
Глава 21

СПЕЦИФИКА ПРОЯВЛЕНИЙ ДЕФЕКТОВ МЫШЛЕНИЯ В ПОВСЕДНЕВНОЙ АКТИВНОСТИ БОЛЬНЫХ С ОЧАГОВЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПРАВОГО И ЛЕВОГО ПОЛУШАРИЯ

О.А. Кроткова

Наименее изученной областью нейropsychологии, как с позиций диагностики, так и с точки зрения реабилитационных подходов, является мышление пациентов. Несмотря на многообразие методик его исследования, очень часто при работе с больным ощущается неполнота картины. Не полностью просматриваются факторы, воздействующие как на обучаемость больного, так и на процессы его адаптации и социализации в самом общем виде.

Классические исследования, раскрывающие затруднения больных при решении арифметических задач (Лурия, Цветкова, 1966), осуществлении вербально-логических операций (Деглин, 1995; Цветкова, 1995), выполнении заданий, связанных с оптико-конструктивной деятельностью (Корсакова, Московичюте, 2003; Хомская, 1987) и т.д. - показали участие различных отделов мозга в протекании изучавшихся процессов, однако они не предполагали моделирования задач и ситуаций, **преобладающих** в повседневной деятельности больного. Вместе с тем, уже простое наблюдение за больным в клинике (его приход на процедуры, участие в занятиях, общение с родственниками и медперсоналом) выявляет специфические особенности, связанные с пониманием обращенных к нему ожиданий окружающих и собственных действий. Причем в некоторых случаях, эти проблемы выступают в качестве ведущего инвалидизирующего дефекта.

Систематизированный нами материал включает 250 клинических наблюдений больных с различными по локализации поражениями левого и правого полушарий мозга. Из этих наблюдений, однако, пришлось исключить пациентов с поражением лобных отделов мозга, поскольку в этих случаях «полушарные» особенности дефектов мышления частично маскировались такими классическими проявлениями поражения префронталь-

ных отделов, как аспонтанность, инактивность, нарушение программирования и контроля деятельности, отсутствие критики к ошибкам и переживания имеющихся нарушений. Таким образом, последующее изложение основано на анализе данных нейропсихологического исследования пациентов с поражением задних, теменно-височно-затылочных отделов мозга (травматического, опухолевого и сосудистого генеза), из которых 45 больных имели преимущественное поражение левого, а 58 – правого полушария мозга. Сторона и локализация поражения подтверждались данными контрастных исследований, а в ряде случаев – нейрохирургического вмешательства. Все больные проходили коррекционные нейропсихологические занятия и другие реабилитационные мероприятия в отделении реабилитации Института нейрохирургии им. акад. Н.Н. Бурденко РАМН.

Первый феномен, который будет здесь описан, наблюдался у больных с поражением левого полушария мозга. Для простоты изложения назовем его «трудность вхождения в задание».

Во время коррекционных занятий мы часто наблюдали, как больной, имеющий адекватную мотивацию к преодолению существующих у него нарушений, после внимательного прослушивания инструкции начинал выполнять задание настолько плохо, что создавалось впечатление полной недоступности ему данного класса задач. Однако при более детальной проработке инструкции и дополнительных объяснениях задание вдруг выполнялось легко и правильно, оставляя открытым вопрос, почему вначале наблюдались такие большие затруднения. Описываемый феномен, безусловно, отличается от «лобной» стратегии поведения, связанной с импульсивным принятием решений, снижением уровня произвольного внимания и контроля. Здесь, напротив, как правило, имеется повышенная мотивация на успех и, часто, очень хорошие показатели в тестах на внимание и оперативную память. Трудность оказывается заложенной в осмыслении инструкции и самой ситуации задания.

