуру функции.

Разные задачи, которые могут решаться в обследовании, позволяют провести **сравнительный анализ чувствительности качественного и количественного подходов к выявлению расстройств психических функций**. Беглый анализ характеристик двух основных подходов к нейропсихологической диагностике (таблица) обнаруживает плюсы и минусы каждого

Сравнительный анализ основных методов нейропсихологической диагностики

Методы синдромного анализа (качественная оценка результатов обследования)	Психометрические методы (количественная оценка результатов обследования)
(+) Имеют высокое разрешение в отношении выявления нарушенных звеньев разных психических функций (функциональной недостаточности разных зон мозга)	(-) Имеют низкое разрешение в отношении выявления нарушенных звеньев разных психических функций (функциональной недостаточности разных зон мозга)
(-) Имеют высокую степень субъективности в определении степени выраженности нарушений	(+) Имеют высокое разрешение в отношении степени выраженности нарушений конкретных психических функций
(+) Вариативны в использовании методик при общем обследовании, позволяют учитывать возможности пациента	(-) Регламентированы в использовании методик при общем обследовании, не допускают гибкости в приспособлении к отдельным пациентам
(-) Отсутствие нормативных данных затрудняет сопоставление выявляемых нарушений психических функций	(+) Наличие нормативных данных позволяет проводить сопоставление выявляемых нарушений психических функций

(+) Для проведения общего обследования необходим высокий профессионализм нейропсихолога, умение формировать и изменять тактику использования различных проб в ходе обследования	(-) Для проведения общего обследования достаточно практического навыка проведения тестов по заданной процедуре
(+) Оптимальны для описания всех возможных дефицитов в функционировании разных зон мозга и для описания структуры дефекта с точки зрения поврежденных и сохранных звеньев различных психических функций	(+) Оптимальны для описания и степени выраженности дефицита в конкретной психической функции и для анализа динамики изменения ее состояния
(+) Полезны для применения при необходимости доказательного подтверждения или отрицания когнитивных дефицитов	(+) Полезны для применения при наличии подтверждения конкретных когнитивных дефицитов

из них. Можно утверждать, что два рассмотренных подхода направлены фактически на оценку целого и части. Как ни парадоксально, синдромный анализ, направленный на описание структуры дефекта, указывает на состояние частей, т.е. на следствия нарушения работы конкретных нервных механизмов, в то время как психометрический подход позволяет оценить состояние целого, не обращаясь к отдельным его частям. Под целым здесь следует понимать конкретные психические функции и лежащие в их основе функциональные мозговые системы, под частью — звенья психических функций и обеспечивающие их нервные механизмы. При этом следует понимать, что вклад общего звена (части) в разные психические функции (целое) может иметь неодинаковый удельный вес как с точки зрения их роли в разных функциях (например, памяти, речи и т.д.), так и с точки зрения индивидуальных различий в одной и той же функции (например, памяти у разных индивидов). Следствием этого может быть наличие индивидуальной специфики, вариативности в характере наблюдаемых нарушений психических функций у разных пациентов при сходной локализации мозгового поражения.

Принцип дополнительности, введенный Н. Бором в физике, гласит: если два явления противоречат друг другу, но каждое при этом имеет свою правоту, то не следует их отвергать, а, наоборот, нужно их взаимодополнить (Алексеев, 1978). Применяя этот принцип в нашем случае, следует поставить вопрос о комплементарности рассмотренных методов, о необходимости использования достоинств двух диагностических подходов, о поиске оптимальных способов их взаимодополнения.

Какие возможные варианты сочетания качественной и психометрической оценки можно рассматривать?

Простое суммирование методик, используемых в двух подходах, непродуктивно в силу чрезмерной громоздкости процедуры и больших временных затрат. Предпринимались попытки количественной оценки

всех тестов, ориентированных на качественный анализ (например, при стандартизации луриевских методов, которую проводила А.-Л. Кристенсен), или при создании батареи Лурия—Небраска (*Luria-Nebraska Neuropsychological Battery — LNNB*) (см.: Пуанте, 1998; Таппер, 1998; Lezac et al., 2004). Однако при таком подходе возникают трудности, связанные с несоразмерностью количественных оценок выраженности симптомов, относящихся к разным функциям. На наш взгляд, такие попытки не могут привести к общему интегративному результату проведенного обследования и позволяют лишь создать профили, состоящие из рядоположенных шкал, каждая из которых дает изолированную количественную оценку состояния отдельных психических функций, оценку, отражающую одновременно при этом функциональные дефициты первично и вторично страдающих мозговых зон. Более адекватными представляются этапность и избирательность в применении разных подходов. Это означает, что применение метода синдромного анализа, ориентированного на использование качественного подхода, необходимо на первом этапе нейropsychологической диагностики и оптимально для выявления возможных функциональных дефицитов. Его использование позволяет также решить первую из выделенных выше задач диагностики. На втором этапе становится возможным подбор психометрических тестов, направленных на количественную оценку дефицитов, выявленных на первом этапе обследования. Использование соответствующих психометрических тестов позволит решить вторую из выделенных выше задач диагностики. Задачей дальнейшего усовершенствования протокола нейropsychологического обследования становится подбор психометрических методик, адекватных тем нарушениям, которые входят в выявленную структуру дефекта. Психометрические методики, направленные на обследование конкретных психических функций, должны подбираться с учетом выявленного на первом этапе дефицита «собственной функции» соответствующих зон мозга и ведущей роли этого звена в мозговых функциональных системах.

Для решения третьей из выделенных нами задач нейropsychологической диагностики используются психометрические скрининговые методики, оценивающие общее когнитивное снижение как предиктор возможного ухудшения работы мозга, которое приводит к социально-бытовой и профессиональной дезадаптации. Примером такой методики, разграничивающей наличие легких когнитивных нарушений и деменции без анализа специфики этих нарушений и возможных структурных повреждений мозга, является *MMSE*. Также в последние годы был разработан так называемый экологический подход, направленный на прогнозирование возможных повседневных проблем пациента. В рамках этого подхода оценивается нарушение интеграции ряда функций в поведенческие паттерны, обеспечивающие возможность

самообслуживания, практической жизни человека, связанной с повседневными проблемами. Тестирование в этих случаях представлено в виде выполнения определенных поведенческих (имеющих бытовую направленность) актов с регламентированной оценкой входящих в их состав отдельных действий. Оценивается возможность использования психических функций в конкретных поведенческих актах, как, например, в тесте оценки повседневной памяти (*Rivermead Behavioral Memory Test — RBMT*) (Baddeley et al., 2008; Lezac et al., 2004).

В заключение следует также указать на применяемый в *нейропсихологии метод клинического наблюдения и описания*, направленный, как писал А.Р. Лурия (1982, с. 170—171), на рассмотрение события «под возможно большим количеством углов зрения» и позволяющий «видеть и понимать ту логику, которая связывает данный объект и событие с другими объектами и событиями», т.е. на выяснение системы существенных связей, которые оказываются нарушенными. Клинические и психологические наблюдения — это не сведение целого к отдельным элементам, а выделение первичных факторов, лежащих в основе синдрома, затем вторичных и системных следствий этого нарушения. Вся картина становится ясной, когда устанавливаются все основные факторы и связанные с ними нарушения. В таком наблюдении достигается и основная цель научного исследования — объяснение фактов, и одновременно романтическая цель — сохранение «многообразного богатства материала».

В этом методе процедура наблюдения сочетается с применением различных диагностических средств, результаты которых представляются в форме описания случая, или «психологического синдрома» (Лурия, 1968, 1971, 1982; Сакс, 2006). Можно полагать, что отмеченный выше экологический подход, направленный на оценку состояния поведенческих паттернов, в определенном смысле представляет собой попытку операционализации метода клинического наблюдения и описания.

Таким образом, становится очевидным, что необходимость использования различных методов и конкретных методик строго определяется теми задачами, для решения которых проводится нейропсихологическая диагностика. В нейропсихологической оценке расстройств отдельных компонентов психических функций и функциональных дефицитов мозговых зон приоритет должен принадлежать методу синдромного анализа. Для оценки степени выраженности нарушений отдельных психических функций как целостных образований более предпочтительно использование психометрических тестов. В оценке нарушений повседневной активности, поведенческих паттернов полезно применение тестовых процедур, разрабатываемых в экологическом подходе. Попытки формулировать нейропсихологические заключения на основании применения отдельных методик без учета изложенных выше соображений не представляются адекватными.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Алексеев И.С. Концепция дополнительности. Историко-методологический анализ. М., 1978.

Выготский Л.С. Собр. соч.: В 6 т. Т. 5. М., 1983.

Лурия А.Р. Маленькая книжка о большой памяти. М., 1968.

Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушение при локальных поражениях мозга. М., 1969.

Лурия А.Р. Потерянный и возвращенный мир. М., 1971.

Лурия А.Р. Нейропсихология памяти: (Нарушения памяти при локальных поражениях мозга). М., 1974.

Лурия А.Р. Этапы пройденного пути. М., 1982.

Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста. СПб., 2008.

Пуанте А. Применение луриевского подхода в США // I Междунар. конф. памяти А.Р. Лурия: Сб. докл. / Под ред. Е.Д. Хомской, Т.В. Ахутиной. М., 1998. С. 73–75.

Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. М., 1999.

Сакс О. Человек, который принял свою жену за шляпу. СПб., 2006.

Таппер Д.Е. Продолжающееся влияние идей Лурия на североамериканскую нейропсихологию: теория и ее применение / I Междунар. конф. памяти А.Р. Лурия: Сб. докл. / Под ред. Е.Д. Хомской, Т.В. Ахутиной. М., 1998. С. 53–60.

Хомская Е.Д. Нейропсихология. М., 1987.

Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / Под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Щепетовой. М., 2002.

Baddeley A., Wilson B.A., Greenfield E. et al. The Rivermead Behavioral Memory Test—Third Edition (RBMT-3). L., 2008.

Lezak M.D., Howieson D.B., Loring D.W. et al. Neuropsychological assessment. N.Y., 2004.

Maruta C., Guerreiro M., Mendonça A. de et al. The use of neuropsychological tests across Europe: the need for a consensus in the use of assessment tools for dementia // Europ. J. of Neurology. 2011. Vol. 18. Is. 2. P. 279–285.

Mikadze Y.V. Methodology of neuropsychological assessment: qualitative (metasyndromal analysis of cognitive deficit structure) and quantitative (psychometric estimate) aspects // Psychology in Russia: State of the Art / Ed. by Yu.P. Zinchenko, V.F. Petrenko. Moscow, 2011. P. 261–267.

Shulman K.I., Shedletsky R., Silver I.L. The challenge of time: Clock-drawing and cognitive function in the elderly // Int. J. Geriatr. Psychiatr. 1986. N 1. P. 135–140.

Е. Ю. Балашова, О. А. Шевелькова

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВРЕМЕНИ ПО ЧАСАМ В НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ: НОВАЯ ЖИЗНЬ КЛАССИЧЕСКОЙ МЕТОДИКИ

В статье обсуждаются различные вопросы, связанные с применением в нейропсихологическом обследовании методики определения времени по реальным и «немым» часам. Рассматривается психологическое строение навыка определения времени по часам, его связь с возрастными, образовательными и гендерными факторами. Особое внимание уделяется оценке возможностей использования методики при диагностике оптико-пространственных функций в современной социокультурной ситуации.

Ключевые слова: определение времени по часам, нейропсихологическая диагностика, индивидуальные различия, норма и патология.

In article the various questions connected with application in neuropsychological practice of a technique of definition of time on real and “mute” clock are discussed. The psychological structure of skill of definition of time with the clock, its communication with age, educational and gender factors is considered. The special attention is given to an estimation of possibilities of use of a technique at diagnostics of optic-spatial functions in a modern cultural situation.

Key words: definition of time with the clock, neuropsychological diagnostics, individual differences, norm and pathology.

В течение более чем полувековой истории развития луриевской нейропсихологии методология и методики нейропсихологической диагностики всегда были в центре внимания ученых. Осмыслились и уточнялись принципы построения и использования диагностических методик, создавались новые диагностические приемы, предлагались оригинальные методы количественной обработки полученных в ходе диагностики данных. Сегодня нейропсихологические методики позволяют максимально эффективно решать задачи топической, дифференциальной, функциональной диагностики, определять структуру

Балашова Елена Юрьевна — канд. психол. наук, вед. науч. сотр. кафедры нейро- и патопсихологии ф-та психологии МГУ. *E-mail:* elbalashova@yandex.ru

Шевелькова Оксана Александровна — студентка ф-та психологии МГУ. *E-mail:* oxanash@yandex.ru

и степень выраженности нарушений. Вместе с тем обращение нейропсихологов к изучению новых клинических моделей и индивидуальных особенностей мозговой организации психических функций в норме, изменение социокультурных реалий делают крайне актуальным серьезное осмысление достоинств и ограничений используемых диагностических методик. Рассмотрению одного из аспектов этой важной проблемы и посвящена наша статья.

Хорошо известно, что исследование разных уровней ориентировки в пространстве — необходимая составная часть комплексной нейропсихологической диагностики; оно проводится с помощью моторных, гностических, оптико-конструктивных и мнестических проб (Балашова, 1995, 1996; Доброхотова и др., 1996; Корчажинская, Попова, 1977; Лурия, 1962, 1973; и др.). Среди наиболее распространенных методик исследования оптико-пространственных функций необходимо упомянуть «анализ расположения стрелок на часах или пробу, в которой больному предлагают разместить на макете часов стрелки соответственно указанному времени» (Лурия, 1962, с. 310). Хорошо известны нарушения выполнения этих проб при локальных поражениях мозга. Так, А.Р. Лурия указывает, что при поражении теменных или теменно-затылочных отделов мозга в анализе расположения стрелок на часах может наблюдаться «смещение симметрично расположенных цифр, ошибки в соответствующем размещении стрелок» (там же). «Зеркальные» ошибки в расстановке стрелок могут наблюдаться и при патологии лобных отделов мозга и свидетельствовать об инактивности и нарушениях избирательности в сфере оперирования координатными пространственными представлениями (Лурия, 1962).

Сегодня нейропсихологи, располагая достаточно подробными данными об особенностях нарушений выполнения подобных оптико-пространственных проб при различных мозговых поражениях, вместе с тем не всегда точно представляют себе, как справляются с этими заданиями психически здоровые испытуемые. Всегда ли они выполняют пробы правильно? Какие допускаются ошибки и какова их частота? Имеют ли место индивидуальные (возрастные, гендерные и др.) различия? Меняется ли характер определения времени по часам в ходе социокультурного развития? Поиск ответов на эти вопросы и стал целью нашего исследования.

Испытуемым предлагалось выполнить задание, включающее 10 субтестов: в первом надо было определить время по часам с обычным циферблатом, в остальных девяти — по так называемым «немым» часам (без цифр и делений на циферблате) (Лурия, 1962).

В исследовании, проводившемся в 2007—2011 гг., приняли участие 185 человек в возрасте от 15 до 89 лет.

Результаты

Все испытуемые правильно определили время по часам с обычным циферблатом. С определением времени по «немым» часам справились без ошибок менее половины испытуемых — 49%. Еще 38% совершили 1—2 ошибки. Оставшиеся 13% испытуемых допустили 3 или более ошибок. Большую часть ошибок (83%) составляли так называемые ошибки «на шаг» (± 5 минут, ± 1 час). Намного менее часто встречались «зеркальные» ошибки, фрагментарные ошибки в виде учета показаний только одной из стрелок, инертные ошибки, перепутывание часовой и минутной стрелок. Точные показатели частоты встречаемости разных типов ошибок приведены в табл. 1.

Таблица 1

Данные о частоте встречаемости различных типов ошибок при определении времени по «немым» часам в 2006 и 2011 гг. (100% — все ошибки, допущенные испытуемыми)

Типы ошибок	Частота встречаемости (%)	
	2006 г.	2011 г.
«На шаг»	71	83
«Зеркальные»	12	5
Фрагментарные	6	5
Перепутывание часовой и минутной стрелок	8	4
Инертные	3	3

Мы сопоставили эти результаты с данными, опубликованными ранее в статье Е.Ю. Балашовой и М.С. Ковязиной (2006а). Эта работа была написана по материалам исследования, проводившегося в 2001—2006 гг. Оказалось, что тогда все испытуемые (162 человека в возрасте от 15 лет до 81 года) также правильно определяли время по часам с обычным циферблатом. С определением времени по «немым» часам успешно (без ошибок) справились 54% испытуемых. 37% допустили ошибки в 1—2 субтестах задания, 9% — в трех и более субтестах. Что касается частоты встречаемости различных типов ошибок, то чаще всего это были ошибки «на шаг» (см. табл. 1).

Сопоставление полученных данных отчетливо демонстрирует две тенденции. Во-первых, при выполнении такой пробы, как определение времени по «немым» часам (и, возможно, при выполнении других нейропсихологических оптико-пространственных проб), психически здоровые испытуемые не всегда достигают оптимальных результатов. Это подтверждает распространенное мнение о том, что реальная психическая норма не обязательно должна пониматься как «идеал», «эталон» (Балашова, Ковязина, 2006б). Во-вторых, качество выполнения пробы

здоровыми испытуемыми несколько ухудшилось по некоторым показателям на протяжении последнего десятилетия.

По нашему мнению, главную роль в появлении этой тенденции играют социокультурные факторы. Современным людям все реже приходится сталкиваться с аналоговыми часами; гораздо чаще в обиходе присутствуют электронные часы-табло. Может сказываться и рост доступности мобильных телефонов, которые все чаще заменяют обычные часы. Психологи высказывают мнение, что ни с одним прибором человек не проводит столько времени, сколько со своим сотовым телефоном (Тхостов, Емелин, 2010 [эл. ресурс]). Уже в 2009 г. на одного жителя России приходилось в среднем два мобильных телефона и, по прогнозам сотовых операторов, этот показатель должен и дальше расти (TNS Research..., 2010). Однако не представляется возможным пренебречь и рассмотрением роли возрастного фактора.

Детальный анализ данных подтвердил наличие возрастных различий. Так, сравнение результатов испытуемых подросткового и юношеского возраста ($M=20\pm 5$ лет), молодого ($M=38\pm 5$ лет), среднего ($M=51\pm 7$ лет), пожилого и старческого возраста ($M=75\pm 14$ лет) показало, что наименее успешными оказались испытуемые юношеского и пожилого возраста (табл. 2).

