

Б.В.ЗЕЙГАРНИК

ПАТОЛОГИЯ
МЫШЛЕНИЯ

Б. В. ЗЕЙГАРНИК

ПАТОЛОГИЯ МЫШЛЕНИЯ

ИЗДАТЕЛЬСТВО
МОСКОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА
1962

ГО
Х-
ИВ,

О-
В
ЭЙ
Ю
У-
О-
Я
е-
ИМ

М
В-
Р-
Т-
Л-

е-
Н-
В-
О-
И-
Р
Г-
Э-
ЮЙ

Печатается по постановлению
Редакционно-издательского совета
Московского университета

Блюма Вульфовна Зейгарник.
ПАТОЛОГИЯ МЫШЛЕНИЯ

Редактор *Ф. А. Сохин* Технич. редактор *Г. И. Георгиева*

Сдано в набор 15/VII 1961 г. Подписано к печати 3/XII 1961 г.
Л-28453. Формат 84×108¹/₃₂. Печ. л. 7,625. Привед. печ. л. 12,81.
Уч.-изд. л. 14,08. Изд. № 1620. Заказ № 150. Тираж 5000. Цена 52 коп.

Издательство Московского университета
Москва, Ленинские горы. Административный корпус
Типография Изд-ва МГУ. Москва, Ленинские горы.

Предисловие

Данная книга предназначается в качестве учебного пособия для студентов-психологов, специализирующихся в области патопсихологии, а также для психологов, работающих в психиатрических клиниках.

Курс патологии мышления впервые введен на психологическом отделении философского факультета МГУ в связи с подготовкой части студентов для практической работы в области патопсихологии. По этому курсу до сих пор не было учебных пособий. Книга автора «Нарушения мышления у психически больных» (1958) не может служить в достаточной мере учебным пособием для студентов психологического отделения, так как проблема патологии мышления освещается в ней с учетом практических запросов врача-психиатра.

Настоящая книга является развернутым изложением курса лекций (и практических занятий), читаемых автором студентам психологического отделения философского факультета МГУ с 1949 г. В то же время она отражает данные докторской диссертации автора, выполненной на аналогичную тему.

Материалом, на котором базируются рассматриваемые в книге положения, являются данные экспериментально-психологических исследований, проведенных автором и его сотрудниками в психологической лаборатории Государственного научно-исследовательского института психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР на базе психоневрологической больницы имени Ганнушкина и частично в психологической лаборатории нейрохирургического госпиталя, в котором в годы Великой

Отечественной войны находился филиал клиники нервных болезней ВИЭМ.

Коллективу сотрудников этих учреждений, оказавших мне консультативную помощь в клинической обработке материала, выражаю свою благодарность.

За ценную помощь при психологическом анализе материала приношу свою искреннюю благодарность сотруднице патопсихологической лаборатории кандидату педагогических наук С. Я. Рубинштейн.

Выражаю свою благодарность Ф. А. Сохину за его исключительное внимание к редактированию текста.

Автор

Введение

Нарушения мышления наблюдаются у психически больных при так называемых «душевных заболеваниях».

Патология мышления представляет собой раздел патопсихологии, предметом которой является изучение закономерностей нарушений психики, возникающих при заболеваниях головного мозга. Данные патопсихологии приобретают все большее значение для психиатрической практики. Советская психиатрия, развивающаяся на основе материалистического учения И. П. Павлова, требует различных объективных методов исследования, в том числе и экспериментально-психологических.

На необходимость знания основ психологической науки для врачей указывал уже И. М. Сеченов. «При современном направлении психологических школ, все более сближающем психологию с физиологией головного мозга, наука эта, очевидно, становится основой психиатрии», — писал он М. А. Бокковой в 1876 г., указывая, что приступил к созданию медицинской психологии, которую он называл своей лебединой песней.

Использование психологических теорий и экспериментальных данных было традицией отечественных психиатров. Так, один из крупнейших русских психиатров прошлого века — В. Х. Кандинский писал: «Общие выводы научной психологии для психиатров обязательны, ибо душа, расстроившись, не перестает быть душой. Рациональная психиатрия неизбежно имеет в своей основе психологию» [126].

Все крупные русские психиатры начинали чтение курсов психиатрии с основ психологии. С. С. Корсаков, обращаясь в своей первой лекции в 1891 г. к студентам

Московского университета, говорил: «Для того, чтобы узнать, что бывает у человека больного, мы должны изучить, что бывает у человека здорового, познакомиться с нормальным проявлением душевной жизни» [145].

Психологические лаборатории в клиниках нервных и «душевных» болезней существуют в России с 80-х годов прошлого столетия (лаборатория А. А. Токарского при клинике С. С. Корсакова, лаборатория Г. Телятникова, а затем В. П. Осипова при клинике В. М. Бехтерева, лаборатория А. Н. Бернштейна при клинике В. И. Сербского и многие другие). Из одной лишь психиатрической клиники В. М. Бехтерева вышло свыше десяти докторских экспериментально-психологических диссертаций.