Феномен трудности вхождения в задание мог наблюдаться по отношению к любой нейропсихологической пробе. Иногда он возникал даже там, где задание понимается испытуемыми «сходу», без каких-либо дополнительных пояснений. Например, при предъявлении Доски Сегена, где от испытуемого требуется разместить вкладыши в соответствующих выемках доски, устная инструкция может вообще отсутствовать. Для подавляющего большинства испытуемых достаточно лишь жеста «приступить к работе» и некоторого поощрительного кивка после того, как работа начата. Испытуемый же с трудностью вхождения в задание начинает рассматривать вкладыши, перебирать их, раскладывать в ряд и т.д. То

есть осуществляет манипуляции, никак не согласующиеся с «лежащим на поверхности», наиболее вероятным вариантом действий по выполнению задания. При этом последующее исследование показывает, что само задание не представляет для него трудностей, он хорошо различает форму фигурок и с легкостью распределяет их по доске. Проблема заключается именно в понимании поставленной задачи. Если в последующем спросить испытуемого, почему в этом легком для него задании вначале были столь нелепые ошибки, то можно услышать, что вначале у него сформировалось ощущение необходимости сделать что-то очень сложное, до конца еще не понятное, а потому простое решение не принималось во внимание.

Поскольку нейропсихологическое исследование строится на анализе работы испытуемого после полного понимания инструкции, описанный феномен, как правило, остается за рамками исследования. Мы предприняли попытку смоделировать феномен трудности вхождения в задание при помощи Висконсинского теста сортировки карточек (The Wisconsin Card Sorting Test – WCST). Данный тест имеет «глухую» инструкцию, причем как раз и анализируются действия испытуемого в условиях ограниченной информированности о том, что от него требуется. Инструкция звучит так: «Я не могу объяснить вам, как выполнять это задание. Вам нужно будет раскладывать карточки из этой стопки по одной к этим четырем ключевым карточкам, а я буду каждый раз сообщать вам, правильно или неправильно вы сделали». Этот тест во многом аналогичен известной у нас методике формирования понятий Выготского-Сахарова. На карточках изображены фигуры, различающиеся по форме, цвету и количеству. Методом проб и ошибок испытуемый совершает поисковые выкладывания, получая на каждое реплику «правильно» или «неправильно». Когда безошибочные выкладывания начинают идти подряд, они называются контрольными. После 10 правильных контрольных шагов категория считается устойчиво выработанной. На этом первая часть эксперимента заканчивается, и категория меняется. Подсчитывалось число поисковых шагов у каждого испытуемого в первой части эксперимента.

В выполнении этого эксперимента участвовало 6 больных с поражением правого полушария мозга и 9 больных с поражением левого. Среднее число поисковых шагов у больных с поражением правого полушария равнялось – 1,8, а у больных с поражением левого – 12,0. Причем эти различия касались именно первой части теста. В последующем, когда на тех же условиях формировались другие категории, различия между группами были не столь значительны. По показателям оперативной зрительной памяти и способности к концентрации и переключению внимания больные второй группы даже имели преимущества перед больными первой груп-

пы. Все это позволяло говорить, что в данном тесте нам действительно удалось смоделировать аналог феномена трудности вхождения в задание, когда на первой стадии работы больными как бы игнорировалось простое и доступное решение. Проанализируем некоторые особенности выполнения первой части теста.

Первой «задуманной» категорией был цвет. Не зная об этом, испытуемый мог начать выкладывать фигуры по форме или по количеству и в ходе этих поисковых шагов постепенно приходил к заключению, что карточки надо раскладывать по цвету. Интересно, что в первой группе (больные с поражением правого полушария) три испытуемых с первой же попытки выбрали цвет в качестве признака, по которому надо раскладывать карточки. Получив подкрепление «правильно» они безошибочно разложили еще 10 карточек и, таким образом, на первом этапе теста не имели ни одного поискового шага, сразу нащупав правильный алгоритм выполнения задания. Никто из испытуемых второй группы (поражение левого полушария) не ориентировался с первой попытки на цвет в качестве признака, по которому надо сортировать карточки. Это был последний признак, на который обращалось внимание. Одна больная вообще не смогла выделить цвет в качестве смыслоразличительного признака (25 лет, образование высшее, диагноз – последствия огнестрельного ранения, инородное тело в глубинных отделах левого полушария). Она очень старалась правильно выполнить задание, разложила 23 карточки, но ни разу не сделала этого по цвету. Видя напряжение больной и то, что она очень переживает оценки «неправильно», эксперимент был приостановлен. Больную попросили перечислить признаки, по которым различаются карточки. «По форме...по количеству...по структуре...по пространственному расположению...». «А по цвету они различаются?». «Да, конечно, вот красная, зеленая, синяя и желтая» (показ правильный). «Почему вы ни разу не попробовали разложить карточки по цвету?». «Я думала, что это слишком уж просто, а Вы дали мне какое-то сложное задание».