Таблица 2

Сравнительные данные 2011 и 2006 гг. об успешности определения времени по «немым» часам в разных возрастных подгруппах (100% — все испытуемые данной подгруппы)

Возрастные подгруппы	Количество испытуемых		Правильное выполнение (%)		1—2 ошибки (%)		3 и более ошибок (%)	
	2006	2011	2006	2011	2006	2011	2006	2011
Подростковый и юношеский возраст	90	67	51	39	39	37	10	24
Молодой возраст	30	57	70	61	23	32	7	7
Средний возраст	25	40	76	53	16	47	8	0
Пожилой и старческий возраст	17	21	12	43	76	38	12	19

Обсуждение

Каковы же вероятные причины выявленных различий? Чем может объясняться высокая частота ошибок при определении времени по «немым» часам у испытуемых юношеского возраста? Можно ли говорить о недостаточной сформированности на данном возрастном этапе некоторых пространственных представлений из-за незрелости обеспечивающих их мозговых структур? По-видимому, нет, так как в

юношеском возрасте церебральный морфо- и функциогенез в основном завершается (Психология..., 2005; Структурно-функциональная организация..., 1990). Более вероятным представляется предположение о существовании определенных индивидуальных различий в мозговом обеспечении оптико-пространственных функций. Хотя наши испытуемые не предъявляли никаких жалоб, которые могли бы указывать на нарушения в работе мозга, были социально адаптированы, достаточно успешно учились, нельзя исключить у некоторых членов обследованной выборки наличия так называемых минимальных мозговых дисфункций. Однако, на наш взгляд, главной причиной затруднений при выполнении данной пробы является не хронологический возраст как таковой, а та специфическая социокультурная ситуация, в которой развивался ранее и функционирует ныне навык определения времени по часам. Дело в том, что в настоящее время имеет место все более редкое использование в повседневной жизни «классических» аналоговых часов со стрелками и круглым циферблатом. Их постепенно заменяют электронные часы в форме табло, «говорящие» часы, всевозможные таймеры. Нас окружают экзотическим образом стилизованные, овальные или изогнутые часовые циферблаты, по которым вообще крайне затруднительно точно определять время. Поэтому в юношеском возрасте соответствующий оптико-пространственный навык зачастую относительно успешно функционирует только при наличии наглядных опор. А при сенсбилизации задания, когда испытуемые имеют дело с «немыми» часами, в юношеской подгруппе встречается практически весь спектр пространственных ошибок: метрические («на шаг»), координатные («зеркальные»), фрагментарные. В ряде случаев они сочетаются с проявлениями дефицита произвольного внимания, с импульсивностью и инертностью. О почти полном отсутствии навыка определения времени по часам свидетельствовали даже непроизвольные речевые реакции некоторых испытуемых. Они говорили о том, что впервые столкнулись с аналоговыми часами в эксперименте и потому работают так медленно.

Испытуемые пожилого возраста, наоборот, привыкли пользоваться «классическими» часами с обычным циферблатом и четко видимыми стрелками, привыкли постоянно сверяться с показаниями часов. У них данный навык, как правило, был хорошо сформирован и регулярно упражнялся в течение жизни. Вероятно, наблюдаемые в этом возрасте трудности (в основном ошибки «на шаг») обусловлены своеобразными инволюционными изменениями в функционировании мозговых систем, обеспечивающих оптико-пространственную деятельность, особенно правой гемисферы и подкорковых структур (Балашова, 1998; Корсакова, Московичюте, 2003).

Подчеркнем, что при интерпретации результатов, показанных испытуемыми при определении времени по «немым» часам, следует учитывать не только роль возрастных факторов. Так, оказалось, что мужчины демонстрируют несколько более высокие результаты, чем женщины, но различия между гендерными подгруппами выявляются только в виде тенденции и не достигают уровня статистической значимости (Балашова, Ковязина, 2006а). Этот факт согласуется с данными литературы о гендерных различиях в выполнении некоторых пространственных и временных тестов (Кулешова, Балашова, 2010; Kosc, Molcan, 1983, 1984; Ray et al., 1981; Sherman, 1967). Вместе с тем необходимо учитывать, что влияние гендерных факторов на развитие пространственных навыков может быть более заметно в раннем онтогенезе. У взрослых людей успешность в оптико-пространственной сфере зависит скорее от действия социокультурных факторов (в частности от особенностей профессиональной деятельности).

Интересным представляется и обсуждение роли образовательного фактора. Испытуемые с высшим образованием лучше справлялись с определением времени по «немым» часам. Эти данные заставляют задуматься о том, как связаны между собой образовательный уровень и успешность оптико-пространственного восприятия. Можно предположить, что высшее образование получают лица с более развитыми способностями, а характер их профессиональной деятельности создает предпосылки для регулярного когнитивного тренинга, что положительно сказывается и на оптико-пространственной сфере. Кроме того, лица с высшим образованием характеризуются более высоким уровнем произвольного контроля и опосредования познавательной активности (Балашова, Ковязина, 2006а).

В исследовании были получены данные о том, как соотносятся между собой результаты испытуемых с разными мануальными предпочтениями. Леворукие испытуемые демонстрировали более низкие показатели. Например, по данным 2006 г., правильно выполнили задание по определению времени на «немых» часах 56% праворуких испытуемых и только 22% леворуких; 1—2 ошибки допустили 34% праворуких и 64% леворуких испытуемых. Последние чаще допускали при выполнении задания 3 ошибки и более. Данные 2011 г. продемонстрировали сходные тенденции. Эти факты подтверждают сложившиеся в нейронауках представления о слабости и особом модусе функционирования многих аспектов пространственных представлений у левшей (Семенович, 2002).

Все эти результаты, на наш взгляд, говорят о многофакторной обусловленности складывания и функционирования отдельных компонентов оптико-пространственной сферы, хотя вклад различных факторов представляется неравнозначным.

Они также побуждают нас задуматься о том, сохраняет ли сегодня и в какой степени рассматриваемая методика (и, вероятно, ряд других нейропсихологических методик) экологическую валидность. Ответ на этот вопрос будет невозможен без выяснения того, различаются ли параметры определения времени по часам у здоровых испытуемых и у больных с локальной и диффузной мозговой патологией. Представляется достаточно очевидным, что сложность психологического строения этого навыка, включающего афферентные и эфферентные звенья, гностические и мнестические операции, приведет в случае мозговых поражений к весьма серьезным нарушениям. Здесь могут не только существенно возрастет частота и степень выраженности метрических, координатных и фрагментарных ошибок, но и возникать симптомы распада представлений о длительности и соотношении временных интервалов, о правилах определения времени по часам, о символике обозначений циферблата. Подчеркнем, что сегодня корректное сравнение результатов больных с мозговой патологией и здоровых испытуемых возможно только при учете роли возрастных, образовательных и других факторов, а также социокультурной динамики статистически верифицированных нормативных показателей. Не исключено также, что реалии «новой жизни» проанализированной нами методики поставят нейропсихологов перед необходимостью модификации процедурных аспектов ее использования и перед началом выполнения определения времени по «немым» часам испытуемые XXI в. будут проходить обучающий эксперимент. Время покажет!

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Балашова Е.Ю. Пространственный фактор в процессах памяти при нормальном и патологическом старении // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. 1995. № 2. С. 71—74.

Балашова Е.Ю. Особенности пространственной организации произвольных движений при старении // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. 1996. № 2. С. 37—46.

Балашова Е.Ю. Роль пространственных расстройств в формировании нарушений психической деятельности при деменциях позднего возраста / I Междунар. конф. памяти А.Р. Лурия; Сб. докл. / Под ред. Е.Д. Хомской, Т.В. Ахутиной. М., 1998. С. 273—276.

Балашова Е.Ю., Ковязина М.С. Исследование оптико-пространственных функций в норме // Журн. прикладной психологии. 2006а. № 6-1. С. 36—44.

Балашова Е.Ю., Ковязина М.С. Некоторые аспекты проблемы нормы в клинической психологии // Вопр. психологии. 2006б. № 1. С. 112—117.

Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н., Зайцев О.С. и др. Односторонняя пространственная агнозия. М., 1996.

Корсакова Н.К., Московичюте Л.И. Клиническая нейропсихология. М., 2003.
Корчагинская В.И., Попова Л.Т. Мозг и пространственное восприятие. М., 1977.

Кулешова М.Р., Балашова Е.Ю. О гендерных различиях в восприятии времени // Психология в вузе. 2010. № 4. С. 106—115.

Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М., 1962.

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

Психология развития / Под ред. Т.Д. Марцинковской. М., 2005.

Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. М., 2002.

Структурно-функциональная организация развивающегося мозга / Под ред. Д.А. Фарбер и др. Л., 1990.

Тхостов А.Ш., Емелин В.А. От тамагочи к виртуальному ошейнику: границы нейтральности технологий // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2010. № 6 (14). URL: <http://psystudy.ru>

TNS Research of Global Telecoms Insights, 2010. URL: <http://www.tns-global.ru/rus/projects/telecoms/>

Kosc M., Molcan J. Is there a right hemisphere dysfunction in depression? Evidence for spatial functioning // Neuroscience Letters. 1983. Vol. 14. P. 206.

Kosc M., Molcan J. Depression and the right hemisphere spatial performance // Acta Nervosa Superior. 1984. Vol. 26. N 2. P. 166—167.

Ray W.J., Newcombe N., Semon J., Cole P.M. Spatial abilities, sex differences and EEG functioning // Neuropsychologia. 1981. Vol. 19. N 5. P. 97—107.

Sherman J. A. Problem of sex differences in space perception and aspects of intellectual functioning // Psychol. Rev. 1967. Vol. 74. N 4. P. 290—299.

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 луганской 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 глубоинных 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 дишиз (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.

Н. М. Пылаева, Т. В. Ахутина

НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ И ШКОЛА

Цель статьи — ознакомление широкого круга психологов, педагогов, дефектологов и воспитателей (в том числе работающих в группах и классах инклюзивного обучения) с основами нейропсихологии детского возраста и нейропсихологического подхода к диагностике, профилактике и коррекции трудностей обучения. За последние 10—20 лет возникла новая область психологической науки и практики — школьная нейропсихология. Построенная на идеях Л.С. Выготского и А.Р. Лурия школьная нейропсихология активно внедряется в психолого-педагогическую практику, эффективность ее методов подтверждается специальными исследованиями. К сожалению, далеко не все работники просвещения и даже коллеги-психологи представляют задачи и методы этого подхода к помощи детям. Данная статья направлена на заполнение этого пробела.

Ключевые слова: нейропсихология, трудности обучения, нейропсихологическая диагностика, коррекционно-развивающее обучение.

This article aims to acquaint the wide community of general and special education teachers, psychologists, speech and language therapists, including those who work in integrative and inclusive environments, with the outlines of child neuropsychology and neuropsychological approach to assessment, prevention, and remediation of learning disabilities. In the last 20 years the field of psychological theory and practice named school neuropsychology which bases itself upon Vygotsky's and Luria's ideas has been developing in Russia. It is actively penetrating the psychological and educational practices involving effective research based methods. Unfortunately, many professionals working in educational sphere and even school psychologists are not aware of the goals and methods of this approach to overcoming learning disabilities. This article aims to contribute in closing this gap.

Key words: neuropsychology, learning disabilities, neuropsychological developmental assessment, remedial-developmental education.

В последние годы на фоне экологического неблагополучия и продолжающейся интенсификации школьного образования отмечается ухудшение здоровья детей. Многие дети приходят в школу недоста-

Пылаева Наталия Максимовна — канд. психол. наук, ст. науч. сотр. лаборатории нейропсихологии ф-та психологии МГУ, методист-психолог Центра психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков при МГППУ. *E-mail:* N.Pylaeva@yandex.ru

Ахутина Татьяна Васильевна — докт. психол. наук, профессор, зав. лабораторией нейропсихологии ф-та психологии МГУ, зав. лабораторией исследования трудностей обучения ИПИИО МГППУ. *E-mail:* akhutina@mail.ru

точно готовыми к обучению с точки зрения их психофизического развития. Попадая в условия систематических школьных перегрузок, они оказываются неуспевающими или достигающими школьных успехов ценой здоровья. Постоянное пребывание в ситуации неуспешности или тревожного ожидания неуспеха усугубляет поведенческие и нервно-психические отклонения и нередко толкает к асоциальным формам поведения. Как может нейропсихология помочь в решении этой важнейшей проблемы?

Чтобы преодолеть возникающие трудности в обучении, найти оптимальный путь для развития потенциала ребенка, каждый ребенок требует индивидуального подхода, учитывающего именно его силу и слабость. Анализ сильных и слабых сторон психических функций ребенка более всего разработан в нейропсихологии, и в частности в отечественной нейропсихологии, основанной на идеях Л.С. Выготского и построенной А.Р. Лурия.

В работе «Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства» Л.С. Выготский сформулировал требования к системам исследования ребенка, цель которых не негативная характеристика ребенка (подходит/не подходит к массовой школе), а его позитивная характеристика, которая может стать основой «воспитательного плана». Эти три требования таковы: «разделение добывания фактов и их толкования; максимальная специализация методов исследования отдельных функций (в отличие от суммарных методов, стремящихся исследовать все) и ... динамическое типологическое толкование добытых при исследовании данных в диагностических целях» (Выготский, 1983, с. 274).

Реализация первого требования предполагает различение первичных дефектов и их вторичных системных следствий и компенсаторных перестроек. Рассмотрим пример. Ребенок не запоминает серию слов. Этот факт должен быть истолкован, дефект квалифицирован, т.е. должна быть решена задача определения функциональной природы дефекта, является ли он проявлением первичного дефекта слухоречевой памяти или ослабленной консолидации следа (нарушение модально неспецифической памяти) или системным следствием нарушения произвольной регуляции, программирования и контроля произвольной деятельности. Такой системный анализ, дающий возможность квалификации дефекта, разработан в нейропсихологии А.Р. Лурия (1969, 1973). И именно на основе этого анализа можно строить адекватные дефекту коррекционные мероприятия.

Максимальная специализация методов исследования отдельных функций опять же наиболее обоснованно и последовательно разработана в нейропсихологии. Системный анализ нарушений ВПФ позволил уточнить состав компонентов различных ВПФ в нормальной жизнедеятельности. Это касается чтения и письма, решения задач или повторения слов. Возьмем для примера иногда применяемый логопедами прием

исследования повторения серий слогов. Ребенку предлагают повторить, например, *са-за-са*, затем *ша-жа-ша*. Это трудное задание с успехом может быть использовано для отсева детей с речевыми трудностями. Однако оно относится к «суммарным методам», по терминологии Л.С. Выготского, так как дает только отрицательную характеристику ребенка. За этим первым шагом должен следовать второй шаг, необходимый для построения коррекции, — анализ того, почему ребенок затрудняется в повторении. За ошибками повторения могут стоять трудности переработки слуховой или кинестетической информации или трудности переключения, трудности серийной организации действий; очень часто дети неправильно повторяют серию слогов, потому что из-за трудностей программирования и контроля деятельности невнимательно слушали, не включились в задание. В нейропсихологии используются такие диагностические методики, которые позволяют различить характер трудностей. В каждом из перечисленных случаев работа с ребенком должна быть различной в зависимости от выделенного первичного дефекта.

Наконец, динамическое типологическое толкование добытых при исследовании данных предполагает создание «динамической типологии трудновоспитуемого ребенка», учитывающей внутреннюю структуру и динамику детского развития в норме и при отклонениях от нее. Анализ структуры отклонения предполагает необходимость: «а) объяснить из одного принципа наблюдающиеся при этом расстройства плюс и минус симптомы; б) свести к единству, к закономерно построенной структуре все, даже самые далеко отстоящие друг от друга симптомы, и в) наметить путь от очаговых расстройств определенного рода к специфическому изменению всей личности в целом и образа ее жизни» (Выготский, 1982, с. 174). Такое структурное описание синдрома должно быть дополнено характеристикой его динамики. Задача создания такой типологии на каждом этапе развития науки решается по-новому. Эта задача требует участия специалистов разного профиля, и они должны быть подготовлены к участию в такой междисциплинарной работе. Знакомство с нейропсихологией — одной из важнейших составных частей современной когнитивной нейронауки — необходимый мостик к междисциплинарному сотрудничеству.

Все вышеизложенное исходит из мысли, что современные школьные психологи и педагоги не должны быть ремесленниками, шаблонно, механически применяющими те или иные приемы. Они должны понимать проблемы психического развития обучаемых и гибко, в соответствии с потребностями и возможностями вверенных им детей строить процесс обучения. Такое понимание психологических механизмов трудностей в обучении особенно необходимо специалистам, работающим с детьми, имеющими парциальное отставание в развитии отдельных психических функций или их компонентов. В эту многочисленную группу входят дети с различными диагнозами: задержка психического развития, общее

недоразвитие речи, дисграфия, задержка речевого развития и др. Для выяснения механизмов трудностей этих детей необходим тщательный системный анализ состояния их ВПФ, позволяющий прогнозировать дальнейшее психическое развитие ребенка и строить адекватное дефекту коррекционно-развивающее обучение.

Нейропсихология сегодня (и отечественная и мировая) более подготовлена к анализу психического развития в норме и при отклонениях от нее. В настоящее время получили широкое развитие исследования нейропсихологии нормы и дифференциальной детской нейропсихологии, ставшие основой применения нейропсихологических методов в школе (Ахутина, Пылаева, 2008; Корсакова и др., 1997; Микадзе, 2008; Полонская, 2007; Шамликашвили, Семенова, 2010; Hale, Fiorello, 2004; Handbook..., 2006; Waber, 2010). В частности, в нейропсихологии сформировано представление о неравномерности развития психических функций и их отдельных компонентов. Наряду с гетерохронией развития, определяемой видовой генетической программой и задающей «расписание» развития психических функций, выделяется еще неравномерность развития, задаваемая индивидуальной генетической программой и средовыми влияниями и определяющая индивидуальные особенности состояния ВПФ (Ахутина, Пылаева, 2008). Нейропсихологическое исследование детей как группы нормы, так и групп с отклонениями в развитии (ЗПР, ОНР) позволяет выявлять индивидуальные «профили» состояния ВПФ, которые могут служить основой развивающих и коррекционно-развивающих занятий.

В современной детской коррекционной нейропсихологии разработана система помощи детям, которая включает три звена — нейропсихологическую тестовую диагностику, методы «следающей диагностики» и методы коррекционной работы. Тестовая диагностика позволяет выдвинуть предположение о механизмах трудностей ребенка (Ахутина и др. 2008), это предположение сопоставляется с результатами анализа поведения ребенка, выполнения им творческих и учебных задач, т.е. с результатами «следающей диагностики» (Пылаева, 1995; Ахутина, Пылаева, 2008). Основанные на нейропсихологической теории методы «следающей диагностики» («нейропсихологические очки») должны быть доступны и педагогу и психологу, именно эти методы создают возможность полноценного взаимодействия педагога и психолога. В то же время результаты таких наблюдений за каждым конкретным ребенком позволяют говорить на понятном языке с родителями и делать их активными соучастниками воспитательно-педагогического процесса. На основе проверенного и уточненного в ходе наблюдений нейропсихологического диагноза, т.е. с учетом сильных и слабых сторон ребенка, строится стратегия и тактика коррекционного воздействия.

В нейропсихологии разработаны методы коррекции с учетом слабых звеньев ВПФ детей. Так, для развития функций планирования и кон-

троля действий, развития произвольного внимания предложены методики «Школа внимания», «Школа умножения», «Сортировка цветных фигур» и др. (Ахутина, Пылаева, 2008; Пылаева, Ахутина, 2007, 2008а). Также предложены методы развития зрительно-вербальных функций (Пылаева, Ахутина, 2008б; Скитяева, Ахутина, 2011), описаны методы развития зрительно-пространственных функций (Ахутина, Пылаева, 2008). Есть нейропсихологические коррекционно-развивающие методики широкого профиля, которые учат детей учиться (Ахутина и др., 2007). Знакомство с этими методами позволит школьным психологам, педагогам начальной школы и воспитателям сделать свою работу более прицельной и эффективной.

Все названные методики построены с учетом закономерностей процессов интериоризации, раскрытых Л.С. Выготским и П.Я. Гальпериным. Организация совместной деятельности педагога и ученика последовательно меняется таким образом, что действие, которым вначале владеет педагог, становится внутренним достоянием ученика. Условиями, позволяющими ребенку освоить действие, являются максимальное развертывание подлежащего освоению действия, его максимальное упрощение, совместное решение учебной задачи. По мере освоения действия помощь взрослого сокращается. Такая технология носит сейчас название «скаффолдинг» (*scaffolding*) — оказание помощи в зоне ближайшего развития ребенка с ее сокращением по мере увеличения его возможностей. Эту метафору «построения лесов, а потом их удаления», когда дом построен, предложил Дж. Брунер (см.: Wood et al., 1976). В литературе сейчас описываются разные варианты организации совместной деятельности для решения развивающих и реабилитационных задач (см., напр.: Ахутина, Пылаева, 2008; Vodrova, Leong, 2007).