Внутреннее усложнение задания наблюдалось у многих пациентов с поражением левого полушария, даже когда они понимали, что сортировка карточек как-то связана с цветом. Например, некоторые из них говорили в последующем самоотчете, что им казалось нужным выделить не только цвет, но и некий «алгоритм последовательности» в выкладываемых карточках. Наблюдались и совсем «экзотические» решения - подбор к ключевым карточкам так, «чтобы в них не было совпадения ни по каким признакам». Такое понимание ситуации задания, безусловно, делало его чрезвычайно трудным, а порой и просто невыполнимым для испытуемо-

го. Для трех испытуемых второй группы проведение теста было прекращено после 20 поисковых шагов, так и не приведших к пониманию задания. Больные были очень напряжены, иногда появлялись слезы на глазах.

Итак, феномен «трудности вхождения в задание» напрямую не связан ни с дефектами внимания, ни с проблемами оперативной памяти, ни со снижением уровня мотивации к правильному выполнению задания. Этот феномен обусловлен трудностями осмысления инструкции и ситуации задания. Происходит вычленение в качестве решающих некоторых латентных признаков, как правило, приводящих к внутреннему усложнению стоящей задачи.

Отмечая, что это явление «красной нитью» сопровождает все поведение больного, отвлечемся от нейропсихологического исследования, где оно может сопровождать любое новое для больного задание, и переместимся в зал лечебной физкультуры, где больные с парезами разучивают новые движения, а методист лечебной физкультуры показывает, как надо выполнить это новое движение. Мы неоднократно наблюдали, как наши пациенты с поражением левого полушария мозга в какой-то момент переставали выполнять простые движения по подражанию и «застывали в недоуменной позе». Обеспечить понимание того, что от них требуется, удавалось лишь представлением в развернутой вербальной инструкции всех целей и промежуточных этапов предстоящего обучения, спускаясь «сверху вниз» («сейчас мы с вами будем отрабатывать правильный рисунок ходьбы, для этого нам надо...мы будем выполнять разные упражнения...для начала вам надо повторить то движение, которое я демонстрирую»).

Описываемый феномен трудности вхождения в задание наблюдался нами только у больных с поражением левого полушария мозга. Нам не удалось установить его более локальную топическую привязанность. Он присутствовал в разных нейропсихологических синдромах, как у больных с афатическими нарушениями, так и при сохранных речевых функциях. Его степень выраженности варьировала у наших больных от едва заметных проявлений до весьма грубых форм, когда даже в жалобах родственников отмечалось, что больной «стал очень бестолковым, ему надо очень долго объяснять, если требуется сделать что-то новое».

Другая трудность в осмыслении ситуаций повседневной жизни наблюдалась нами у больных с поражением правого полушария мозга. Прежде, чем перейти к изложению этого материала, отметим некоторые описанные в литературе и наблюдаемые нами особенности поведения этих больных.

При поражении правого полушария у правшей, как правило, не возникает афатических нарушений, т.е. их речь остается лексически и грамматически полноценной, однако часто наблюдается дефект интонационной структуры речи. Голос перестает модулироваться по громкости (больной говорит или очень тихо, или громко и грубо, при этом не может произвольно изменить громкость речи в нужном направлении). Нарушается просодическая сторона речи, голос становится глухим, сиплым, гнусавым или прерывистым, лающим, визгливым. Нарушается ритмический и мелодический рисунок речи (Доброхотова, Брагина, 1977; Adolphs, 2002; Leon et al., 2005; Weniger et al., 2002).

Спонтанная речь становится интонационно странной, невыразительной и монотонной. При этом больной даже по специальной инструкции не может придать своей речи нужные интонации, и это становится предметом специальных коррекционных занятий.

Обедненность собственной экспрессии, как правило, сочетается с соответствующими дефектами восприятия обращенной речи. Так, если одну и ту же фразу прочитать больному с интонацией легкого недоверия, легкой насмешки и легкого испуга, то выделение заранее обозначенной эмоции со слуха часто бывает невозможно.

Мимика и жесты также теряют свою выразительность. Лицо теряет живость, взгляд становится «застывшим». Очень часто, когда больной, перенесший травматическое поражение правого полушария, приносит свои фотографии «до травмы», мы видим на них совсем другого человека. При отсутствии каких-либо парезов мимической мускулатуры больной становится не похожим сам на себя. Мимические реакции, конечно же, имеют место, но, например, улыбка или носит «вымученный», неестественный характер, или приобретает вид эйфоричного благодушия, некоторой дурашливости.

Немного отступая от линии повествования надо заметить, что при поражении левого полушария мы наблюдаем у больных прямо противоположную картину. Больной с грубыми афатическими дефектами может не иметь в своем лексиконе ни одного правильного слова, вся его речь может представлять сплошной «словесный салат», однако за счет сохранной мимики, жестов и интонации речи мы понимаем все, что он хочет сказать или спросить, чувствуем его настроение и часто ведем весьма информативный диалог, хотя собеседником не произносится ни одного правильно-го слова.

Эти особенности поведения больного с поражением правого полушария необходимо иметь в виду, когда сейчас мы переходим к описанию за-

даний, в которых проявляются дефекты его мышления. Уже отмечалось, что феномена трудности вхождения в задание здесь нет и в помине. Больные легко справляются с Висконсинским тестом сортировки карточек, быстро понимают все предъявляемые им задания и успешно их выполняют. К традиционно предъявляемым заданиям при исследовании процессов мышления можно отнести следующие тесты. «4-й лишний», где требуется выделить существенный признак, объединяющий три предмета, назвать этот признак, т.е. произвести операцию обобщения, и указать лишний предмет, не удовлетворяющий выделенному критерию. Задания на классификацию объектов, на выделение аналогий и т.д. Все эти задания выполняются больными с поражением задних отделов правого полушария достаточно успешно. И вот на этом фоне успешного выполнения достаточно трудных задач логического анализа, абстрагирования и обобщения признаков предметов материального мира больному дается, казалось бы, совсем простое задание на осмысление ситуаций, но только немного из другой области. Предъявляется картинка, на которой изображены персонажи, находящиеся в определенных взаимоотношениях. Вся ситуация достаточно ярко прорисована. Требуется расшифровать взаимодействие персонажей картинки, придумав для каждого из них какую-то реплику (что может говорить тот или иной персонаж в данной ситуации). Чаще всего мы использовали для данного задания картинки художника Н. Радлова «Рассказы в картинках». Рисунки предназначены для детей старшего дошкольного возраста, они идут без каких-либо подписей, но ситуация на них изображенная настолько ясна, что дети с удовольствием составляют по ним короткие рассказы, тем более, что все сюжеты имеют неожиданный юмористический подтекст.

Задания такого рода вызывали значительные затруднения у многих больных с поражением правого полушария мозга. Они могли справиться с обобщенным описанием ситуации, но понять настроение персонажей, их желания и их возможные реплики больным было не под силу. Как правило, не угадывался и подтекст ситуации, юмор сложившегося положения, то, что составляет «изюминку» каждого рассказа в картинках. Приведем несколько характерных примеров.

Серия из трех картинок, изображающих, как у мужчины срывает ветром с головы шляпу, и он повелительным жестом приказывает двум своим собачкам шляпу принести. Собачки кидаются наперегонки, дерутся за шляпу, разрывают пополам и с гордостью несут хозяину. Поза и мимика хозяина на третьей картинке свидетельствуют о явном огорчении и растерянности. Вот рассказ больного после длительного (!) рассматривания картинок. «Мужчина гулял с собаками и кинул им две шляпы, чтобы

они их принесли. Коричневая собака принесла свою шляпу первой». «Что говорит хозяин?» «Молодец, ты постаралась». Ситуация не расшифровывается даже после нескольких подсказок и наводящих вопросов.

Серия из двух картинок. Мальчик раздевается перед купанием в речке и, не оборачиваясь, вешает свою шляпу на стоящий сзади куст. За этим кустом находится корова, на рога которой и попадает шляпа. Вторая картинка изображает корову, идущую в шляпе, мальчика в состоянии крайнего удивления, и теленка, замершего перед коровой с открытым от удивления и восторга ртом. Рассказ больного. «Мальчик повесил шляпу на рог корове, и она стала гулять в шляпе». Не прочитываются и не угадываются эмоции персонажей картинки, не выдвигаются правильные гипотезы их взаимодействия в сложившейся ситуации.