В технологии скаффолдинга для развития функций II и III блока мозга (Лурия, 1973) используются разные модификации методов. В системах методов, направленных на развитие и коррекцию функций III блока, принципиально значимыми являются экстериоризация программы и дозирование заданий. Для коррекции функций II блока необходимо обеспечение простоты выбора нужного элемента — от выбора среди далеких элементов к выбору среди близких, похожих элементов. Формированию базовых основ, предпосылок когнитивных функций могут способствовать методики, воздействующие на сенсомоторный уровень детей (Комплексная методика..., 1998; и др.).

Коротко остановимся на том, почему в подготовке психологов, воспитателей и дефектологов, которым предстоит работать с дошкольниками, нейропсихология особенно значима.

Каждый следующий этап развития ребенка зависит от предыдущего. То, что упущено на ранних этапах развития, не может быть целиком восполнено даже при значительных педагогических усилиях в более

позднем возрасте. Уже одно это значительно повышает требования к подготовке дошкольных работников.

Чем младше ребенок, тем более диффузна, глобальна симптоматика различных отклонений развития и тем большего мастерства требует дифференциальная диагностика, необходимая для построения эффективной коррекционно-развивающей работы. Чем младше ребенок, тем больше точность диагностики зависит от тщательности и длительности наблюдения, от того, есть ли у специалиста контакт с ребенком. Дошкольный педагог часто имеет уникальную возможность следить за процессом развития и строить гипотезы о сильных и слабых сторонах в психической деятельности ребенка. Помочь в правильной организации наблюдений и их интерпретации позволят методы «следящей диагностики», разработанные по принципам детской нейропсихологии.

Итак, помощь ребенку с особенностями развития познавательных функций и эмоционально-личностной сферы предполагает необходимость понимания закономерностей его развития. Знакомство с основами нейропсихологии детского возраста, с принципами нейропсихологического подхода к диагностике, профилактике и коррекции трудностей обучения даст возможность психологам, педагогам, дефектологам или воспитателям плодотворно сотрудничать друг с другом при выработке коррекционных программ, эффективно строить индивидуально ориентированное развивающее, коррекционное или инклюзивное обучение, учитывающее сильные и слабые стороны каждого ребенка.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Ахутина Т.В., Манелис Н.Г., Пылаева Н.М., Хотылева Т.Ю.* Скоро в школу. Путешествие с Бимом и Бомом в страну Математику. М., 2007.
- Ахутина Т.В., Полонская Н.Н., Пылаева Н.М., Максименко М.Ю.* Нейропсихологическое обследование // Нейропсихологическая диагностика, обследование письма и чтения младших школьников / Под ред. Т.В. Ахутиной, О.Б. Иншаковой. М., 2008. С. 4—64.
- Ахутина Т.В., Пылаева Н.М.* Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход. СПб., 2008.
- Выготский Л.С.* Психология и учение о локализации психических функций // Выготский Л.С. Собр. соч.: В 6 т. Т. 1. М., 1982. С. 168—174.
- Выготский Л.С.* Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства // Собр. соч.: в 6 т. Т. 5. М., 1983. С. 257—321.
- Комплексная методика психомоторной коррекции / Под ред. А.В. Семенович.* М., 1998.
- Корсакова Н.К., Микадзе Ю.В., Балашова Е.Ю.* Неудавшиеся дети: нейропсихологическая диагностика трудностей в обучении младших школьников. М., 1997.
- Лурия А.Р.* Высшие корковые функции. 2-е изд. М., 1969.
- Лурия А.Р.* Основы нейропсихологии. М., 1973.
- Микадзе Ю.В.* Нейропсихология детского возраста. СПб., 2008.
- Полонская Н.Н.* Нейропсихологическая диагностика детей младшего школьного возраста. М., 2007.

Пылаева Н.М. Опыт нейропсихологического исследования детей 5—6 лет с задержкой психического развития // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. 1995. № 3. С. 37—45.

Пылаева Н.М., Ахутина Т.В. Школа умножения: Методика развития внимания у детей 7—9 лет. М., 2007.

Пылаева Н.М., Ахутина Т.В. Школа внимания: Методика развития и коррекции внимания у детей 5—7 лет. СПб., 2008а.

Пылаева Н.М., Ахутина Т.В. Учимся видеть и называть. Рабочая тетрадь 1 и 2. СПб., 2008б.

Скутязева Н., Ахутина Т. Развитие зрительно-предметного восприятия и речи у детей: Методика работы с детьми с нарушениями в развитии в группе подготовки к школе. Saarbrücken, 2011.

Шамликашвили Ц.А., Семенова О.А. Почему ребенку трудно учиться и как ему помочь: Нейропсихологический подход. М., 2010.

Bodrova E., Leong D.J. Tools of the mind: The Vygotskian approach to early childhood education. 2nd ed. N.J., 2007.

Hale J.B., Fiorello C.A. Handbook of school neuropsychology: A practitioner's guide. N.Y., 2004.

Handbook of school neuropsychology / Ed. by R.C. D'Amato, E. Fletcher-Janzen, C.R. Reynolds. N.Y., 2006.

Waber D.P. Rethinking learning disabilities: Understanding children who struggle in school. N.Y., 2010.

Wood D., Bruner J.S., Ross G. The role of tutoring in problem solving // J. of Child Psychology and Psychiatry. 1976. Vol. 17. P. 89—100.

КОММЕНТАРИИ РЕЦЕНЗЕНТОВ

Отзыв на статью Н.К. Корсаковой «Нейропсихологический фактор: наследие А.Р. Лурия и задачи развития нейропсихологии»

Статья Н.К. Корсаковой, безусловно, интересна, проблематична, полемически заострена. В ней можно выделить две основные проблемные темы, связанные (1) с перспективой использования и дальнейшей разработки введенного А.Р. Лурия понятия «фактор» как единицы нейропсихологического анализа проблемы «мозг и психика» и (2) с недостаточной дифференцированностью и разработанностью ряда факторов, в частности пространственного.

По первой из выделенных проблем в статье поднимается вопрос о необходимости разработки новых принципов выделения и описания факторов. В частности, это аргументируется такими фактами, как «разновеликость (факторов) по тем объемам проявлений психики, которые в них включены»; феноменологические различия в факторах и соответствующих синдромах, характеризующих нарушения левого и правого полушария; многозначность симптомов и синдромов, когда «сходные по внешним проявлениям симптомы могут возникать при поражении различных зон мозга».

Хотелось бы предложить некоторые размышления по этому поводу. Понятно, что в разных дисциплинах, объединяемых термином «нейронаука», существуют разные теоретические и методологические подходы к решению проблемы «мозг и психика». Существует их определенная специфика и в нейропсихологии, в которой исследуется роль различных мозговых зон в поведении человека. Для изучения этой роли необходимо использование определенной единицы анализа, которая должна представлять собой некую целостность, характеризующую общими свойствами, определяющими ее как единицу для осуществляемого уровня анализа, а также специфическими свойствами, позволяющими дифференцировать конкретные единицы.

По А.Р. Лурия, фактор — это условие, физиологический принцип работы, «собственная функция» данного участка мозга. Это специфическое свойство, поскольку предполагается, что разные участки мозга связаны с разными физиологическими условиями. Общим же является то, что фактор отражает наличие у разных участков мозга собственных функций. Обращение к аксиоме о собственной функции каждого участка мозга и наличии специфичности этой функции в разных участках мозга позволяет рассматривать фактор как единицу анализа в ней-

ропсихологическом подходе к проблеме «мозг и психика» и различать содержательно эти единицы по принципу функционирования разных отделов мозга. Другими словами, общим для факторов как единиц анализа выступает условие их работы — аналитико-синтетические процессы, осуществляемые в разных зонах мозга, а специфичным — содержание этих процессов, т.е. определенные свойства перерабатываемой информации.

Возможно, физиологические условия работы разных отделов мозга схожи, но важным становится то, какой вид имела информация на входе и какой вид она приобрела на выходе, каков результат работы этого участка мозга. Так, например, можно говорить, что общий принцип функционирования задних отделов мозга — синтеза разномодальных афферентаций, но результаты этих синтезов по-разному представлены в разных мозговых полях. Сначала в виде отдельных модальных свойств в проекционных, затем в виде перцептивных образов в гностических зонах и в виде надмодального образа мира в заднем ассоциативном поле. В виде синтезов модальной информации: зрительной — в затылочных, слуховой — в височных, тактильной, кинестетической — в теменных долях. Соответственно каждая из этих зон мозга может консолидироваться в разные мозговые функциональные системы в зависимости от вида перерабатываемой информации и последовательно включаться в работу в соответствии с иерархическим взаимодействием мозговых зон. Это положение было представлено А.Р. Лурия в указании на иерархический принцип работы задних отделов мозга, в котором на каждом уровне представлена информация, прошедшая предварительные синтезы на предыдущих уровнях. Поэтому кажется неправомерным ставить вопрос о многокомпонентной структуре или иерархическом строении фактора (например, у Л.С. Цветковой), более корректно рассматривать вопрос об иерархическом взаимодействии факторов в тех или иных функциональных системах.

При оценке разновеликости факторов, т.е. их разной значимости и загруженности, следует, вероятно, учитывать два условия. Первое связано с ролью одного и того же фактора в разных психических функциях, например пространственного — в зрительном восприятии или памяти, конструктивном праксисе (рисовании, копировании), наглядно-образном мышлении и т.д. Второе условие, тесно связанное с первым, определяется местом фактора в иерархической организации соответствующей функциональной системы. Чем более высокое место он занимает, тем в большей степени он должен быть «загружен» связями с другими компонентами системы. Например, иерархическое положение пространственного фактора может быть различным в задаче зрительной ориентировки в реальном пространстве и на карте.

В дальнейшей разработке методологии луриевского подхода в нейропсихологии представляется важным придерживаться намеченной

А.Р. Лурия позиции, касающейся объема понятия «фактор» как совокупности явлений (анатомических, нейрофизиологических, психологических), мыслимых в данном понятии. Это необходимо для выбора четкого критерия при классификации факторов. А.Р. Лурия при упоминании факторов использовал и анатомический (указание на область мозга — височная, лобная и т.д.), и нейрофизиологический (физиологическое «условие» работы, «собственная» функция данного участка мозга), и психологический (определенное психологическое содержание — пространственная ориентировка, фонематический слух, программирование и т.д.) критерии. Опора на психологическое содержание позволяет выстроить «психологическую архитектуру» совокупности конкретных психических процессов, интегрированных в той или иной психической функции. Опора на мозговые зоны позволяет выявить последовательную и одновременную их консолидацию в мозговые функциональные системы, описать тем самым мозговую основу порождения и реализации психического.

Нейропсихологические методы направлены в первую очередь на выявление содержательных, психологических характеристик наблюдаемых явлений, их соотнесение (по процедуре синдромного анализа) с функционированием мозга. И с этой точки зрения классификация факторов должна опираться прежде всего на их содержательные, психологические характеристики, связанные с возможностью выявить специфичность факторов как единиц анализа. И узловым моментом для раскрытия этой специфичности должно быть выявление и описание результатов отдельных психических процессов, операций, в которых отражаются промежуточные этапы в реализации целостных психических функций, поведенческих актов.

Иррадиация патологического торможения от поврежденного участка к связанным с ним (по принципу консолидации в функциональную мозговую систему) зонам мозга может объяснять упоминаемую в статье многозначность симптома и синдрома. В этом случае возникает вопрос о дифференциации симптомов повреждения и симптомов обкрадывания тех зон мозга, которые не получают нужной стимуляции от поврежденного участка мозга. В выделяемой Н.К. Корсаковой «единой морфофункциональной единице, лобно-мосто-мозжечковом пути» можно видеть один из вариантов протраивания иерархии взаимодействия разных отделов мозга, при которой повреждение одного из нижележащих по иерархии компонентов приводит к дефицитарности функционирования вышележащих. Наблюдаемые в этом случае симптомы можно расценивать как «симптомы на отдалении», возникающие в иерархически организованных цепочках мозговых зон, являющихся частью тех или иных функциональных систем. Описание и выявление таких феноменов — путь к описанию целостной (пространственно-временной) работы мозга при осуществлении разных видов деятель-

ности и к структурно-динамическому описанию соответствующих форм поведения.

В статье правомерно поднимается вопрос о недостаточной работанности и дифференциации пространственного фактора, о его надмодальном характере. Несомненно, необходима дальнейшая работа по описанию и выявлению факторов, связанных не только с разными модальными пространственными характеристиками (топологическими, координатными, метрическими, проекционными и т.д.), но и с более сложными, надмодальными характеристиками пространственного и временного взаимодействия объектов и явлений окружающего мира (причинно-следственными, вероятностными, интуитивными и др.).

Какой путь оптимален в этом случае? Использовать, например, глобальное понятие «пространственный фактор» и выделять в нем субфакторы, выстраивая тем самым иерархию одного фактора? Или пытаться выделить возможные, еще не описанные факторы, которые при реализации пространственных функций могут образовывать разные по иерархической организации системы в зависимости от видов выполняемой деятельности?

Определяя фактор как физиологическое условие работы данного участка мозга, А.Р. Лурия подразумевал специфичность и дифференцированность этих условий в разных частях мозга. Переход от одной зоны мозга к другой определяет переходы от одного фактора к другому. Если не учитывать этот факт, то следовало бы признать физиологическую эквивалентность разных морфологических образований. Оптимальным представляется использование фактора как основной единицы анализа в нейропсихологии.

Поднятые в статье вопросы актуальны, заостряют внимание на многих реальных проблемах современной нейропсихологии, носят дискуссионный характер, побуждая читателя к поиску новых путей в объяснении уже известных и новых фактов в проблеме «мозг и психика». Они, несомненно, служат дальнейшему осмыслению и развитию идей, заложенных в явной и неявной форме в работах А.Р. Лурия.

*Ю.В. Микадзе, докт. психол. наук, профессор кафедры
нейро- и патопсихологии ф-та психологии МГУ*

Отзыв на статью Ж.М. Глозман «О субъектности луриевской нейропсихологии»

В статье Ж.М. Глозман хотелось бы особо отметить место, где говорится об А.Р. Лурия как общем психологе, одном из творцов культурно-исторической школы. Дело в том, что это, казалось бы, очевидное положение нередко отодвигается на второй план, и А.Р. Лурия рассма-

тривается в первую очередь лишь как основатель нейропсихологии. Между тем само его обращение к области неврологии было вызвано во многом обстоятельствами, весьма далекими от логики развития его научных взглядов. Вспомним: в то время, когда А.Р. Лурия был ближайшим соратником Л.С. Выготского, его интересы лежали в иных плоскостях. Экспедиция в Среднюю Азию, блистательное и новаторское исследование должно было стать основанием нового направления — этнопсихологии, сравнительной психологии мышления и т.д. Потом произошло резкое закрытие этой темы вследствие сугубо политических моментов, связанных с нарастанием сталинской диктатуры. Исследование природы аффектов, сопряженных моторных реакций, монография, переведенная в Америке, — направление, прерванное у нас в 1930-х гг. и тоже ушедшее на целые десятилетия на Запад. И наконец, разгром педологии и заодно «культурнической психологии Выготского и Лурия» в 1936 г. И лишь тогда «Александр Романович, — как пишет его дочь, — решает, что будет заниматься только клинической психологией. Работа в клинике — это относительно безопасная ниша, она далека от “горячих точек”» (Е. Лурия. Мой отец А.Р. Лурия. М., 1994, с. 76). Так, будучи уже известным ученым, Лурия несколько лет проработал в скромной должности ординатора. Затем опыт работы с последствиями мозговых ранений во время Отечественной войны привел его к открытию новой отрасли — нейропсихологии (к слову сказать, с общей психологии начинала и основатель патопсихологии Б.В. Зейгарник; ниша психиатрии помогла укрыться от лишнего внимания жене «врага народа»).

В этом плане клинической психологии в советское время так же «повезло», как и области поэтического перевода. Великие мастера — А.А. Ахматова, Б.Л. Пастернак, М.И. Цветаева и др., — не имея возможности публиковать собственные стихи, занялись переводами, что резко повысило уровень этой области литературы. Надо ли напоминать при этом, что Лурия никогда не прекращал занятия общей психологией, что в течение многих лет он вел (чередуюсь с А.Н. Леонтьевым) основной базовый курс общей психологии на факультете психологии МГУ, был человеком, энциклопедически компетентным в разных областях психологического знания. Именно эта, изначально общепсихологическая, установка сделала лурьевскую нейропсихологию не просто очередной новой отраслью, а одним из условий общего понимания психологии как науки — ее теории и практики.

Насколько, однако, эти сведения, относящиеся, казалось бы, к уже далекой истории, могут быть актуальны сегодня?

В только что принятых (и уже начавших исполняться) стандартах специальности высшего образования «Клиническая психология» значительно сокращены академические часы преподавания курса общей психологии, явно нарушены прежние пропорции между общепсихологическими и клиническими аспектами. Это может привести к тому,

что подготовку клинических психологов вообще возьмут на себя медицинские вузы (к чему, по всей вероятности, дело и идет), которые будут давать лишь минимальные общепсихологические знания, по преимуществу относя профессию к медицинской сфере. Надо ли говорить, что в представлении Лурия (добавим — и Зейгарник) специалист по клинической психологии должен быть прежде всего университетски образованным (а значит, иметь фундаментальную общепсихологическую подготовку) психологом, хотя и нуждающимся, разумеется, в специальной клинко-ориентированной подготовке. Поэтому наследие и личность А.Р. Лурия принадлежат не только истории, но и сегодняшнему дню, призывая к избеганию поверхностной конъюнктуры и принятию верных стратегических решений относительно будущего нейропсихологии и других дисциплин, объединяемых в сферу клинической психологии.

*Б.С. Братусь, докт. психол. наук, профессор,
зав. кафедрой общей психологии ф-та психологии МГУ*

Отзыв на статью Н.С. Бурлаковой «О новых возможностях культурно-исторического анализа в клинической психологии»

Н.С. Бурлакова поднимает ряд вопросов, чрезвычайно важных для понимания и углубленного исследования психотерапии как культурно обусловленного знания, историческое развитие которого связано с проработкой, осознанием и интериоризацией совокупного социального и личного опыта его создателя. В этом смысле знакомство и присвоение этого специфического опыта требует от заинтересованного исследователя специальной процедуры «обратного развертывания». Необходимо «раскопать» и сделать очевидным некий базовый изначальный диалог, в котором находится автор, и многообразные культурные и личные контексты, породившие содержание этого знания. И здесь возможны различные ракурсы рассмотрения проблемы о «роли культурно-исторического опосредования психологической теории и практики», поставленной в статье Н.С. Бурлаковой.

Прежде всего, каким образом определенная объективная социальная и культурная ситуация отражается в личном опыте и биографии автора и как автор «схватывает» актуальные социальные и культурные условия, по-особому рефлексивует, осознает свою роль «глашатая»? Как содержание психологической теории связано с личной биографией ее автора, с его собственными внутренними проблемами, с современной ему культурой и социальными противоречиями и как он сам осознает обусловленность психологической теории всеми этими контекстами?

Может ли созданная теория, в значительной степени социально и культурно опосредованная, стать общественно, а не только лично значимой?

Позиция Н.С. Бурлаковой представляется ясной и аргументированной: необходим не только сам по себе анализ содержания психологической концепции, но и критический анализ того, каким образом ее автор осознает (или нет) опосредованность содержания своей теории (выбор предмета исследования, способ концептуализации) различными социокультурными и биографическими обстоятельствами в их единстве и целостности.

Связь между эпохой, ее «типичными представителями» как образцами позитивной и негативной самоидентификации и появлением специфических психологических теорий также все еще недостаточно отрефлексирована, хотя сама связь порой кажется очевидной. Так, история культуры XX в. показывает, как послевоенные времена формируют очередное «потерянное поколение» и заостряют внимание к философским и психологическим аспектам индивидуального самоопределения. Нацизм и холокост всколыхнули проблематику человеческого в человеке — свободы выбора, совести, стойкости, — но также и заставили обратиться к изучению многообразия проявлений деиндивидуации и утраты самоидентичности, к феноменам беспредельной жестокости, полного подчинения приказу, авторитету, власти (Э. Френкель-Брунстик, Э. Эриксон, С. Милгрэм, Ф. Зимбардо). В фокус пристального интереса социальных и клинических психологов попали «пограничные ситуации», феномены «непереносимости неопределенности»; изощренному экспериментальному исследованию и переосмыслению вновь подверглась дилемма врожденности человеческой «плохости» (жестокости, садизма, victimности, мазохизма) против ситуативности, подчинения обстоятельствам. В книге Ханны Арендт «Банальность зла» автор убеждает: нацистский преступник Эйхман не был человеком необычным, «не тянул» на садиста, был заурядным обывателем, как многие из тех, кто лично участвовал в уничтожении своих сограждан. Что составляло его отличительные черты (и главную стратегию психологического выживания), так это виртуозная способность к самообману, лицемерие и ханжество, а также присущий ему «бюрократический стиль» мышления, ограниченность, проявлявшаяся в засоренности сознания обезличенными канцеляризмами-клише и высокопарными эвфемизмами, служившими для избегания самоосознания и сокрытия правды о самом себе. Именно эту особую ограниченность ума Эйхмана, «банальность» и аморализм, позволявшие ему искренне считать себя важным государственным деятелем, честно исполнявшим высший долг перед государством и в силу этого быть свободным от чувства вины за чудовищные злодеяния, Арендт называет психологической причиной преступного поведения и личностной деградации во времена нацизма.

Интересно, что точка зрения и нравственная позиция Арендт не были особенно популярны, поскольку не льстили самосознанию ни немцев, ни евреев, а утверждали неотменяемость личной ответственности даже в условиях давления обстоятельств или многозначности («неопределенности») ситуации выбора. Иное направление, как известно, приняли исследования С. Милгрэма и Ф. Зимбардо, выдвигавшие на первый план социально-ролевые и ситуативные факторы жестокости, а также принятие «правил игры» и сотрудничество с насилием и насильником. Подобная концептуализация получила развитие, на наш взгляд, благодаря накопленному опыту психологической рефлексии ряда синдромов («лагерного», «стокгольмского», посттравматического стрессового расстройства), а также отдаленных последствий переживания унижений как психологической цены выживания в условиях концлагерей или насилия иного рода. Не исключено, что эта концептуализация была также данью новой исторической ситуации — необходимости мирного сосуществования государств, ранее бывших врагами.

Отмечу еще один аспект проблемы, обсуждаемой Н.С. Бурлаковой. Каким образом личная биография, вобравшая в себя кризисные явления определенной эпохи и культуры, опосредует психологические теории автора? Можно ли говорить о личностном компоненте психологического знания, психологической теории и психотерапевтической практики? На мой взгляд, один из ракурсов проблемы лежит в плоскости изучения механизмов влияния прошлого жизненного опыта, мотивации, личностной и ментальной организации на актуальное познание через механизм психологической установки. Так, опираясь на известную модель перцептивных гипотез Дж. Брунера, легко представить, что автор определенной психотерапевтической концепции избирательно восприимчив к определенной проблематизации и концептуализации психического, поскольку они резонируют с его биографическими коллизиями и душевными переживаниями. И здесь исследователю той или иной психологической концепции необходимо понять, каким образом содержание этой концепции отражает степень отрефлексированности автором своей биографической истории.

Возможен и еще один разворот проблемы, имеющий уже самое непосредственное отношение к теории и методологии современной психоаналитической психотерапии, когда контрперенос аналитика трактуется именно как эмоциональный резонанс на довербальном, предпонятийном уровне сопереживания состояниям пациента (Х. Хайман, Г. Ракер). Небезынтересны в этой связи и исследования Р. Мэя, утверждавшего, что «раненый целитель» способен стать эффективным целителем, если сумеет сублимировать и обратить на пользу другим опыт собственных страданий. Конечно, здесь возникает риск, что недостаточно проработанный опыт собственных переживаний будет играть роль искажающей призмы и служить скорее примитивной

формой отыгрывания вовне эмоциональных состояний, чем зрелой сублимации индивидуального опыта переживаний (см.: Ялом И. Лекарство от любви).

Но всегда ли доступна самим создателям психологических концепций рефлексия этого личностного компонента их психологического знания? И должны ли мы, воспринимая эти знания и исследуя те или иные психологические теории, для их глубокого понимания с необходимостью «реконструировать» внутренний тип опыта создателя концепции? Или это необязательно для интериоризации психологического знания? Н.С. Бурлакова заостряет проблему, ставя под сомнение в целом вопрос об универсальности психологического (психотерапевтического) знания, о доверии ему, если это знание столь пристрастно и столь явно отражает личный опыт автора. Это дискуссионный вопрос, но с основным выводом статьи о том, что присвоению психологического знания обязательно должна предшествовать реконструкция этого личного опыта, взятого в социокультурной и исторической перспективе, его проверка на уникальность и ограниченность/всеобщность, нельзя не согласиться.

*Е.Т. Соколова, докт. психол. наук, профессор
кафедры нейро- и патопсихологии ф-та психологии МГУ*

**Отзыв на статью Ю.П. Зинченко, Е.И. Первичко
«Синдромный подход в психологии телесности
(на примере исследования больных с пролапсом
митрального клапана)»**

В последней трети XX в. началось расширение предметного поля нейропсихологии, что в значительной мере обусловлено обращением клинической психологии к новым клиническим моделям и связанным с ними прикладными задачами. При этом достижения отечественной нейропсихологии, ее методология в описании нарушений ВПФ оказались востребованными и доступными для переноса в сферу расстройств психики и поведения, вовсе не обусловленных локальной мозговой патологией. Научные гипотезы, планирование исследований, логика анализа данных и интерпретации результатов все чаще осуществляются в различных направлениях клинической психологии с применением одной из базовых составляющих нейропсихологии — синдромного подхода.

Стало очевидным, что синдромный подход позволяет интегрировать феномены/симптомы в закономерные сочетания (синдромы) на основе сквозных радикалов, условно обозначаемых как факторы и соответствующих представлениям о системном строении психи-

ки. Именно в концепции А.Р. Лурия была показана эффективность данного подхода в постижении психологических механизмов, участвующих в формировании картины заболевания, вне зависимости от его этиологии и патогенеза.

Началу применения синдромного подхода в клинике соматических расстройств способствовало интенсивное развитие психосоматического направления и психологии телесности. Статья Ю.П. Зинченко и Е.И. Первичко обобщает результаты многолетних исследований авторов и является ответом на вызов времени о создании системно-структурных представлений о так называемом психосоматическом синдроме (ПС). В этом контексте проведенное изучение ПС при патологии митрального клапана сердца, безусловно, относится к числу актуальных, новых и перспективных.

Авторами поставлена и решена задача выявления синдромообразующих факторов в целостной картине одного из вариантов сердечно-сосудистой патологии.

Специальный интерес в построении авторами ПС представляют, во-первых, его многофакторность и, во-вторых, соответствие найденных четырех факторов различным уровням биопсихосоциальной триады в функционировании человека. Иными словами, описываемый ПС характеризуется внутренними поликаузальными связями между разноуровневыми радикалами от личностно-эмоциональных до чисто клинических, касающихся особенностей работы сердца.

В принципе гипотеза о «многоярусности» ПС априори вполне ожидаема. Однако ее клиничко-психологическая квалификация в структурном оформлении представляется новаторской и важной, в частности для преодоления сложившегося в клинической нейропсихологии стереотипа фактора.

Вспомним, однако, что А.Р. Лурия, указывая на возможное сочетание в одном синдроме нескольких факторов, говорил, например, о «синтезе синтезов», обеспечиваемом работой ассоциативных областей мозга. Позднее на возможную разноуровневость факторов при их общей синдромной принадлежности указывала Е.Д. Хомская, поставив вопрос о необходимости учета общемозговых факторов в сочетании с локальными. Данные Ю.П. Зинченко и Е.И. Первичко о ПС не только корреспондируют с положениями классиков, но и развивают идею о сочетании факторов, относящихся к различным уровням жизнедеятельности человека, в диаде «фактор—синдром». Новый взгляд на конструкцию синдрома расширяет возможности для его более свободного изучения в соответствии с актуальными задачами клинической психологии.

К сожалению, в работе Ю.П. Зинченко и Е.И. Первичко вне рассмотрения оказалась когнитивная сфера пациентов, которая должна иметь свои особенности по крайней мере в отношении некоторых пара-

метров регуляции эмоций (опосредствование, означивание) как важного фактора в структуре исследованного синдрома. На мой взгляд, авторам следует продолжить исследование возможностей нейропсихологической методологии в оценке познавательной деятельности пациентов с расстройствами психики и поведения. С большой долей вероятности можно предположить, что познавательная деятельность таких пациентов имеет свою специфику, в том числе и в связи с перестройками в работе мозга, который, по словам академика Ф.И. Комарова, «не может оставаться равнодушным к тому, что происходит в организме».

*Н.К. Корсакова, канд. психол. наук, доцент
кафедры нейро- и патофизиологии факультета психологии МГУ*

Отзыв на статью Е.Т. Соколовой «Культурно-историческая и клинико-психологическая перспектива исследования феноменов субъективной неопределенности»

В статье Е.Т. Соколовой обсуждаются актуальные методологические вопросы, которые в течение длительного времени не становились предметом научной рефлексии (по крайней мере в клинической психологии).

Обращаясь к научному наследию А.Р. Лурия, автор акцентирует внимание на высказанной им в работе «Принципы реальной психологии» идее о важности учета социокультурного контекста жизни человека при рассмотрении проблем психической патологии, о необходимости изучения индивидуальной биографии, «коммуникативного контекста в прошлом опыте субъекта», а также особенностей взаимодействия с ним в условиях клинико-психологического обследования. Эти акценты не случайны. В школе Выготского—Леонтьева—Лурия сложилась устойчивая традиция изучения психики человека в норме и патологии в контексте социокультурных связей и взаимодействий. Достаточно вспомнить в этой связи работы Л.С. Выготского (например, «Дефект и компенсация»), исследования А.В. Запорожца, Л.И. Божович, цикл исследований Б.В. Зейгарник и мн. др.

Е.Т. Соколова, как и многие исследователи-психологи, обращает внимание на выраженную неустойчивость, изменчивость современной культурной среды, отличающейся рядом особенностей, не наблюдавшихся в предшествующие периоды жизни общества. Среди этих особенностей такие, как наличие деструктивных идеалов, манипулятивных медиатехнологий, социально завышенных (и часто противоречивых) требований к человеку и т.п. Современная культурная среда, по мнению автора, может выполнять «синдромоформирующую роль», т.е. по-

рождать особые формы культурной (по генезу) патологии. Эти формы патологии, как известно, активно изучаются в последние годы.

Новизна работы Е.Т. Соколовой состоит не столько в подчеркивании роли культурной среды в этиологии ряда форм патологии психики, сколько в обсуждении вопроса о возможности применения разработанных в школе А.Р. Лурия принципов синдромного анализа нарушений психики к этим — культурно детерминированным — видам патологии. Для иллюстрации высказанных положений автор обращается к одному из наиболее ярких проявлений современной жизни — феномену неопределенности. Неопределенность рассматривается в статье в двух аспектах: а) как характеристика социокультурной ситуации; б) как совокупность субъективных переживаний, порождаемых ею и характеризующихся различной глубиной возникающих при этом личностных расстройств. Описывая несколько типов переживания неопределенности, автор фактически приближается к реализации идеи синдромного клинико-психологического анализа пограничных личностных расстройств, но не называет данные типы синдромами. Эта осторожность в психологической квалификации намечаемых типов переживания неопределенности понятна, так как они пока еще синдромами не являются, но, возможно, станут таковыми в будущем.

В рецензируемой статье поставлен еще один методологически важный вопрос — о психологических методических средствах, с помощью которых можно выделить и описать структуру клинико-психологических синдромов при личностных (и иных) культурно детерминированных формах патологии. Автор справедливо подчеркивает недостаточность использования только количественных тестовых процедур и указывает на то, что новые диагностические технологии должны содержать в себе такие методические возможности, как использование диагностического потенциала ситуаций неопределенности (например, моделируемых в эксперименте, в проективных техниках и др.); изучение жизненного маршрута, коммуникативного опыта, особенностей общения в ситуации диагностического исследования; качественный анализ и интерпретация данных.

Статья побуждает читателя задуматься над рядом вопросов: какие современные социокультурные факторы могут быть рассмотрены как экологически важные в генезе культурно детерминированных форм патологии? Каковы возможности и ограничения в применении принципов синдромного клинико-психологического анализа этих форм патологии? Каким требованиям должен отвечать новый психодиагностический инструментарий?

*В.В. Николаева, докт. психол. наук, профессор
кафедры нейро- и патопсихологии ф-та психологии МГУ*

Отзыв на статью М.С. Ковязиной, Д.А. Кузнецовой «Особенности синдрома нарушения межполушарного взаимодействия при патологии мозолистого тела»

По своему содержанию исследование М.С. Ковязиной и Д.А. Кузнецовой обращено к различным аспектам изучения проблемы «психика и мозг», одним из которых является задача определения функционала мозолистого тела (МТ) в отношении высших психических функций (ВПФ) и соответственно фактора, обеспечивающего этот функционал. Авторы представляют уникальные данные, не имеющие аналогов в зарубежных и отечественных исследованиях, анализируя нейропсихологические феномены, связанные с патологией МТ. Следуя за формулировкой А.Р. Лурия о «собственной функции» дифференцированных мозговых структур, они выдвигают и аргументируют на основе клинико-экспериментальных данных гипотезу о более содержательной (чем только проводниковая) роли МТ в необходимом для эффективной психической деятельности распределении региональной активности мозговых структур.

Авторы делают два вполне обоснованных вывода. Во-первых, о наличии так называемого «диссоциативного» нейропсихологического синдрома при патологии МТ, в котором представлены симптомы от задней в правом полушарии и передней в левом полушарии ассоциативных зон мозга, а также от глубинных структур. Во-вторых, о возможном участии МТ в регуляции и в распределении энергетической поддержки активности полушарий мозга в текущей деятельности (по результатам сравнительного анализа динамики угасания фиксированной установки). Получая информационное содержание из систем хранения прошлого индивидуального опыта (задние отделы мозга) и об «акцепторе действия» здесь и сейчас (передние структуры), МТ участвует в определении латерального приоритета вектора энергетического обеспечения с учетом также и состояния структур I функционального блока мозга. В целом получается, что одна из функций МТ состоит в интеграции работы всех трех функциональных блоков, участвующих в психической деятельности и поведении. В концепции А.Р. Лурия об этой интеграции сказано как о естественном процессе, но в самом общем виде.

Сильная сторона проведенного исследования одновременно видится и как уязвимое звено. По мнению авторов, онтогенетическая патологичность МТ предполагает встраивание в формирование внутрицеребральных и интрапсихических взаимодействий компенсаторных составляющих. В таком случае возникает вопрос: так же ли ведет себя МТ в случае отсутствия онтогенетической патологии? По сути, это вопрос о природе и смысле нейропсихологического симптома и синдрома. Являются ли они в чистом виде носителями расстройства или содержат в себе также компенсаторные составляющие? По-видимому, ответы на

эти вопросы могут быть получены в ходе инновационной работы над нейропсихологическими факторами. Исследования, начатые М.С. Ковязиной и Д.А. Кузнецовой, представляются важным и перспективным направлением такой работы.

*Н.К. Корсакова, канд. психол. наук,
доцент кафедры нейро- и патопсихологии ф-та психологии МГУ*

Отзыв на статью М.К. Бардышевой «Проблемы исследования эмоционально-личностного развития ребенка в рамках уровневой модели»

Уровневая модель системы аффективной регуляции, разработанная В.В. Лебединским и его учениками, была построена на исследовании больных с синдромом детского аутизма, однако с самого начала рассматривалась как имеющая универсальное значение и описывающая как нормальное эмоциональное развитие, так и аффективную жизнь взрослого человека. Расширение границ применения данной модели для объяснения иных расстройств эмоционально-личностной сферы, в частности расстройств эмоций и поведения, возникающих в подростковом возрасте, является важной задачей, позволяющей «протестировать» возможности самой модели.

Интерес вызывают в первую очередь некоторые общесистемные закономерности, о которых говорит М.К. Бардышевская. Сюда можно отнести использование идеи Н.А. Бернштейна о роли «фазы налаживания» и ее следствия (подчеркивание роли оценки патологических вариантов динамики аффективных проявлений в противовес вниманию к отдельным нарушениям), попытки определения критериев устойчивости развития (разделение «ядерных структур личности» и более подвижной, реактивной системы поведения привязанности), что напоминает идеи французских авторов по поводу трансформаций в подростковом возрасте (Э. Кестенберг, Д. Марселли и др.). Сюда также относится и сама идея уровневой модели, возможность изучать взаимосвязь более примитивных и более сложных аффективных проявлений, учитывать не только основное содержание, но и конкретное наполнение аффективных переживаний. За счет введения пятого (символического) уровня феноменология модели была существенно расширена.

Крайне ценным является подчеркивание необходимости оценки в динамике, отслеживания изменений, их связи с особенностями средового воздействия. Думается, это бьет в самое больное место современной практики клинико-психологической диагностики эмоционально-личностных особенностей подростка и заставляет задуматься о созда-

нии принципиально нового подхода и о выделении новых критериев оценки развития.

Что может позволить исследование аффективной сферы с использованием уровневой модели и связанной с ней методологии в подростковом возрасте? Здесь ситуация представляется менее очевидной. Прежде всего, это связано с преимущественным акцентом модели на поведенческих проявлениях, еще более усиленным заменой понятия «аффективная регуляция» на понятие «аффективно-поведенческий комплекс». Может ли «аффективно-поведенческий комплекс» быть единичей анализа психической активности подростка?

Соблазн описать подростка в психоэтологических терминах велик, поскольку поведенческие проявления подростков ярки, легко типизируемы, стремятся к стереотипизации, часто носят групповой (стаинный) характер и содержательно связаны с биологическими потребностями. Однако объективно наблюдаемая привязанность подростка к полю, зависимость от определенных сенсорных впечатлений, удовольствий, нетерпимость к специфическим воздействиям может создавать ложную очевидность того, что его поведение обусловлено исключительно аффективным полем, в котором он здесь и сейчас существует, в то время как использование этого опыта может эксплуатироваться для бегства от представлений, фантазий, с которыми подросток не готов столкнуться. И в этом плане подробное исследование регрессивных защитных форм поведения может уводить в сторону от действительной проблемы. Нередко и сами аналогии могут быть обманчивыми. Так, у подростков несложно увидеть проявления «территориального поведения» в отношениях со сверстниками, родителями, однако те же самые конфликты мы можем увидеть и в других сферах, например в выборе одежды, что едва ли позволяет их объяснять примитивными аффективно-поведенческими механизмами и элементарными формами символической регуляции. Тем более требуется учет и социального влияния, причем как на микро-, так и на макроуровне (рассматривая, например, противостояние молодежных группировок, защищающих свою территорию).

Некоторые вопросы общетеоретического характера вызывает, наконец, выделение пятого уровня «аффективно-поведенческих комплексов». Насколько при этом модель продолжает описывать «базальные» уровни аффективной регуляции? Все ли символические формы регуляции поведения относятся к пятому уровню или только некоторые?