Самым трудным для больных было «озвучивание» картинок, прямая речь персонажей. Например, разбирается серия картинок, на одной из которых заяц в ужасе удирает от злобного волка. Адекватными репликами зайца в данной ситуации могли быть только: «караул!», «помогите!», «Ой-ой-ой!» (эти реплики придумали больные с поражением левого полушария мозга). Вот один из вариантов, который после долгих раздумий смог предложить больной с поражением правого полушария мозга. «Заяц на этой картинке говорит: «Я гулял на полянке и никого не трогал...и вот за мною гонится злой волк,...почему он так поступает?».

Особенно трудно в этих заданиях больным бывает придумать и произнести непроизвольно вырывающиеся вскрики: «Ой!», «Ах!», «Надо же!» и т.д. Чаще всего они заменяются длинными монологами, которые никак не могли иметь место в момент, изображенный на картинке.

Эмоциональное состояние персонажа не угадывается не только на картинках с подтекстом, но и на фотографиях, ярко запечатлевших ту или иную эмоцию. Например, предъявляется фотография мальчика, изображающая бурную радость, (он кричит от восторга). Описания больных: «этот мальчик гримасничает», «у этого мальчика плохое настроение, он кричит, а если бы ему было хорошо, он кричать бы не стал».

Часто в картине дается правильное описание всех неодушевленных составляющих (интерьера, пейзажа, одежды), правильно описывается внешняя сторона события и даже действия героев, но не расшифровывается их эмоциональное состояние. Например, больной работает с репродукцией картины Н. Ге «Петр I допрашивает царевича Алексея в Петергофе». Он узнает это полотно, правильно рассказывает об исторических событиях, предшествовавших этой сцене, может описать любые мелкие детали интерьера, но когда задается вопрос, «как вы думаете, какое сейчас настрое-

ние у персонажей картины?», дает следующий ответ: «у Петра хорошее настроение, он испытывает радость, а Алексей – самодовольство».

Надо подчеркнуть, что описываемые нарушения не вытекают из дефектов зрительного гнозиса, хотя у ряда наших больных имелись зрительные гностические дефекты. Мы предъявляли этим больным короткие рассказы на слух. Больные с успехом могли их пересказать по памяти, но там, где надо было уловить подтекст, переносный смысл, иронию или сарказм – были полностью несостоятельны. Понимание и смех вызывали только совсем простые ситуации и грубые шутки, типа «торт в лицо».

Этот дефект осмысления эмоциональных аспектов межличностного взаимодействия часто сочетается у больных с нарушением осознания своего собственного эмоционального состояния. Так при работе с фотографиями, на которых изображены люди в разных эмоциональных состояниях, больной, как правило, не может найти ни одной, которая была бы близка к его настроению в данный момент, или подбирает совсем неподходящую. Например, больной, находящийся в состоянии крайнего раздражения, после нескольких агрессивных выпадов в отношении рядом сидящей матери при просьбе выбрать фотографию, соответствующую его состоянию в данный момент, выбирает фото мальчика с искрящимися от счастья глазами и с полуулыбкой на губах. Другой больной, также после долгого тщательного разглядывания фотографий говорит: «Здесь нет такой фотографии, т.к. сейчас я вообще ничего не чувствую».

Важно отметить, что больные часто не осознают не только своего эмоционального состояния, но и состояния усталости. Даже на фоне сильного утомления, с явными признаками истощения и во внешнем виде, и в качестве выполняемых заданий, на вопрос об усталости больной отвечает отрицательно. Один из пациентов отчетливо сформулировал свои ощущения. «Я никак не соображу, что такое усталость, что я должен при этом чувствовать... Может быть, у меня что-то должно болеть? Но у меня ничего не болит».