*А.Л. Рыжов, канд. психол. наук, доцент
кафедры нейро- и патопсихологии ф-та психологии МГУ*

ОБЗОРНО-АНАЛИТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Е. А. Натович, А. Ш. Тхостов, Р. Ф. Теперик

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ ОТ АЗАРТНЫХ ИГР: ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЙ ПОДХОД

В психоаналитической концепции сложно выделить единый психологический механизм возникновения и развития патологической игры. Ряд психоаналитиков полагают, что пристрастие к азартным играм является одним из вариантов склонности к риску. Они выдвигают несколько гипотез о психических структурах, вовлеченных в формирование патологического поведения, и о механизмах, на которых оно базируется. Однако, несмотря на видимые разногласия, существующие точки зрения не исключают, а, скорее, дополняют и расширяют друг друга. По мнению исследователей, бессознательная цель патологической игры — проигрыш, а не выигрыш. Он является поводом для аутоагрессии, при этом по-разному трактуются причины возникновения чувства вины. Психический мазохизм и эротизация боли указываются как основные источники бессознательных переживаний игрока.

Ключевые слова: патологический гемблинг, склонность к азартным играм, рискованное поведение, психоанализ, невроз.

Within a framework of a psychoanalytical concept it is not easy to define a single psychological mechanism of a pathological gambling addiction origin and development. Some psychoanalysts state that said addiction is one of manifestations of the risk predisposition attitude. They propose several hypotheses on certain psychological structures, which are involved in forming a pathological behavior and describe mechanisms which these structures are based on. But, visible controversies aside, current theories are not mutually exclusive, they rather supplement, augment and broaden one another. According to researchers, a pathological gambler is unconsciously driven not to win, but to lose. It is a case of autoaggression, differences lie in an interpretation of the guilt feeling origins. Psychological masochism and erotisation of pain are being shown as principal sources for an unconscious anxiety of a gambler.

Key words: problem gambling, gambling addiction, risk behavior, psychoanalysis, neurosis.

Натович Екатерина Александровна — студентка ф-та психологии МГУ. *E-mail:* katia.natowicz@gmail.com

Тхостов Александр Шамилевич — докт. психол. наук, профессор, зав. кафедрой нейро- и патопсихологии ф-та психологии МГУ. *E-mail:* tkhostov@gmail.com

Теперик Римма Федоровна — канд. психол. наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии ф-та психологии МГУ. *E-mail:* rimmateperik@mail.ru

Работа выполнена при финансовой поддержке РГНФ (грант №11-06-00257а).

Сначала мне представлялось странным, как это Федор Михайлович, с таким мужеством перенесший в своей жизни столько разнородных страданий (заключение в крепости, эшафот, ссылку, смерть любимого брата, жены), как он не имеет настолько силы воли, чтобы сдерживать себя, остановиться на известной доле проигрыша, не рисковать своим последним талантом. Мне казалось это даже некоторым унижением, недостойным его возвышенного характера, и мне было больно и обидно признать эту слабость в моем дорогом муже. Но скоро я поняла, что это не простая «слабость воли», а всепоглощающая человека страсть, нечто стихийное, против чего даже твердый характер бороться не может. С этим надо было примириться, смотреть на увлечение игрой как на болезнь, против которой не имеется средств. Единственный способ борьбы — это бегство.

А.Г. Сниткина, жена Ф.М. Достоевского

Азартная игра — распространенное, социально приемлемое и легальное занятие в большинстве культур мира. Это может быть игра со ставкой на что-нибудь ценное (обычно деньги) или на то, что произойдет событие, результат которого непредсказуем и обуславливается случайностью (Joseph, 1982). Азартная игра — одна из древнейших форм развлечения человека. Считается, что ее истоки восходят к древним культурам Египта и Междуречья. По легенде, древнеегипетский бог магии Тот создал пять важнейших для людей изобретений — геометрию, письмо (египетские иероглифы), счет, науки о звездах (астрономию и астрологию) и игру (по-видимому, аналог современной игры в кости). Все эти изобретения тесно взаимосвязаны и следуют одно из другого. Таким образом, изначально игра признавалась высшим, ниспосланным богом благом. Однако это «благо» может оборачиваться совершенно иной стороной, имея катастрофические последствия и даже разрушая жизнь человека. Речь идет о ситуации, когда игра становится единственным источником удовольствия, единственным ресурсом, зависимостью — гемблингом.

Гемблинг нередко имеет тяжелые последствия в виде серьезных социальных и финансовых трудностей, противоправных действий и высокого суицидального риска у игроков (Менделевич, Садыкова, 2003). Кроме того, среди азартных игроков отмечается высокая частота психосоматических нарушений в психической сфере (например, аффективные и тревожные расстройства, злоупотребление психоактивными веществами и расстройства личности).

Проблема зависимости в целом и гемблинга в частности так или иначе затрагивается в большинстве психологических школ и направлений, однако наиболее глубоко и многогранно она проработана в психоаналитическом подходе. **Цель** настоящей статьи — ознакомление читателя с взглядами различных зарубежных авторов на проблему патологической азартной игры в рамках психоаналитической концепции,

поскольку в современной российской литературе крайне мало источников, освещающих эту проблему в рамках данной концепции.

Патологическая азартная игра как рискованное поведение

В первую очередь необходимо понять, к какому именно классу явлений относят патологическую азартную игру. Некоторые авторы — Дюпарк, Джозеф, Адес, Лёжуаё, Швек, Смаджа — полагают, что ее целесообразно рассматривать в рамках понятия рискованного поведения (Dуrагс, 2006). Склонность к риску может иметь разные проявления — от риска жизнью при опасном вождении автомобиля и страсти к приключениям, альпинизму и т.д. до риска финансовым благополучием (и жизнью как следствием) при аддикции к азартным играм. Одним из первостепенных вопросов является следующий: с какой позиции рассматривать рискованное поведение — как отдельный феномен, разновидность адаптивного поведения, или как поведение, сопряженное с другими расстройствами (невроз, психоз, депрессия), одну из форм их проявления? Пытаясь найти ответ на данный вопрос, исследователи в первую очередь стремятся понять, чем является рискованное поведение. В рамках психоанализа существуют три основные точки зрения.

Первая состоит в том, что ключевыми факторами зависимости от игры, риска и боли являются мазохизм и со-возбуждение, связанное с болью и страхом. В статье «Непреодолимая тяга к смерти» Б. Джозеф (Joseph, 1982) описывает людей, у которых прикосновение к смерти является настоящей перверсией, и они вовлекают своего терапевта в нескончаемое садомазохистское отношение. Мазохистское удовольствие, связанное со страхом, происходит из отождествления части своего Я с травмами, пережитыми в раннем детстве. Эта часть Я воспроизводит травматический и болезненный опыт и налагает его на остальные части Я с садистским наслаждением. Это перверсное удовлетворение позволяет им не впасть в сумасшествие или циклотимию.

В рамках второй точки зрения рискованное поведение — одна из возможных форм аддикции (Dуrагс, 2006) наряду с алкоголизмом, табачной зависимостью, компульсивными нарушениями пищевого поведения, аддикциями от секса, работы и игры (Ades, Lejoуеux, 2001). Ясно, что все эти зависимости содержат витальный риск для подверженных им лиц. Термин «аддикция» применительно к азартной игре ввела Джойс МакДугалл, для которой этот термин не так ассоциирован с саморазрушением, как термин «токсикомания» (McDougall, 2000). Аддикция — это поиск наслаждения для контринвестиции психической боли, испытанной в первичных отношениях с матерью. В итоге вместо желаемого создания переходного объекта гемблер создает объект фетиша из-за аддиктивного отношения матери с ним. Ребенок не способен создать репрезентацию внутреннего спасительного объекта, он привязан к

внешним объектам, с которыми повторяет то же отношение взаимного растворения и преследования, которое свойственно догенитальному травматическому удовольствию, испытанному в первичном отношении с матерью.

Третья точка зрения сформулирована в рамках психосоматического подхода. Речь идет о травматическом неврозе и аутоуспокаивающем поведении, когда не сформировались иллюзия удовлетворения и фантазматический аутоэротизм. Один из авторов этой концепции, Ж. Швек, в работе «Добровольные каторжники» пишет, что людям с компульсивным желанием чувствовать себя беспомощными, переживать тяжелые ситуации, проявлять аутодеструктивное поведение, свойственно употребление парадоксального способа найти спокойствие в связи с травматическим возбуждением, не осознаваемым и не связанным с эротическими фантазиями. Для этого автора самоуспокоение является поведением, направленным против размышлений. Он полагает, что эти люди не пошли по психотическому пути, потому что их поведение полностью противоположно психотической иллюзорности; они также не пошли и по мазохистскому пути, так как обработка преследующего объекта не была осуществлена, и связанный с ним (с объектом) мазохизм не стал основным защитным механизмом (Szwec, 1998). Речь идет о людях, у которых, с одной стороны, границы и связи с окружением очень хрупки, поэтому их надо постоянно укреплять. С другой стороны, они борются с возвращением травмирующей ситуации, способной создать опасные психотические или психосоматические дезорганизации. В результате этого происходит расщепление Я. Одна часть их личности кажется нормальной, а другая остается «рабом большого количества», т.е. они не могут остановиться самостоятельно, им нужно «много» — получать много удовольствия, тратить много времени на его поиск и самоудовлетворение, много терять (проигрывать). Вместо механизма защиты, построенного на образе эротизированного объекта, эти люди выбирают поведение «против» и без объекта (ibid).

Таким образом, рискованное поведение рассматривается либо как тяга к смерти и саморазрушению, вызванная мазохистским отождествлением части собственного Я с травмирующей ситуацией и со-возбуждением; либо как аддикция, спровоцированная поиском замены материнского объекта и первичного догенитального отношения взаимной интеграции; либо как аутоуспокаивающее поведение, анестезирующее и заглушающее травматическую боль.

Чтобы продвинуться дальше в психоаналитическом понимании патологической зависимости от азартных игр, попробуем разобраться в механизмах, на которых она базируется. Тут также существует несколько точек зрения.

Первая предполагает в качестве основного механизма игровой зависимости либидинальное со-возбуждение, т.е. сексуальное удоволь-

ствие, связанное с любым возбуждением (Dugas, 2006). Этот механизм задействует минимум фантазии, объектных и либидинальных связей. Изначально он предполагает интериоризацию в детстве ограничений и запретов родителей на слишком активные («буйные») и опасные действия. В норме эти запреты интериоризируются в виде определенных внутренних границ. Однако субъекты со склонностью к смертельному риску их не усваивают.

Продолжением этой точки зрения является взгляд, согласно которому основным механизмом формирования зависимости представляется негативная галлюцинация, к которой субъект прибегает, чтобы заполнить пустоту, образовавшуюся вследствие отсутствия интериоризации запрета на чрезмерное возбуждение.

В клинической сфере часто встречаются субъекты, которые намеренно игнорируют боль и опасность и запираются в собственном мире, чтобы полностью отдаться своей страсти: аноректик не видит, как худеет тело, либо стремится к тому, чтобы оно исчезло; токсикоман ослеплен восприятием своих эмоций; аддиктивный спортсмен не воспринимает боль или опасность; равно как и аддиктивный игрок убежден в победе и не видит ухудшения своего финансового положения (Dugas, 2006). Часто при наблюдении подобных субъектов можно заметить, что они пытаются «убежать» от депрессии, психической боли, внутренней тревоги в рамках аффективных отношений с другими. Ощущения, движения, эмоции, происходящие из настоящей опасности, позволяют негативно галлюцинировать возвращение травмирующего прошлого; они затмевают его, когда возникают важные события в каждодневной жизни. Ввиду того что реальность постоянно преподносит возможности вновь пережить не переработанные старые травмы, они вынуждены использовать эти первичные механизмы защиты, чтобы анестезировать психику и стереть травматический след.

Психосоматологи (Ж. Швек, К. Смаджа) видят основной защитный механизм в автоуспокаивающем поведении, которое в свою очередь очень близко к негативной галлюцинации (Dugas, 2006; Szwec, 1998). Компulsive стремление пережить состояние беспомощности является травматофильным поведением. Для Швека цель этих форм поведения — противостояние фантазмам, кастрации, первичной сцене посредством травматического невроза, сравнимого с ажитацией младенца, которому не хватает ласки или если его мучают кормлением во время сна. Или же, например, ребенок депрессивной матери, который постоянно чувствует себя «брошенным» (как вариант может присутствовать фаза чрезмерной заботы), он переживает раннюю своеобразную моторную форму кастрации. А она в свою очередь приводит к compulsивной инвестиции негативно-галлюцинаторной боли и ажитации, создавая минимальную защиту от этой травмы. Ажитация в последующем развитии принимает форму компенсаторной склонности к риску в виде как

витальных (спорт, опасные приключения, экстремальное вождение), так и косвенных рисков (игра). Проработка садомазохистских фантазмов в терапии позволяет редуцировать психосоматическое поведение.

Еще один возможный механизм функционирования зависимости — компульсивное повторение «по ту сторону принципа удовольствия» и желание превосходства. Последнее состоит в желании занять активную позицию в травматической ситуации, которая ранее переживалась пассивно (Durance, 2006). Гипотеза сторонников данной точки зрения заключается в том, что у некоторых субъектов ранние травмы продолжают быть активными, несмотря на расщепление и вытеснение. При этом компульсия повторения направлена на воспроизведение травматической ситуации, что позволяет избавиться от травмирующего компонента с задействованием механизма, сходного с фрейдовским влечением к смерти. Компульсия рассматривается как попытка возвыситься над травмой посредством ее репрезентации. Важной является реакция окружающих и бессознательный призыв Другого, который проявляется в поисках риска. В то же время субъект продуцирует фантазм из того, что он пережил, и обеспечивает себе контроль благодаря конструированию исцеляющего и компенсаторного желания. Этот этап напоминает о рассуждениях Винникота о детской игре (Winnicott, 1971). Для того чтобы эта игра могла иметь защитную функцию, необходимо также подключить к ней первичный объект, что проявляется в желании сделать все зрелищным (т.е. задействовать других людей — зрителей). Зачастую это желание чьего-то соучастия идет вразрез с присущей рисковому аддиктам тягой к одиночеству, что усугубляет ситуацию.

И наконец, последний механизм связан с хрупкостью Я-идеального, вызванной нехваткой нарциссизма (Durance, 2006). Такие субъекты загнаны в угол своим страстным отношением к героическому и карикатурному Я, которое часто продуцировано желаниями одного из родителей в детстве. Они вынуждены укреплять свое хрупкое Я, прибегая к таким культурным ценностям, как соревнования, представления (performance), выставление напоказ себя как фетиша (ibid). Все эти ценности лежат в основе склонности к рисковому поведению, проявляющемуся в экстремальных видах спорта, в анорексии, токсикомании, гемблинге. Эти ценности опасны, так как бедны, карикатурны и распространяются на уязвимых людей, которые не унаследовали достаточно сильное семейное Сверх-Я, чтобы построить свою идентичность.

Патологическая азартная игра как невроз

Классики психоанализа рассматривали патологическую азартную игру как одно из возможных проявлений невроза. Безусловно, первый и основной вклад в психоаналитическое понимание гемблинга внес Зигмунд Фрейд. Его работа «Достоевский и отцеубийство» (Фрейд, 1991) и по сей день фигурирует практически в каждом психоаналитическом

труде, посвященном проблеме гемблинга. Чтобы понять Достоевского как личность, он не мог избежать анализа патологической склонности последнего к азартным играм. Фрейд начинает статью с того, что выделяет в «богатой личности Достоевского четыре лика: художника, невротика, моралиста и грешника» (там же, с. 407). Нетрудно догадаться, что с точки зрения психоанализа наибольший интерес вызывает именно невротик. В качестве доказательства невроза Достоевского Фрейд приводит «мнимую эпилепсию» — истерические припадки, имеющие сходство со смертью, вызванные страхом смерти и сопровождающиеся впадением в летаргический сон. По мнению автора, эти припадки являются символическим отождествлением писателя с отцом, которому он желает смерти, и одновременно самонаказанием за это желание. Но это желание, по мнению Фрейда, купуруется страхом кастрации — наказания, которое он понесет в случае попытки устранить отца. Именно страх кастрации восстанавливает некий баланс «разрывающих» ребенка сил и способствует «успешному» прохождению стадии Эдипа. Рудименты этого желания модифицируются в чувство вины.

Восхищение отцом может спровоцировать и иное желание — понравиться ему, добиться его любви. Так проявляется бисексуальность, которая свойственна в той или иной мере каждому индивиду. Однако чтобы стать объектом любви отца, необходимо сделаться женщиной, что неизбежно ведет к той же самой кастрации. Образуется неразрешимая дилемма: страх перед отцом (и кастрацией) делает неприемлемой ненависть к нему; кастрация как «плата за любовь» также ужасна. Именно эта неразрешимость и приводит впоследствии к неврозу: развитая сверх нормы предрасположенность к бисексуальности становится одним из условий (способов) закрепления невроза. Более того, Фрейд видит в ней ключ для понимания любого невроза.

Кроме того, важную роль в становлении невроза играет личность отца: Сверх-Я воспринимает ее основополагающие качества. Если отец жесток, авторитарен, суров по отношению к матери, ребенку, то та же схема разыгрывается в отношениях Я и Сверх-Я. В этих отношениях Сверх-Я занимает садистскую позицию, а Я — мазохистскую, т.е. обретает пассивность-женственность, которую необходимо вытеснить. Мазохизм Я приводит к постоянной потребности в наказании — чувству вины, а любое наказание — это та же кастрация, которой так боится и желает невротик. Таким образом, Фрейд понимает Достоевского как «человека с особо сильной бисексуальной предрасположенностью, способного с особой силой бороться с зависимостью от чрезвычайно сурового отца» (Фрейд, 1991, с. 415).

Описанные выше отношения могут редуцироваться, если реальность не поощряет их развитие. Но в случае с Достоевским произошло именно так: характер его отца изменялся лишь в худшую сторону, что усиливало ненависть и желание его убить. Это привело Достоевского к

невыносимо острому чувству вины и потребности в наказании, которое было бы искуплением, избавлением от самоосуждения. В случае с известным писателем наказанием стали вполне конкретные долги, а также проигрыши в попытке расплатиться с ними посредством азартной игры. Таким образом, игра была для него также средством самонаказания. Он проигрывал все, и только после этого его совесть успокаивалась и он мог посвятить себя полноценному и продуктивному творчеству: «Он всегда оставался у игорного стола до тех пор, пока не проигрывал всего, пока не был совершенно уничтожен. Только тогда зло полностью торжествовало, демон наконец покидал его душу и уступал место творческому гению» (Fülöp-Miller, 1925, p. 34).

В последней части статьи Фрейд анализирует новеллу С. Цвейга «Двадцать четыре часа из жизни женщины», открывая связь между игрой и мастурбацией. По сюжету произведения героиню, находящуюся в одном из казино Монако, пленяют и завораживают ловкие руки героя, быстрая и страстная деятельность которых при игре в карты являет собой полную аналогию с данным «извращением». С. Цвейгом помимо ловкой деятельности рук героя подчеркнуты непреодолимость соблазна, священные и никогда не сдерживаемые клятвы «завязать», пьянящее наслаждение и нечистая совесть, которые присущи (по мнению З. Фрейда) как игре, так и мастурбации. Подводя итоги, Фрейд окончательно убеждается в подобной аналогии, поскольку ему не встречался ни один случай невроза, «в котором не играло бы роль аутоэротическое удовлетворение периода детства и созревания» (Фрейд, 1991, с. 426).

Однако Фрейд анализировал лишь литературные источники, ему никогда не приходилось вести психоанализ реального патологического игрока. В отличие от Фрейда у Эдмунда Берглера был опыт анализа порядка 45 успешных психотерапевтических случаев гемблинга (Valleur, Vucher, 2006), что позволяет с особым вниманием прислушаться к мнению данного автора.

Э. Берглер (Bergler, 2000) позиционирует себя как «строгий» преемник Фрейда; он начинает свою работу там, где Фрейд остановил свою. В своих работах Фрейд двигался в порядке, обратном развитию человеческой личности: начиная с генитальной стадии, он постепенно углублялся и дошел до изучения анальной, а затем и оральной стадии. Изучение именно оральной стадии и продолжил Берглер. Рассмотрим его теорию орального невроза, к которому автор относит и патологическую игру.

Известно, что от первых восемнадцати месяцев жизни не остается доступных воспоминаний, но в дальнейшем влияние этого периода можно найти в реакциях ребенка и взрослого. Развивая гипотезу Фрейда и Ференци о том, что на данном этапе ребенок живет в фантазмах магического всемогущества, Берглер высказывает следующую догадку: ребенок в своей автаркии полагает, что не мать его кормит, а

он сам является для себя источником питания и удовольствия. Получается, что грудь (или бутылочка) являются неотъемлемой частью его собственного тела. Ребенку кажется, что любое удовлетворение его желаний — результат его всемогущества, хотя в действительности это проявления любви и заботы матери. Это магическое и ложное представление о реальности. По мере того как его понимание расширяется, его настигает первое разочарование в жизни: фантазм и реальность не совпадают. Это разочарование не одномоментное. Каждая задержка с кормлением (пусть на незначительный с точки зрения педиатрии срок) пробивает серьезную брешь в его всемогуществе и нарциссизме. А далее его ждет неизбежная трагедия отнятия от груди. И все это вместе начинает крайне болезненное разрушение грандиозного фантазма инфантильного всемогущества. Вместе с разрушением автаркических фантазмов происходят изменения в поле агрессивности: каждая фрустрация вызывает гнев. Этот гнев чрезмерно превышает возможность его выражения, поскольку ребенок не может передвигаться и говорить. Позже эти ограничения сменяются иными — наказанием, моральным упреком и чувством вины. Объектами, вызывающими гнев, являются два священных для ребенка персонажа — мать и позже отец. Агрессия в итоге сталкивается с аргументом ребенка: «Как я могу так поступать с родителями, которые жертвуют собой ради моего блага?» С этого момента возникает амбивалентность: развиваясь в рамках вышеуказанных ограничений, в норме ребенок более или менее дипломатично адаптируется к окружению и отводит агрессию на менее значимые объекты. В случае патологии ребенок не смог «дипломатично адаптироваться» и отвести свою агрессию на другие объекты, он продолжает действовать исходя из первоначальной агрессивности с неизбежным чувством заслуженного наказания, сначала внешнего, затем внутреннего — чувства вины. В итоге он адаптируется к данным обстоятельствам и перестает бояться наказания. Так зарождается психический мазохизм: не отдавая себе сознательного отчета, ребенок бессознательно любит унижение, поражение, отказ. Если агрессивность против священных людей вопреки наказанию (и моральному упреку, чувству вины) продолжается, возникает серьезная проблема для детского либидо: как сохранять эту позицию и жить на базе принципа удовольствия? Эта проблема решается удивительным образом: боль, депрессия, наказание, чувство вины начинают доставлять удовольствие. Перефразируя Берглера, можно сказать: единственное удовольствие, которое можно извлечь из неудовольствия, — это обратить неудовольствие в удовольствие.

Берглер пишет, что в оральной стадии для психического мазохиста мать представляется в образе великого злодея (Bergler, 2000). Позже все источники «неудовольствия-обращенного-в-удовольствие» отождествляются в его бессознательном с этим «монстром». Более того, объективное удовольствие бессознательно является для него значительно

менее интенсивным, чем удовольствие «обращенное». Впоследствии многие источники объективного удовольствия бессознательно ставятся мазохистом в такую ситуацию, когда они «вынуждены» причинить ему боль и тем самым принести сильнейшее для него наслаждение. Он предпочитает желаемому объекту ощущение отказа; ему, видимо, приятнее играть роль «отвергнутого ребенка», чем получить удовольствие от желаемого объекта.

Согласно Берглеру, в онтогенезе необходимо разграничить две фазы — генетическую и клиническую. Первая фаза подразумевает период раннего детства, когда последовательно имеют место либидинальные фрустрации, уязвляющие мегаломанию¹; гнев; моторная беспомощность (сначала экстериоризованная, затем интериоризованная); подавление агрессивности и направление ее на самого себя; либидинизация чувства вины. Вторая (клиническая) базируется на том, что Сверх-Я сопротивляется этому типу инфантильного удовольствия. Вследствие этого бессознательное Я создает новые второстепенные защиты, которые составляют тройной механизм оральности. Этот механизм представляет собой триединство последовательных стадий: на первой субъект бессознательно формирует в себе мазохистское желание быть отвергнутым своей матерью, создавая либо извращая ситуации, в которых какой-либо субститут образа доэдиповой матери будет отказывать ему в его желаниях. Далее он, видя сложившуюся ситуацию вполне логично, с его точки зрения, негодует и осознает, что его негодование оправданно, что он вправе защищать себя и ощущать псевдоагрессивность, вызванную отказом (вместе с тем он полностью игнорирует тот факт, что он сам автор данного отказа). И наконец, он жалеет сам себя, уверен, что «такая несправедливость может случиться только с ним», и упивается мазохистским удовольствием. Этот тройной механизм оральности порождает иллюзию о необходимости агрессивности, которая укрепляет Я, тогда как в бессознательной реальности желание быть отвергнутым, изгнанным и униженным преобладает. Под маской псевдоагрессивности оральный невротик наслаждается жалостью к самому себе и удовольствием быть жертвой (Bergler, 2000).

Начиная рассмотрение патологического игрока, Берглер (Bergler, 1943) предлагает обратить внимание на общественную оценку данного феномена. В обыденном представлении игрок выступает как «бездельник», который хочет иметь как можно больше денег в короткие сроки и без особого труда. Бессознательная реакция наблюдателя на наблюдаемую игру противоречива: когда игрок выигрывает, это вызывает своего рода восхищение как чем-то сверхъестественным, когда

¹ В лексиконе Берглера мегаломания понимается шире, чем разновидность паранойи. Ее можно охарактеризовать как мнимую самодостаточность, автаркию, всемогущество.

проигрывает, возникает ликование, злорадство. По мнению одних людей, выигрыш — вполне разумная цель, но ее достижение сложно и опасно. Другие выступают против игры по моральным, религиозным и социальным соображениям. Всех объединяет общее представление о цели игры, которая кажется очевидной, и у них никогда не возникает вопрос, хочет ли игрок на самом деле выиграть.

Исследование Берглера показывает, что все как раз наоборот: игрок — это невротик (в чем он согласен с Фрейдом), которым руководит бессознательное желание проиграть. Безусловно, на сознательном уровне игрок хочет выиграть. Более того, он абсолютно убежден, хотя это логически не обосновано, что он выиграет. В качестве иллюстрации можно привести слова жены Достоевского: «Он сказал, что он выиграет, как будто он уверен, что это зависит только от него». Подобная уверенность не встречается у «нормальных» людей, это явление бывает лишь у «патологических фанатиков». Речь идет об инфантильной убежденности в собственном всемогуществе, в детстве обычно «подпитываемой» взрослыми путем удовлетворения всех потребностей ребенка — в еде, сне, внимании и ласке. Столкновение с реальностью постепенно разрушает данную фикцию. Это разрушение — самое глубокое разочарование детства. По мере взросления ребенок отходит от «принципа удовольствия» и приходит к «принципу реальности». Он с большим трудом отказывается от этой фантазии; но жизненный опыт показывает, что есть вещи, которые невозможно изменить, как ни старайся. После неоднократных попыток пройти сквозь стену он видит, что шишка на лбу растет, а стена как стояла, так и стоит.

Жизнь по «принципу реальности» позволяет избежать многих неудач. В целом это универсальный принцип, по которому приходится жить в современном социуме. Но есть случай, когда следовать «принципу реальности» не представляется уместным, — азартная игра. Азарт — это случай. На него нельзя повлиять, будучи логичным, последовательным, ловким или «хорошим мальчиком». Игра бессознательно возвращает субъекта к старой фантазии о всемогуществе и мегаломании. Более того, она провоцирует «восстание против логики», основанное на принципе удовольствия, от которого невозможно отказаться². В данном случае ребенок обвиняет в травматическом разрушении «принципа удовольствия» в первую очередь своих родителей, которые ограничивали его всемогущество различными запретами. В то же время подобное «восстание» влечет за собой внутреннее наказание в виде чувства вины.

² Примерно об этом же писал Й. Хейзинга: «В одиночной игре достижение цели еще не означает выигрыша. Понятие выигрыша вступает в силу только тогда, когда игра ведется одним противником против другого либо двумя противными партиями.

Что такое выигрыш? Что выигрывается? Выиграть означает взять верх в результате игры. Но значение этого ставшего очевидным превосходства имеет тенденцию разрастаться в иллюзию превосходства вообще» (Хейзинга, 1992, с. 65).

Но скорее не за желание смерти отцу, как считал Фрейд, а за неповиновение, неподчинение авторитету, агрессию на него. Достоевский со свойственной ему пронизательностью отразил это чувство: «Я думаю, у меня сошлось в руках около четырехсот фридрихсдорфов в какие-нибудь пять минут. Тут бы мне и отойти, но во мне родилось какое-то странное ощущение, какой-то вызов Судьбе, какое-то желание дать ей щелчок, выставить ей язык» (Достоевский, 1989, с. 604). Эта Судьба выступает в роли родителей.

Таким образом, замыкается порочный круг: за бессознательной агрессией на авторитет родителей следует чувство вины как неизбежное наказание за эту агрессию, которое в свою очередь вновь порождает агрессию. В итоге получается, что бессознательно игрок хочет проиграть. Проигрыш — это плата за невротическую агрессию, материальное выражение искомого наказания. Невротики переносят конфликт с родителями на невинных людей, которые в их бессознательном отождествляются с родителями. А поскольку агрессия, направленная на родителей, запретна, то и агрессия, направленная на их «заместителей», также запретна и, следовательно, требует самонаказания.

С точки зрения Берглера, сила, которая руководит игроком, происходит из бессознательного возрождения инфантильной мегаломании. Иными словами, игрок является «плохим мальчиком», который жаждет наказания за то, что он «нашалил» — проявил агрессию. Этот процесс противоречив, он имеет две грани — приятную и болезненную. С одной стороны, игрок испытывает удовольствие от агрессивного проявления инфантильной мегаломании, с другой — боль от наказания. Кроме того, проблема осложняется из-за мазохистской инфраструктуры, т.е. игрок получает удовольствие от боли, от аутоагрессии, которую представляет собой чувство вины; он «эротизирует» наказание. А поскольку ему необходимо искать вовне реализацию своих бессознательных процессов с объектами менее значимыми, чем родители, то он ищет наказания в игре — бессознательно хочет проиграть.

Однако не все невротики, прибегающие к механизму оральности, являются игроками, зато все игроки — оральные невротики. Основопологающая черта механизма оральности заключается в том, что он приносит мазохистское удовольствие под личиной псевдоагрессии. Но, тогда как другие оральные невротики разными способами загоняют доэдипову мать и ее заместителей в ситуацию отказа, игроки прибегают к особым уловкам. Они это делают, чтобы доказать бесполезность всех родительских законов и моральных принципов, ввиду того что в игре решающую роль играет случай. Становится понятно, почему игрок на 100% уверен, что он должен выиграть: заместителем доэдиповой матери в данном случае становится Фортуна, и сознательная уверенность в «доброте» дающей матери переносится на уверенность в выигрыше. И здесь же находит выражение бессознательный мазохизм: игрок жаждет

проиграть, как другие невротики жаждут отказа, чтобы снова и снова воспроизводить травмирующую ситуацию детства.

И все же, по мнению Берглера, игра — излечимый невроз. Однако игроки редко понимают, что это болезнь. Иногда семья настаивает на лечении, но не может ничего сделать без согласия самого больного. А он самостоятельно не осознает необходимости обращения к психиатру. Если же он, движимый отчаянием, все же обратится к врачу, то шансы на излечение высоки.

Заключение

Можно сказать, что в психоаналитической концепции сложно однозначно выделить механизм возникновения и развития патологической игры. Ряд психоаналитиков полагают, что пристрастие к азартным играм является одним из вариантов склонности к риску. Они выдвигают несколько гипотез о психических структурах, вовлеченных в формирование патологического поведения, и о механизмах, на которых оно базируется. Однако, несмотря на видимые разногласия, существующие точки зрения не являются взаимоисключающими, а, скорее, дополняют и расширяют друг друга.

Великие психоаналитики Зигмунд Фрейд и Эдмунд Берглер тоже не полностью сходятся во мнениях: первый предлагал искать первопричину невроза (и патологической игры) на генитальной фазе развития личности, когда реализуется Эдипов комплекс; второй заглянул глубже и рассмотрел гемблинг как проявление орального невроза, зародившегося в первые месяцы жизни ребенка. Оба автора сходятся в том мнении, что фактически бессознательной целью патологической игры является проигрыш. Он является поводом для аутоагрессии, в которой так нуждается невротик. Однако авторы по-разному трактуют причину возникновения чувства вины (как проявления аутоагрессии): Фрейд видит ее в желании смерти отцу, чтобы стать обладателем матери, Берглер — в восстании против авторитета и утверждении инфантильной мегаломании. В обоих случаях имеют место психический мазохизм и эротизация боли как единственно возможный источник глубокого наслаждения для невротика. Вполне возможно, что существует два типа невротиков, склонных к аддикции от азартных игр.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Достоевский Ф.М.* Игрок // Собр. соч.: В 15 т. Т. 4. Л., 1989.
- Менделевич В.Д., Садыкова Р.Г.* Зависимость как психологический и психопатологический феномен (проблемы диагностики и дифференциации) // Вестн. клинической психологии. 2003. Т. 1. № 2. URL: <http://www.narcom.ru/cabinet/online/77.html>
- Хейзинга Й.* Homo ludens. М., 1992.
- Фрейд З.* Достоевский и отцеубийство // Фрейд З. Я и оно: труды разных лет: В 2 т. Т. 2. Тбилиси, 1991. С. 407—426.

- Ades J., Lejoyeux M.* Encore plus! Jeu, sexe, travail, argent. Paris, 2001.
- Bergler E.* The gambler: a misunderstood neurotic // J. of Criminal Psychopathology. 1943. Vol. 4. N 3. P. 379—393.
- Bergler E.* La névrose de base. Paris, 2000.
- Duparc F.* Les conduites a risque. De la mediologie et de l'anthropologie a la psychanalyse // Duparc F., Vasseur C. Les conduites à risques, au regard de la psychanalyse. Paris, 2006. P. 13—25.
- Fülöp-Miller R.* Dostojewski am Roulette. München, 1925.
- Joseph B.* Addiction to Near-Death // Int. J. of Psycho-Analysis. 1982. Vol. 63. P. 449—456.
- McDougall J.* L'économie psychique de l'addiction // Joyce aux mille et un visages / Ed. by F. Duparc. Losanna, 2000. P. 267—299.
- Szwec G.* Adultes naufragés, nourissons et perdition (Reflexions sur l'utilisation autocalmante du danger et de l'effroi) // Les galeriens volontaires / Ed. by G. Szwec. 1998. P. 37—57.
- Valleur M., Bucher C.* Le jeu pathologique. Paris, 2006.
- Winnicott D.W.* Playing and reality. L., 1971.

Поступила в редакцию
01.03.10

А. В. Россохин

ИССЛЕДОВАНИЯ РЕФЛЕКСИИ ИЗМЕНЕННЫХ СОСТОЯНИЙ СОЗНАНИЯ В ПСИХОАНАЛИЗЕ (ЧАСТЬ 2)

Психоанализ предоставляет уникальный эмпирический материал для исследования динамики личностной рефлексии в измененных состояниях сознания (ИСС) и ее влияния на различные аспекты жизнедеятельности личности. В первой части статьи*, посвященной трансферентным и контртрансферентным ИСС, было показано, что по мере углубления ИСС в ходе психоаналитического процесса происходит активизация и качественное преобразование рефлексивных процессов личности, что приводит к формированию активного «рефлексирующего Я». В данной (второй) части статьи детально анализируется рефлексивная активность личности в контртрансферентных и совместных трансферентно-контртрансферентных ИСС.

Ключевые слова: личность, рефлексия, психоанализ, измененные состояния сознания, психоаналитический процесс, перенос, контрперенос, регрессия.

Psychoanalysis presents unique empirical material for the research of the dynamics of personality reflection in altered states of consciousness and its impact on different aspects of vital activity of the personality. Transference and countertransference altered states of consciousness were in focus of interest of the first part of the article. It was shown that as altered states of consciousness become deeper during the psychoanalytical process the reflexive processes of a personality enhance, become more active and change qualitatively, which is expressed in particular in the formation of the active «reflexive I». Reflexive activity of the personality in countertransference and combined transference-countertransference altered states of consciousness was analyzed in this second part of the article.

Key words: personality, reflection, psychoanalysis, altered states of consciousness, psychoanalytical process, transference, counter-transference, regression.

Рефлексия контртрансферентных измененных состояний сознания (окончание)

В современной психоаналитической технике фокус рефлексии аналитика в *измененном состоянии сознания* (ИСС) должен быть в равной степени направлен на осознание своих эмоциональных реакций как возможных проявлений собственных бессознательных конфликтов

Россохин Андрей Владимирович — докт. психол. наук, ст. науч. сотр. кафедры общей психологии ф-та психологии МГУ. E-mail: rossokhin@mail.ru

* См.: Россохин А.В. Рефлексия измененных состояний сознания в психоанализе (часть 1) // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. 2010. № 3. С. 88—104.

(контрпереноса как переноса на субъекта) и на анализ контрпереноса (в смысле реакций аналитика на перенос субъекта) как важнейшего инструмента для исследования переноса, «бессознательного настоящего» и взаимоотношений аналитика и субъекта в совместных ИСС.

Наиболее последовательную и аргументированную картину различных опасностей и злоупотреблений, связанных с новыми акцентами в аналитической работе, рисует К. Грэй (Gray, 1986). Он обращает внимание на то, что использование аналитиком осознания контрпереноса с целью интуитивно нащупать бессознательные мотивации субъекта в ИСС часто превращается в интерпретацию, направленную на психический материал, представленный в переносе. Эта интерпретация, по Грэй, имеет отношение к внушению, так как она обходит защиты, выстроенные Эго. Такая аналитическая работа, как правило, на деле *пренебрегает рефлексией*, анализом и интерпретацией сопротивлений субъекта, проникая в глубь материала без их последовательной рефлексивной проработки. Грэй считает, что возможность проникновения в субъекта посредством обхода его защит создает для аналитика постоянное искушение — бессознательное желание активизации контрпереноса в ИСС, связанного с ощущениями власти и всемогущества (что может доставлять большое удовольствие аналитику). Грэй утверждает, что такая работа, использующая контрперенос для проникновения сквозь защиты и сопротивления субъекта, может быть эффективной для усиления *трансферентных ИСС* (Т-ИСС) и трансферентной игры, но при этом может привести к значительному ослаблению рефлексивного Эго субъекта, формированию у него определенной Эго-пассивности в ИСС, усилению зависимости от переноса и соответственно от аналитика, который будет представляться все понимающим и всемогущим. Говорить о каких-либо структурных изменениях в личности субъекта, согласно Грэй, в такой ситуации не приходится (Gray, 1986; White, 1992).