В рамках данного изложения хотелось бы сказать несколько слов по поводу гипотезы, выдвигающейся в ряде работ и якобы подтверждающейся в клинике очаговых поражений мозга. Опираясь на клинические данные, авторы делают вывод о распределении эмоционального спектра переживаний между левым и правым полушариями, где одно полушарие отвечает за регуляцию положительных, а другое – отрицательных состояний. Клинические наблюдения действительно фиксируют несколько пониженный эмоциональный фон у пациентов с поражением левого полушария мозга, однако, на наш взгляд, эти факты ни в коей мере не свидетельствуют о регуляции левым полушарием положительной части эмоци-

онального спектра. Здесь надо учесть, что перед нами находятся люди, оказавшиеся в ситуации тяжелой болезни, приведшей к резкому ухудшению качества их жизни. Пониженный фон настроения – это адекватная реакция человека на ситуацию болезни. Степень ее выраженности и конструктивность возникающих переживаний во многом зависят от преморбидных черт личности больного. Здесь надо учесть, что не все люди, попадая в тяжелые жизненные обстоятельства, могут демонстрировать оптимизм и силу духа. О том, что сама система эмоционального реагирования и осмысления соответствующих ситуаций остается при поражении левого полушария не нарушенной, свидетельствуют, с одной стороны, достаточно благополучное выполнение ими только что описанных «правополушарных» заданий, а с другой – возможность синтонного и адекватного эмоционального реагирования в ситуациях общения. Так в моменты трудностей вхождения в задание у больных наблюдается напряжение, тревога. А если во время коррекционных занятий, удастся добиться успеха, и психолог акцентирует на этом внимание пациента («... вот в результате ваших усилий сформировался навык, которого вчера еще у вас не было, а сегодня это действие уже получается, и это тот самый путь к выздоровлению, который возможен»), – наблюдается выраженная эмоция радости, со всеми чертами адекватного проявления этой эмоции.

При поражении же правого полушария происходит не сдвиг в положительную часть эмоционального спектра, а нарушение всей системы эмоционального реагирования и осмысления ситуаций общения, причем эти ситуации начинают восприниматься более упрощенно. Не вычленяется их подтекст, а само реагирование не сопровождается адекватным спектром эмоциональных переживаний. Превалирующим фоном является состояние нейтрального благодушия, иногда с реакциями раздражения и агрессии, но почти никогда не наблюдаются тревога, страх или яркая радость.

Описывая логический круг наблюдаемых при поражении правого полушария изменений поведения, нельзя не упомянуть о снижении степени произвольности в регулировании своих процессов и состояний. Мы уже отмечали невозможность произвольно менять громкость и интонацию голоса, непонимание своего эмоционального состояния и невозможность его произвольного регулирования даже в малой степени. Но снижение произвольности в регулировании своих процессов и состояний часто носит более глобальный характер, не обязательно связанный с эмоциональной сферой. Так, больной может с легкостью выполнить инструкцию «закройте глаза», но если при этом попросить его ощупать рукой какой-либо предмет, то глаза произвольно открываются. Указание на то, что надо

проводить ощупывание предмета с закрытыми глазами, не выполняется. Больной повторяет задание, соглашается его выполнить, но с удивлением отмечает, что как только его внимание переключается на процесс ощупывания предмета, глаза открываются сами.

Аналогична и природа «асоциальных движений», возникающих во время концентрации внимания на сложных заданиях. Больной с высоким преморбидным уровнем, адекватный в общении и весьма успешный в выполнении большинства заданий нейропсихологического исследования, в случае, когда задание требовало больших усилий, начинал почесываться, ковырять в носу, что-то собирать в волосах и т.д. При обращении его внимания на то, что подобные движения не уместны в присутствии врача, стыдился, однако когда высокая концентрация внимания требовалась вновь, опять осуществлял «асоциальные движения», даже не замечая их.

Снижается способность регулировать ход своих мыслей. Здоровые люди в момент ожидания, когда они ни чем не заняты, могут себя как-то развлечь, обдумывая разные ситуации, строя планы на будущее или просто фантазируя. Мысли текут в нужном направлении, позволяя вести беседу «сам с собою». У ряда больных описываемой здесь группы нам удалось выяснить, что когда они сидят в коридоре в ожидании занятия, они ни о чем не думают, мысли спонтанно не возникают. Для запуска мыслительного процесса нужен какой-то внешний стимул или указание собеседника. При этом мы ни разу не слышали жалоб на отсутствие мыслей в минуты отдыха. У больных не возникает ни скуки, ни желания себя как-то занять.

В описываемом круге явлений, сопровождающих нарушение осмысления ситуаций общения, нельзя не упомянуть еще об одном дефекте, который гипотетически может рассматриваться в качестве одной из причин наблюдаемых нарушений. Речь идет о невозможности извлечь из памяти воспоминания, связанные с пережитыми до болезни эмоциональными состояниями.