Технические принципы аналитической работы самого Грэй основываются на фокусе рефлексии в большей мере «внутри», чем «снаружи» аналитической ситуации. Этим фокусом являются самые «поверхностные манифестации сопротивления» субъекта (Gray, 1986). При этом особое внимание Грэй уделяет усилению рефлексивного Эго субъекта в Т-ИСС. Оригинальность подхода Грэй заключается в технических приемах, с помощью которых он решает достаточно традиционные задачи. Грэй выбирает «те элементы в материале, которые могут успешно иллюстрировать субъекту, что когда в процессе аналитического диалога возникает тема, отражающая внутренний конфликт, то это заставляет его невольно и неосознанно реагировать защитным способом» (ibid, p. 253). Материал, который будет прорабатываться, выбирается Грэйем в соответствии с возможностью его *использования для «эффективной иллюстрации» рефлексии Эго субъекта.*

Конечный результат этого небольшого фрагмента аналитической работы должен состоять в том, что субъект сможет наблюдать и понимать нечто новое, что аналитик только что передал ему, не прибегая к дополнительным защитным мерам (Levy, Inderbitzin, 1990, p. 379). Грэй верит, что подобные инсайты, накапливаемые в процессе анализа, *рост способности к рефлексии и пониманию* вследствие интерпретации характерных защитных стереотипов усиливают личность субъекта и ведут к постепенно возрастающему осознанию им инфантильной продукции собственных ИСС (White, 1992).

С тем или иным пониманием проблемы Т-ИСС прямо связано соответствующее описание требуемой аналитической позиции, объединяющей такие аспекты техники, как нейтральность, абстиненция и анонимность. Следуя А. Фрейд, рассуждавшей в логике психологии одной персоны, аналитик должен был стараться *в равной степени рефлексировать бессознательные манифестации различных психических структур* и в ходе анализа и интерпретации способствовать осознанию субъектом их участия в интрапсихическом конфликте, разворачивающемся в ИСС. Подход, основывающийся на психологии двух персон, рассматривает нейтральность аналитика через призму отношений в аналитической диаде. Понимание нейтральности с этих позиций значительно отличается от классической концепции нейтральности А. Фрейда, считавшей отношения между аналитиком и субъектом побочным эффектом аналитического процесса. По мнению Н. Треурниста (Treurniet, 1993), выведение А. Фрейд аналитических отношений и «помощи в развитии» за скобки истинного психоанализа приводит к ограниченному определению аналитической техники, и в частности к ограниченному пониманию принципа нейтральности. Р. Уайт конкретизирует это, замечая, что отстраненная, безэмоциональная и невовлеченная позиция аналитика с большей вероятностью будет усиливать сопротивление переносу, чем способствовать развитию Т-ИСС (White, 1992, p. 341). Используя формулировки Х. Левальда (Loewald, 1960), Уайт утверждает, что «в тонком (и совсем тонком) смысле, аналитик постоянно втягивается в трансферентные ИСС субъекта и выходит из них. Аналитик участвует в игре и испытывает как дезинтегрирующие, так и интегрирующие взаимодействия с субъектом... Он отличается от субъекта только обладанием лучшего контроля и пониманием своего собственного переноса» (White, 1992, p. 347). Это отличие аналитика от субъекта обуславливается, на наш взгляд, наличием и активностью у него рефлексивного аналитического Эго — основного фактора, определяющего (наряду с описанными Уайтом двумя видами взаимодействующих друг с другом «давлений») аналитическую позицию, гарантирующую устойчивость сознательного «Я» в ИСС.

Нам представляется, что решающее различие между аналитиком и субъектом состоит в наличии у первого особой рефлексивной способ-

ности — способности к аналитическому расщеплению на свободное от конфликтов рефлексивное аналитическое Эго и Эго, метафорически описываемое К. Болласом как «другой пациент» в аналитическом кабинете. Это второе Эго аналитика — «другой пациент» — в свою очередь включает в себя эмпатически сопереживающее, регрессирующее вместе с субъектом Эго («эмпатическое Эго») и Эго, подвергающееся воздействию собственных бессознательных конфликтов («контртрансферентное Эго»). Используя эти понятия, можно описать технически нейтральную позицию аналитика как результат сознательного интерактивного взаимодействия рефлексивного аналитического Эго, эмпатического Эго и контртрансферентного Эго аналитика в ИСС.

Такая точка зрения на нейтральность предполагает не только осознание собственного аналитического рабочего Эго, но и *достаточно развитую и активную рефлексивность* как эмпатического Эго, так и контртрансферентного Эго даже в сложных ИСС. В связи с этим приходит в голову аналогия с формированием М. Гиллом активной позиции субъекта в аналитической работе путем интерпретации сопротивления осознанию переноса. Применительно к аналитику ключом к нейтральной позиции становится рефлексивная проработка аналитическим Эго «сопротивления осознанию эмпатических переживаний» и «сопротивления осознанию контрпереноса». Успешная рефлексивная проработка этих сопротивлений в ИСС делает возможным сознательное интерактивное взаимодействие трех определяющих нейтральную аналитическую позицию структурных компонентов — аналитического, эмпатического и контртрансферентного Эго. В случае игнорирования аналитиком подобной рефлексивной проработки неосознаваемое давление со стороны эмпатии и контрпереноса способно, на наш взгляд, значительно ослабить рабочее Эго и вовлечь аналитика в глубокие неосознанные ИСС. Скрытое бессознательное сопротивление с защитными тенденциями субъекта при этом часто рационализируется «правильным» применением механистично понимаемых технических принципов аналитической работы.

В ходе реальной аналитической работы с субъектами большинство современных аналитиков стараются сохранять по отношению к субъекту динамическую аналитическую позицию, в которой такие психоаналитические инструменты, как фрустрирующее молчание и эмпатическая поддержка, оказываются взаимодополняющими *способами самовыражения рефлексивного Эго аналитика*, направленными на понимание и помощь субъекту, погруженному в ИСС. При всем этом чрезвычайно важно, чтобы оставшиеся после окончания анализа интернализированные объектные отношения аналитик—субъект были не только эффективными в аналитическом смысле, но в первую очередь оставляли человеку, прошедшему анализ, возможность осуществления самостоятельного выбора при реализации своего поведения и не

приводили к сильной, постоянной зависимости от образа аналитика, его поведения и взглядов на жизнь. Обретение собственных корней, достижение относительной независимости, способности строить свою жизнь в соответствии со своими индивидуальными особенностями и способностями — вот те ценности, которые субъект должен открыть и укрепить в себе в процессе обретения инсайтов относительно своего «Я» и его развития и в ходе осознания и *рефлексивного переосмысления скрытых смыслов* своих взаимоотношений с аналитиком. Это, конечно, во многом идеализированное представление о «достаточно хорошем анализе». Но если в аналитическом процессе не удастся дать возможность субъекту *открыть эту индивидуальную рефлексивную силу* и определенную целостность внутри себя, то по окончании даже успешного анализа он может стараться использовать продолжающееся внутреннее взаимодействие с аналитиком в целях сохранения устойчивости, равновесия и способности к развитию, стремясь «питаться» от корней аналитика, иногда даже подменяя осознание своей личности защитной идентификацией с надежным, сильным и адаптированным к реальности трансферентным образом аналитика. Поэтому аналитик должен уделять *особое внимание развитию рефлексии у субъекта и оказанию ему помощи в развитии интегративных функций его Эго*. Эти функции способствуют возрастанию независимости субъекта от аналитика. Развитие у субъекта интегративных функций приближает окончание анализа и постепенно превращает психоаналитический процесс в самоанализ.

Рефлексия совместных трансферентно-контртрансферентных измененных состояний сознания

Обращаясь сейчас к анализу исследований ИСС во французской психоаналитической школе, следует отметить важность для французских авторов концепции аналитического пространства. Психоаналитическое пространство может быть символизировано посредством кушетки. С одной стороны, субъект лежит на кушетке, что способствует развитию особых регрессивных ИСС, которые могут быть описаны в терминах модели первичных взаимоотношений ребенка и матери. Однако, с другой стороны, этот же сеттинг, благоприятствующий нарциссической регрессии, не создает абсолютно свободное пространство без границ и пределов и не только *не устраняет рефлексивную активность субъекта в ИСС, но и способствует ее развитию* и трансформации. Эти границы символически выражаются во временном сеттинге, ограничениях, связанных с основным правилом психоанализа. Это специфически французский путь размышления об аналитическом сеттинге в терминах символической репрезентации, способности ребенка (субъекта) развивать процессы вытеснения, думать, мечтать и выстраивать свой собственный внутренний мир. Подобно тому как

это имеет место между матерью и ребенком, субъект также не является одиноко лежащим на кушетке рядом с абсолютно нейтральным аналитиком. Трансферентно-контртрансферентный процесс происходит между ними обоими и создает *совместные трансферентно-контртрансферентные ИСС* (Т/Кт-ИСС), усложняя различные аспекты рефлексивного взаимодействия между аналитиком и субъектом. Как точно заметила Л. Юртубей, «аналитические отношения — это феномен, принадлежащий двоим. И если сейчас субъект уже не является объектом наблюдения, то и аналитик также не простое зеркало. Более того, в анализе всегда имеется “третий” — общее пространство на двоих, сотканное из их бессознательных» (Urtubey, 2002, p. 9).

Находясь в ситуации необходимости репрезентировать и отцовский и материнский образы, аналитик, с одной стороны, способствует процессу взаимодействия субъекта с первичными объектами, сопровождающемуся неизбежной аффективной вовлеченностью всех участников. Однако, с другой стороны, он же содействует выходу субъекта из нарциссического регрессивного ИСС, сохраняя связь с третьей стороной, которая устанавливает границы. Поэтому нарциссическая регрессия в ИСС, находящаяся *под контролем рефлексии Я* и являющаяся важнейшей частью общего процесса аналитической работы, возможна до тех пор, пока аналитик репрезентирует родительские образы с позиций рефлексивного Сверх-Я. Это означает, что он ставит границы отыгрыванию: Сверх-Я не только запрещает, но также и защищает от опасностей, связанных с нарциссическими регрессивными ИСС, способными приводить к слиянию и деструктивности.

Аналитический процесс — это Т/Кт-ИСС, и они могут быть абсолютно симметричными только в случае полного ролевого отыгрывания. Для понимания процесса психического функционирования субъекта необходимо принимать во внимание то, что непосредственно переживает аналитик в собственных Кт-ИСС, когда он является объектом проективных идентификаций. Э. Кестемберг проводит различие между контрпереносом и контротношением. Контрперенос, с ее точки зрения, является способностью аналитика переживать, испытывать аффекты и связывать их своими психическими репрезентациями, имеющими отношение к психическому функционированию субъекта. Такой контрперенос служит позитивным инструментом аналитической работы. В то же самое время в анализе может возникнуть ситуация, когда субъект проецирует аффекты, аналитик переживает их и развивает соответствующую им реакцию в ИСС. Это и есть контротношение — контрперенос в отрицательном (фрейдовском) смысле. В таком случае работа аналитика состоит в *рефлексивной проработке своего контротношения в ИСС* и попытке ответить на вопрос: почему субъект подталкивает его к подобной реакции? Связывание аффектов субъекта с психическими

репрезентациями позволяет трансформировать контротношение в позитивный контрперенос, служащий целям анализа.

Во французском психоанализе очень важны две модели Т/Кт-ИСС, представленные в работах Ф. Паша и М. де М'Юзана. Паш вносит новый оригинальный смысл в так часто критикуемую фрейдовскую метафору зеркала. Зеркало — *рефлексивная позиция* аналитика в отношении субъекта — не должно быть холодным и очень отдаленным. Пара аналитик—субъект некоторым образом напоминает Персея и Медузу. Персей избежал превращения в камень от ужасного вида Медузы потому, что смотрел не прямо на нее, а только на ее отражение в своем щите. Глядя на ее «психическую репрезентацию», он смог победить. В этом открывается важнейший смысл психоаналитической метафоры зеркала для позиции аналитика — принятие во внимание мира репрезентаций. Это не прямые и непосредственные восприятия в ИСС, которые иногда могут вторгаться и причинять боль обеим сторонам. Здесь мы снова видим трехстороннюю модель и очередное напоминание об асимметричности психоаналитической ситуации, отличии аналитика от субъекта. В модели Паша перенос и его воздействие очень важны, но аналитик должен быть способным, используя «щит Персея», принимать аффективные проекции субъекта без чувства нарциссической раны, не проваливаясь в ИСС, и быть в состоянии продолжать взаимоотношения, чтобы способствовать трансформации аффектов субъекта, их *рефлексивному связыванию* посредством собственных психических репрезентаций и передаче последних субъекту в виде интерпретаций.

Любовь М. де М'Юзана к творчеству помогает ему выйти за пределы дихотомии Я—Другой, субъект—аналитик, субъект—объект, перенос—контрперенос. Опираясь на идеи выдающегося французского философа М. Мерло-Понти (1999), в своей экзистенциальной феноменологии предложившего выйти за пределы противопоставлений субъекта и объекта путем описания того, что располагается между ними, мы можем сказать, что М'Юзан находит нечто глубоко важное, новое и потенциально более целостное между переносом и контрпереносом — по ту сторону их диадного противостояния в индивидуальных ИСС. Это новое предстает перед нами в виде нового организма, который он называет «психологической Химерой» (M'Uzan, 1994). Эта химера символизирует совместное, общее Т/Кт-ИСС, возникающее в психоаналитическом процессе между аналитиком и субъектом. Химера, являющаяся смесью бессознательного обоих участников диады, продуктом, полностью не принадлежащим ни одному ни другому, создается аналитиком во время сеанса посредством «парадоксального способа функционирования», когда он становится периферией сознания субъекта. По меткому выражению Ж. Байе (Bayle, 1996), «химера создается в зонах тени, там, где идентичность ревниво не охраняется. Это место слипания».

Б. Шерве (Chervet, 1998) описывает, как переживаемый субъектом прошлый опыт обновляется в аналитической ситуации, если и сам анализируемый, и его аналитик начинают чувствовать колебания своих Я-идентичностей, ослабляя, но не теряя рефлексивной активности, блокирующей ИСС; ощущать более или менее легкую деперсонализацию; иногда переживать еще более примитивные состояния, когда ребенок мог чувствовать себя как часть Другого. Аналитик во время сеансов стремится исследовать различные проявления психической реальности субъекта — сексуальные, нарциссические, проявления Я-идентичности. Однако, согласно М'Юзану, встретить их, узнать и вступить с ними во взаимодействие для аналитика становится возможным при условии, если он позволит себе самому войти в симметричное колебание идентичности, в общее ИСС, вплоть до состояния инфантильной растерянности, близкой к травматической ситуации, а следовательно, и к опасности. М'Юзан описывает, как два психических аппарата (субъекта и аналитика), стремящихся создать нечто целостное, создают химеру, оживленную особыми процессами, происходящими в парадоксальной системе. Парадоксальной ее делает отчуждение, предложенное в целях получения свободы. Эта система функционирует в ИСС как совместный аппарат для двух психик с точным разделением вкладов каждой стороны: анализируемый предоставляет содержание, аналитик — процессы. В этом общем ИСС функциональные способности аналитика заимствуются анализируемым. Шерве отмечает, что рассматриваемая таким образом функциональная взаимодополняемость аналитика и субъекта показывает ценность идентификационной близости — определенной симметрии между ними. Именно в это первое время (время химеры) интерпретационная работа психоаналитика не направлена на получение рационального знания. Рефлексия субъекта присутствует, но не играет здесь главенствующей роли. Это время глубокого аффективного и интуитивного познания психического функционирования субъекта изнутри совместной химеры, совместного ИСС. Аналитик, дающий интерпретации из химеры ИСС, воспринимается анализируемым как его другое Я. Когда наступает второе время интерпретации, она направляется на *лучшее рефлексивное осмысление и понимание всех аспектов взаимодействия*, происходивших в первое время, в том числе и на интерпретации, осуществленные изнутри химеры ИСС. Это второе время раскрывает фундаментальную диссимметрию между аналитиком и анализируемым.

Дж. Макдугалл (McDougall, 1978) не говорит о химере, но в ее теории примитивной коммуникации эта химера приобретает новые и интересные очертания. Ранние, превербальные травматические нарушения не регистрируются в предсознательном и поэтому недоступны для памяти. Младенцы не способны ни говорить, ни организовывать свои эмоциональные переживания. Чтобы справиться с ними и впо-

следствии назвать их, младенец нуждается в матери. Субъекты, не имеющие подобного положительного опыта, стараются, не рефлексировав этого, заставить аналитика пережить то, что сами они не могут не только осознать, но даже назвать. Примитивная коммуникация в ИСС служит для эвакуации фрагментов первичного аффективного опыта в фундаментальный перенос, цель которого — стирание любых различий между Я и Другим. Если аналитик принимает это, не боясь погрузиться в совместные ИСС, он получает доступ к самым ранним переживаниям субъекта — к «универсальной фантазии в психических переживаниях младенца, где есть только одно тело и только одна психика на двоих» (Макдугалл, 1999, с. 177).

Если Макдугалл описывает химеру ИСС как одно тело и одну психику на двоих, то Ж. Гийомин метафорически видит психоаналитическую ситуацию как сближение двух цефалических (от греч. *kephale* — голова) пространств, двух голов, теряющих свои границы, проникающих друг в друга и в некоторой степени смешивающихся. Их голоса и речь постепенно сливаются и превращаются в нечто единое, понятное только изнутри химеры ИСС (одна голова и два разных тела). Тогда ИСС — это то, что объединяет аналитика и субъекта. Но то, что способствует их разъединению и осмыслению переживаемых психических содержаний, — это аналитическая рефлексия в ИСС.

Как отмечает Ф. Дюпарк, воспринимающую способность аналитика определяет глубина регрессии (глубина ИСС), которой он достиг, будучи субъектом в ходе своего личного анализа, и умение выходить из химеры ИСС без потери идентичности. Согласно М'Юзану, создание химеры на двоих зависит от того, сможет ли аналитик выдержать определенную степень деперсонализации в ИСС. Аналитик любого пола должен уметь переносить «сумасшествие контрпереноса» (первичное материнское сумасшествие), не теряя полностью своих границ в ИСС и оставаясь способным к их быстрому восстановлению. Состояния деперсонализации в ИСС, пережитые будущим аналитиком в качестве субъекта, одновременно с формированием профессионального аналитического свойства — *сохранять в этих ИСС определенную активность своего рефлексивного Я* — будут в конечном счете определять способность аналитика работать в химере ИСС, быть в состоянии переживать подобные моменты потери идентичности уже со своими субъектами.

Различные описания химер ИСС (гибридов «бессознательное—бессознательное») дают представление о тех сложностях, с которыми сталкивается аналитик в своей работе. Совместное с субъектом создание такой химеры на двоих может легко превратиться в «безумие вдвоем». В случае если аналитик, теряя способность к рефлексии в ИСС, полностью утрачивает свои собственные границы в работе с субъектом, химера ИСС может не только разрушить аналитическую работу, но и повредить самому аналитику. Однако подобные *переживания в глубоких*

ИСС, протекающие под контролем рефлексивного аналитического Я, напротив, помогают аналитику лучше понять психическое функционирование своих субъектов и подчеркивают чрезвычайную важность воображения для развития внутреннего мира.

М. Буве подробно описал опыт деперсонализации, который необходимо пережить на кушетке будущему аналитику и впоследствии его субъектам. Это *определенная потеря границ своей личности в ИСС, но под контролем рефлексивного Я*. Аналитический опыт переживания деперсонализации в глубоких ИСС, который, собственно, и представляет собой нарциссическую регрессию под контролем рефлексивного Я, означает слияние с первичным объектом, примитивным имаго Матери, в то же время опасным и деструктивным.

А. Грин (Green, 1974) также убежден, что достаточная связь психоаналитика с собственными «бесформенными состояниями» (глубокими ИСС) дает ему возможность улавливать их у субъекта. Работа контрпереноса, которую он должен выполнить, состоит в том, чтобы допустить эти ИСС субъекта и *с помощью аналитической рефлексии трансформировать их* в «пригодную для размышления» форму. Эта работа контрпереноса компенсирует неспособность субъекта проделать такую рефлексивную работу для самого себя. Когда психоаналитик успешно справляется с этой задачей, «то, что ранее переживалось им как беспокойство, трансформируется в чувство удовлетворенности». Бесформенные состояния, согласно Грину, заполнены ощущениями, которые не принимают форму образов или воспоминаний, и здесь недостаточно ограничиться одним только осмыслением, необходимо *мобилизовать все рефлексивные способности* психоаналитика. Только психоаналитик путем придания с помощью аналитической рефлексии внутреннего значения этому «бесформенному» материалу ИСС может трансформировать его в «пригодные для размышления» психические продукты, которые затем он сможет сформулировать в словах-интерпретациях для своего субъекта.

Следуя идеям А. Грина, П. Бошан предполагает, что, когда психоаналитик способен выполнить необходимую работу контрпереноса, трансформируя «бесформенное состояние» в мысль, а затем в интерпретацию, он способствует микроидентификации субъекта с функцией «объекта, который интегрирует диссоциированное» (Boschan, 1987, p. 116). Осуществление подобной задачи, с его точки зрения, накладывает на психоаналитика тяжелую обязанность — быть терпимым в отношении собственных диссоциированных аспектов, контейнировать их, сохраняя контакт с диссоциированными аспектами субъекта и при всем этом проводить активную рефлексивно-аналитическую работу по переосмыслению возникающих психических содержаний. Если эта цель достигнута, то субъекту удастся избежать повторения прежних отношений, и пережитый аналитический опыт обогатит обе стороны.

Французские психоаналитики делают различие между интерпретацией переноса и интерпретацией в переносе. Последняя осуществляется изнутри ситуации переноса-контрпереноса (из химеры ИСС). В этом случае аналитик не обозначает перенос, т.е. не связывает то, что происходит здесь и сейчас, с тем, что происходило в прошлом субъекта. В противном случае подобная интерпретация будет разделять его и субъекта и разрушать совместное ИСС. Если интерпретация рождается в химере ИСС, то неизвестно, откуда она приходит (или от аналитика, или от субъекта), сепарация не происходит и интерпретация будет нести в себе материал, прямо и непосредственно связанный с бессознательным субъекта. Именно такая интерпретация и будет эффективной.

Интерпретация, сконструированная на основе вторичных процессов, может иногда оказаться для субъекта настолько длинной, сложной и многоплановой, что он будет просить аналитика повторить ее, так как для него невозможно не только рефлексивно осмыслить ее, но даже просто запомнить все смыслы, которые она включает. Субъект может не понять ее, потерять или забыть часть смысла, и в результате слова аналитика останутся на поверхности сознания субъекта, несмотря на возможно глубокий аналитический смысл, заключенный в интерпретации. В случае интерпретаций, возникших в химере ИСС, такого произойти не может. В ответ на них субъект может погрузиться в молчание, но не потому, что пытается понять то, что сказал аналитик. Он будет чувствовать удивление и озадаченность, что поможет ему более спонтанно ассоциировать. Именно на получение такого эффекта и направлена «первичная» интерпретация. Мы можем даже сказать, что такая интерпретация приостанавливает работу вторичных процессов у субъекта и открывает дверь свободным ассоциациям и углубляет тем самым ИСС, *способствуя более глубокому контакту рефлексии субъекта с его эмоциональными переживаниями в ИСС*. Это подобно воздействию дзэн-буддийского коана, который невозможно понять, используя только рациональное мышление.

В то же время, если для аналитика единственное значение будет иметь взаимодействие «бессознательное—бессознательное» в глубоких ИСС, может возникнуть опасность, что он будет чрезмерно молчаливым и «отсутствующим» или его интерпретации будут казаться слишком мистическими, подобными скупым репликам буддийского наставника.

Когда аналитик открывается странным образом из химеры бессознательного, его речь в интерпретации становится живой и наполненной аффектами. В этом случае формулировка интерпретации становится прямой, и производимый ею эффект удивления приводит к появлению новых, необычных связей между словами и проявляющимися аффектами (Green, 1973). Это способствует активизации у субъекта *более глубоких и творческих рефлексивных процессов в ИСС*,

нежели просто основанных на логическом взаимодействии. Речь идет о творческом движении мысли, свойственном психоаналитическому мышлению в целом.

Аналитические моменты, связанные с внезапным возникновением чувства удивления у субъекта или аналитика, трудно переоценить. Удивление — это верный признак того, что аналитический процесс дает субъекту возможность пережить внезапный новый смысл, новый опыт относительно собственной психической реальности. Быть способным удивляться — это значит быть в состоянии принимать неопределенность, сохраняя при этом способность к рефлексии. Мы не знаем, что произойдет, и открыты новому неизвестному переживанию в этом новом ИСС. Если субъект боится такого непредсказуемого будущего, он будет развивать защитные механизмы, которые, возможно, обеспечат ему «предсказуемое будущее», несмотря на всю его возможную непривлекательность. Вместо того чтобы оставить свое психическое пространство свободным, открытым для нового, в том числе и позитивного, опыта, такой субъект, твердо знающий, что будущее может быть негативным, трансформирует свою жизнь во что-то негативное. В этом случае он уверен, что не может произойти ничего, чтобы удивило его.

Трансформируя реальность в знакомые смыслы, не оставляющие никакого пространства для неопределенности, субъект старается защитить себя от ИСС. Вся его рефлексивная активность при этом направляется на защиту от новых переживаний, на сопротивление новым смыслам, в конечном счете на борьбу с самой рефлексией — *возможностью нового рефлексивного понимания* того, что с ним происходит. В аналитическом процессе одна из важнейших задач аналитика — помочь субъекту быть удивленным в ответ на даваемые ему интерпретации. Конечно, такое возможно в первую очередь при аллюзивных интерпретациях, изначально связанных с идеей удивления, которое сначала может возникать у аналитика в ответ на приходящие ему образы и затем передаваться субъекту. В любом случае необходимо время, чтобы дать возможность удивлению открыть дорогу творческим процессам в ИСС.

В результате психоаналитическая рефлексия и рефлексия субъекта оказываются перед неизведанным пространством, где связаны воедино язык, мысли и аффекты.

Французская психоаналитическая традиция «слушать то, что следует за речью» берет свое начало с работ Ж. Лакана, на которого повлияли лингвистические идеи Ф. де Соссюра. То, что следует за речью, — смысл, и аналитик, по мнению Ю. Кристевой (Kristeva, 1988), должен следовать за субъектом на уровне его речи, оставаясь открытым всем значениям, скрывающимся за ней. Это довольно трудный вид рефлексивного внимания, и аналитику необходимо более глубоко переживать ИСС субъекта, чтобы быть способным понимать смыслы

от его имени. Как Буве и М'Юзан, Кристева убеждена, что такая работа требует сформированности у аналитика умения регрессировать, следуя за регрессией субъекта и сохраняя при этом достаточное присутствие своего рефлексивного Я. Результатом может стать сжатая, лингвистически и аффективно насыщенная интерпретация, прямо входящая в контакт с бессознательным субъекта, сосредоточивающаяся на скрытых семантических аспектах психоаналитической коммуникации, на узловых точках, в которых бессознательные значения могут быть выражены с использованием метафоры или метонимии.

С точки зрения французских авторов, психоаналитический процесс — это всегда диалектическая связь между первичным и вторичным процессом; между ИСС и рефлексией в них; между иносказательными и трансферентными интерпретациями; между химерой ИСС и взаимодействием рефлексивного аналитического Я и наблюдающего Я; между деперсонализацией и интеграцией и в конечном счете между вневременностью бессознательного и ограниченным временем анализа.

В этом смысле психоаналитический процесс — это развитие отношений аналитика и субъекта на двух уровнях — уровне первичной идентификации (химеры ИСС) и на уровне вторичных процессов, связанных с рефлексивным аналитическим Сверх-Я, наблюдающим за сохранением границ аналитического сеттинга. Одновременно с этим одна из важнейших задач аналитика — не просто сохранять осознание этих двух уровней взаимоотношений с субъектом и наблюдать за их развитием, но и способствовать их диалектическому взаимодействию друг с другом сначала в своей психической реальности, затем постепенно в совместной химере ИСС и после этого все больше и больше в психической реальности субъекта. Иметь свободно парящее внимание в ИСС для аналитика не означает потерять способность к рефлексии и оказаться полностью затерянным в собственных спонтанных ассоциациях и в соответствующих им интерпретациях. Напротив, это единственный путь, ведущий к *глубокому рефлексивному переосмыслению в ИСС*.

Согласно А. Грину, психоанализ «определяется не столько самой регрессией, сколько процессом регрессии-прогрессии, движениями вперед и назад, вызванными сопротивлением субъекта. Этот процесс нужно поддерживать, чтобы помочь субъекту найти оптимальный для него ритм. Это подразумевает не только молчание со стороны аналитика (разрешающее молчание), но и прогрессирующий интерпретативный подход в отношении регрессии пациента» (Green, 1974, p. 416). По его мнению, цель анализа состоит в том, чтобы подготовить субъекта к самоанализу, к способности самому осуществлять рефлексивную аналитическую работу. «Пациент должен быть способен использовать аналитика и его интерпретации как объекты, которые помогут ему в достижении способности быть в одиночестве (без аналитика) — сначала в присутствии аналитика, а позднее и без него, как будто бы он потенци-

ально присутствует, в то время как фактически его нет. Таким образом, молчание может сначала восприниматься как пустое пространство, которое по мере продвижения анализа становится заполненным, — пространством, полным фантазийных объектов. Анализ заинтересован не в его разрушении, а в таком его преобразовании, чтобы это приносило пользу пациенту» (ibid, p. 416).

В соответствии со своей концепцией химеры М'Юзан предлагает рассматривать молчание аналитика как способ создания химеры ИСС. С его точки зрения, если аналитик много говорит, он будет говорить вдоль линии вторичного процесса и использовать соответствующие интерпретации, обращенные к логической рефлексии. Молчание становится необходимо для создания пространства ИСС, в котором могут рождаться аллюзивные интерпретации, способные приносить динамический эффект. С другой стороны, слишком много молчания может провоцировать чрезмерно сильную регрессию и деструктивные ИСС. Концепция молчания прямо связана с идеей об аналитике, который не слишком присутствует и не слишком отсутствует, его *рефлексивная активность* не слишком навязчива, но и не превращается в пассивность. Аналитик должен находить для каждого субъекта достаточно хорошую дистанцию между своим присутствием и отсутствием. Если он слишком отсутствует, он не сможет найти контакт с субъектом, который сам склонен к отсутствию. Если же аналитик чрезмерно присутствует, анализ может превратиться в арену для нарциссической борьбы между ним и так же слишком присутствующим субъектом.

В целом следует отметить приверженность французских авторов идее развития творческих возможностей человека, прямо связанных со способностью психически функционировать без вытеснения и расщепления, способностью принимать различные аспекты своей личности и (что, возможно, самое важное) самостоятельно поддерживать и продолжать внутренний рефлексивно-аналитический процесс уже после окончания работы с аналитиком, делая его тем самым для себя по-настоящему вневременным.

В заключение обратимся к словам К. Ясперса: душа «...означает сознание, но в той же мере (а с некоторых точек зрения — прежде всего) она означает бессознательное... Душа — это становление, развертывание и различение; в ней нет ничего окончательного и завершенного» (Ясперс, 1997, с. 34). Разворачивая эти связанные с пониманием души ассоциации в обратную сторону, мы можем почувствовать не прописанное здесь, но улавливаемое Ясперсом диалогическое движение души: от различения сознательного и бессознательного, через развертывание диалогического взаимодействия между ними к становлению более целостной личности, ищущей, обретающей и развивающей свою душу.

Мы переживаем и осуществляем нашу душу в ИСС, в которых сознание и бессознательное перестают быть непримиримыми противо-

положностями, а беспристрастность и сопереживание, рефлексивное Я и аффективные личностные содержания не противостоят, а взаимодействуют друг с другом.

Вместе с тем, говоря о возможном становлении целостной личности благодаря позитивному взаимодействию сознания и бессознательного, мы рискуем попасть в ловушку, описанную Ясперсом: «Наука должна всегда руководствоваться идеей объединяющей целостности, не соблазняясь надеждой на возможность непосредственного соприкосновения с этой целостностью. У всякого, кто испытывает иллюзии на этот счет, неизбежно развивается склонность к красивым фразам, а его горизонты стремительно сужаются из-за ложного представления, будто ему удалось полностью овладеть целостностью души и ее всеохватывающими силами» (там же, с. 58). Кроме того, «мы можем понять и исследовать только то, что воспринимается нами как объект. Душа как таковая не есть объект. Она объективируется благодаря тем своим проявлениям, которые делают ее доступной внешнему восприятию — то есть благодаря сопутствующим соматическим явлениям, осмысленным жестам, поведению, поступкам. Далее, она проявляет себя посредством речевой коммуникации. Она высказывается в словах и творит вещи. Все эти доступные восприятию явления суть результаты функционирования психической субстанции. На их основании мы если и не воспринимаем психическую субстанцию непосредственно, то по меньшей мере делаем вывод о ее существовании; но психическая субстанция или душа как таковая в итоге не становится объектом» (там же, с. 34).

Следуя К. Ясперсу, мы в наших исследованиях ИСС старались помнить о цели, но думать о процессе. Можно долго рассуждать об ИСС как о диалогическом взаимодействии сознательных и бессознательных психических содержаний, но для конкретного эмпирического исследования нам доступны лишь продукты этого взаимодействия — феномены ИСС, их символическая репрезентация. В психоанализе это феноменология ИСС, возникающих у субъекта в ходе психоаналитического процесса — *особым образом организованного процесса аналитической рефлексии ИСС.*

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Макдугалл Дж. Тысячеликий Эрос. СПб., 1999.

Мерло-Понти М. Феноменология восприятия. СПб., 1999.

Ясперс К. Общая психопатология. М., 1997.

Bayle G. Les clivages // *Revue Française de Psychanalyse.* 1996. Т. LX. N 3. P. 1315—1547.

Boschan P. Dependence and narcissistic resistances in the psychoanalytic process // *Int. J. of Psychoanalysis.* 1987. Vol. 68. P. 109—118.

Chervet B. De la chimère à l'interprétation // *L'art du psychanalyste. Autour de l'œuvre de Michel de M'Uzan / Ed. by F. Duparc.* Paris, 1998. P. 83—97.

Gray P. On helping analysands observe intra-psychic activity in psychoanalysis // The science of mental conflict. Essays in honor of Charles Brenner / Ed. by A. Richards, M. Willick. N.Y., 1986. P. 245—262.

Green A. Le discours vivant: la conception psychanalytique de l'affect. Paris, 1973.

Green A. Surface analysis, deep analysis. The role of the preconscious in psychoanalytical technique // Int. J. of Psychoanalysis. 1974. Vol. 1. P. 415—423.

Kristeva J. Entretien avec E. Hoffman Baruch // Woman analyzed woman / Ed. by L.J. Serrano. N.Y., 1988. P. 129—148.

Levy S.T., Inderbitzin L.B. The analytic surface and the theory of technique // J. of the American Psychoanalytic Association. 1990. Vol. 38. P. 371—391.

Loewald H.W. On the therapeutic action of psycho-analysis // The Int. J. of Psycho-Analysis. 1960. Vol. 41. P. 16—33.

McDougall J. Le contre-transfert et la communication primitive // McDougall J. Plaidoyer pour une certaine anormalité. Paris; Gallimard, 1978. P. 35—76.

M'Uzan M. de. La bouche de l'inconscient. Paris, 1994.

Treurniet N. What is psychoanalysis now // The Int. J. of Psycho-Analysis. 1993. Vol. 74. P. 873—891.

Urtubey de L. Du coté de chez l'analyste. Paris, 2002.

White R.S. Transformations of transference // Psychoanal. St. Child. 1992. Vol. 47. P. 329—348.

Поступила в редакцию
18.02.10

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

1. Журнал «Вестник Московского университета. Серия 14. Психология» содержит публикации (в форме коротких сообщений, статей, обзоров и др.) по основным направлениям научно-исследовательской и учебно-методической работы ф-та психологии МГУ. Журнал открыт для публикации результатов научных исследований ученых МГУ, других научных учреждений и высших учебных заведений. Отбор поступивших в редколлегию работ для публикации в журнале осуществляется на основе их независимого анонимного научного рецензирования. Журнал предназначен для научных работников, преподавателей, аспирантов и студентов.

2. Материалы (текст и таблицы) принимаются в электронном виде в формате WORD или RTF, шрифт Times New Roman, 14/12, одинарный интервал, рисунки желательно в формате PDF. Общий объем рукописи, включая текст, список литературы, таблицы и рисунки, не должен превышать 30 тыс. знаков (с пробелами). Превышение объема может служить основанием для отказа в публикации.

Материалы для раздела «Научная хроника» объемом не более 10 тыс. знаков принимаются в течение трех месяцев после окончания соответствующего мероприятия.

Для соискателей ученой степени кандидата психологических наук объем рукописи должен быть не менее 10 тыс. знаков, доктора психологических наук — не менее 20 тыс. знаков.

3. Используемая литература (автор, название, место и год издания) приводится в алфавитном порядке в конце статьи. Литература на иностранных языках дается после литературы на русском языке. В тексте ссылка на источник делается путем указания (в круглых скобках) автора книги или статьи, года издания и, в случае прямого цитирования, страниц/ы.

Примеры оформления источников в списке литературы:

Для книги

Тихомиров О.К. Психология мышления. М., 1984.

Хомская Е.Д., Привалова Н.Н., Ениколопова Е.В. и др. Методы оценки межполушарной асимметрии и межполушарного взаимодействия. М., 1995.

Эксперимент и квазиэксперимент в психологии: Учеб. пособие / Под ред. Т.В. Корниловой. СПб., 2004.

Для статьи

Гордеева О.В. Развитие языка эмоций у детей // *Вопр. психол.* 1995. № 2. С. 137—149.

Дергачева О.Е. Автономия и самодетерминация в психологии мотивации: теория Э. Деси и Р. Райана // *Современная психология мотивации* / Под ред. Д.А. Леонтьева. М., 2002. С. 103—121.

Theorell T. Job characteristics in a theoretical and practical health context // *Theories of organizational stress* / Ed. by C.L. Cooper. N.Y., 2000. P. 205—220.

Для сайта

Поддяков А.Н. Образ мира и вопросы сознательности учения: современный контекст // *Вопр. психол.* 2003. № 2. С. 10—20. URL: <http://www.courier.com.ru/vp/vp0203poddyakov.htm>.

4. К статье прилагаются (отдельным файлом) название статьи на английском языке, резюме объемом не более 100 слов на русском и английском языках, ключевые слова (не более 2 строк) на русском и английском языках. Сведения об авторах статьи: 1. Фамилия, имя, отчество; 2. Ученая степень, ученое звание; 3. Место работы; 4. Должность; 5. Контактный телефон; 6. E-mail.

Для студентов, аспирантов и соискателей степени кандидата психологических наук обязательным является развернутый отзыв научного руководителя (присылается вместе со статьей).

Статьи, направленные авторам на доработку и не возвращенные в редакцию к обозначенному сроку, исключаются из портфеля редакции.

Редакция знакомится с письмами читателей, но в переписку не вступает.

Плата за публикацию рукописей не взимается.