В процессе реабилитационной работы с такими пациентами мы, безусловно, хотели бы опираться на их прежний эмоциональный опыт, на воспоминание волновавших их когда-то событий и, таким образом, реконструировать утраченные способности осмысления ситуаций социального взаимодействия. Однако здесь мы заметили, что больной с достаточно сохранной памятью, который после первого же прослушивания почти дословно запоминает короткий рассказ и может воспроизвести этот рассказ по памяти даже через две недели, с трудом пересказывает происходящие с ним события, причем это касается как текущих событий, так и весьма ярких событий из прошлого, которые должны были бы храниться

в его памяти. О ярких событиях из жизни больного до болезни мы узнавали у его родственников, часто они были отражены на фотографиях из семейного альбома. Например, больной рассматривает фотографию, на которой он изображен в компании близких друзей на берегу реки. Видно, что всем участникам очень хорошо. На траве остатки пикника, идет душевный разговор. Рассматривая эту фотографию, больной вспоминает всех участников, помнит, когда и где происходило это событие, отмечает, что это был действительно замечательный пикник, который всем понравился, и о котором они часто вспоминали с друзьями. Его просят вспомнить какие-то конкретные эпизоды этого дня, какие-то подробности, фрагменты беседы, хотя бы одну из тем беседы, свои ощущения в этот день, менялось ли его настроение, или было постоянным и т.д. Никаких перечисленных заданий он выполнить не может. Не вспоминается ничего, что могло бы помочь «оживить» конкретный момент данного дня. Тогда больного просят придумать рассказ по этой фотографии. Описать, что думает тот или иной человек, о чем говорят эти люди и он сам, находящийся среди них. Такое задание вызывает чрезвычайные затруднения у больного, он говорит, что не может себе представить, о чем могли бы говорить эти люди, в голове сейчас нет никаких идей и вариантов. Таким образом, в памяти больного сохранились формальные знания и сведения о его жизни, но он не может вспомнить ничего, что опосредовано в его опыте конкретным социальным взаимодействием и собственным сопереживанием событий.

Все описанные факты замыкаются в единую логическую систему. Невозможность осознать и модулировать свое эмоциональное состояние, невозможность осознанно управлять своим голосом, мимикой, жестами, невозможность извлечения из памяти своего опыта конкретных социальных контактов и пережитых при этом эмоциональных состояний – все это звенья одной цепи, замыкающиеся проблемой осмысления межличностных взаимодействий. Описанный круг проблем отчетливо диссоциирует с сохранностью формально-логических операций, и успешным решением любых задач, исследующих интеллектуальные операции с «неодушевленными предметами».

Описывая этот узел проблем, отметим, что и для самого больного, и для его родственников, он является существенным инвалидизирующим фактором. Нарушается сложное социальное распознавание. Неверная оценка поступающих из социума сигналов, непонимание чужих эмоций и неспособность к эмпатии приводят к нарушению социальных контактов. Больной не находит взаимопонимания с родственниками, теряются дру-

жественные связи, прежние друзья стараются избегать общения. Больной не только не понимает состояние собеседника, но и не выражает свое собственное. Теряется синтонность общения. В непосредственном контакте больной часто не фиксирует взгляд на собеседнике, не смотрит в глаза. Тяжело разговаривать с такими больными по телефону. Невозможно определить, хочет ли человек продолжать разговор, или через секунду бросит трубку, т.к. ему не удастся передать голосом заинтересованность в общении. С больным трудно поддерживать дружеские связи, возникает отчуждение.

Заключение

Мы описали два феномена, накладывающих специфический отпечаток, как на эффективность обучения пациента в ходе реабилитационных мероприятий, так и на специфику проявления дефектов мышления в общей повседневной активности. Мы описали их наиболее яркие проявления. Безусловно, не каждое поражение мозга вызывает столь отчетливые дефекты, но если они появляются, то протекание «по левополушарному» или «по правополушарному» типу выделяется весьма отчетливо.

Мир вещей и явлений окружающей среды, усложняющийся при поражении левого полушария, и мир социальных контактов и взаимодействий, упрощающийся с поражением правого полушария - эти проблемы в осмыслении ситуаций требуют дифференцированных реабилитационных подходов, разработка которых и является наиболее актуальной задачей предстоящих исследований.