Особенно содействовал развитию экспериментальной психологии в психиатрической клинике С. С. Корсаков. Под его руководством и при его ближайшем участии в 1894 г. была организована психологическая лаборатория, которой заведовал А. А. Токарский. С. С. Корсаков доказывал жизненную необходимость связи психологии и психиатрии. Выступая против идеалиста Лопатина, который отрицал экспериментальный метод в психологии, С. С. Корсаков говорил, что нужно ставить вопрос не о том, нужна ли экспериментальная психология, а о том, почему не замечают существования психологических лабораторий в клиниках [48].

После Великой Октябрьской революции удельный вес патопсихологических исследований в психоневрологических учреждениях значительно вырос (см. [117]). Была разработана целая система экспериментальных приемов, прочно вошедших в практику психиатрической и неврологической клиники. Экспериментально-психологические лаборатории развиваются в Москве (Л. С. Выготский, А. Р. Лурия и их сотрудники), в Ленинграде (В. Н. Мясищев и его сотрудники), в Харькове (М. С. Лебединский и др.). Советские психологи, работающие в психоневрологических учреждениях, внесли существенный вклад в познание нарушений психической деятельности.

Некоторое время тому назад (в 1951—1955 гг.) имел место необоснованный разрыв между исследованиями в области психиатрии и психологии. Были даже сделаны попытки его теоретического обоснования. Так, например, предлагалось в психопатологическом анализе отказать-

ся от использования таких психологических понятий, как «восприятие», «память», «мышление», которые являлись фикциями [21].

Отказ от психологии, попытки ограничить объективное направление в области психиатрии только патофизиологическим анализом возникли в результате неправильного, антиисторического толкования отдельных высказываний И. П. Павлова. Как известно, И. П. Павлов жестоко и справедливо критиковал современную ему идеалистическую психологию, но не психологию вообще.

Психология изучает основные закономерности различных форм отражения действительности: восприятия, представлений, мышления, чувств и т. п. В клинике наблюдаются искажения этой отражательной деятельности мозга: ложные восприятия, т. е. галлюцинации, расстройства мышления, неадекватность чувств и т. д. Психиатр не может дать квалификацию расстройства психики больного, не опираясь на знание закономерностей восприятия, памяти, мышления и т. п. в их норме. Попытка изучать нарушения психики в отрыве от данных общей психологии означает, по существу, отказ от диалектико-материалистического понимания психики как отражения внешнего мира. Игнорирование содержательного характера этого отражения является искажением рефлекторного принципа Сеченова — Павлова. Опыт показывает, что пренебрежение данными материалистической психологии вынуждает психиатров незаметно для них самих пользоваться понятиями психологии идеалистической.

Не меньше страдала от наметившегося было разрыва психиатрии и психологии и сама психология. Психиатрия, являясь одной из областей практического использования теоретических и экспериментальных данных психологии, как и всякая практика, не только использует, но и оплодотворяет, обогащает психологическую теорию. Не используя данных распада психики, психология лишается множества необходимых ей фактов.

В последнее время вопрос о необходимости укрепления связи между психологией и психиатрией разрешается в принципе положительно.

Однако возникает другой вопрос: должна ли связь психологии и психиатрии проявиться лишь в глубоком ознакомлении психиатров с понятиями современной пси-

хологии или же она должна выступить в виде самостоятельной пограничной области знания — патопсихологии, которая имеет свой предмет и свой метод. За последнее время в науке вообще отмечается тенденция к образованию пограничных областей знания, которые, как известно, являются весьма продуктивными.

Ряд психиатров придерживаются первой точки зрения. Признавая, что для анализа психопатологических явлений необходимо знание психологических закономерностей, они утверждают, что психиатрия должна «ассимилировать» психологические понятия и что этим можно ограничиться.

Такая точка зрения нашла свое отражение среди ряда психиатров капиталистических стран, особенно среди представителей феноменологического направления.

Подобный взгляд на роль психологии в клинике особенно приемлем для той группы психиатров, которые сводят нарушения психической деятельности к нарушению некой «духовной сущности». Они смыкаются при этом со взглядами создателя идеалистической «понимающей психологии» Шпрангера, высказавшего положение, что природу надо объяснять, а психику — только понимать. Некоторые же психиатры (например, Бинсвангер [371]) базируются на положениях созвучной им экзистенциальной психологии о «рефлекторном сознании», на понятиях фрейдизма.

Некоторая часть (правда, немногочисленная) и наших психиатров тоже высказывает мнение, что психиатр может ограничиться ассимиляцией современных психологических понятий.

Конечно, можно только приветствовать стремление ознакомиться с данными материалистической психологии, однако думается, что этим нельзя ограничиться. Овладение основами материалистической психологии может оказаться достаточным и плодотворным для определенных областей психиатрической практики, например психотерапии. Однако для ведущего раздела психиатрической науки, а именно для психопатологии, когда встает вопрос об оценке степени интеллектуального снижения больного, одно такое познание недостаточно, так как оно не дает еще психиатру в руки нужного ему инструмента объективного метода исследования.

Не случайно многолетняя совместная работа психо-

лога и психиатра привела к тому, что из широкой области медицинской психологии (включающей в себя психотерапию, трудотерапию) выделился особый раздел — экспериментальная патопсихология, имеющая свой предмет и свой метод.

Предметом патопсихологии являются нарушения психики, нарушения отражения реального мира в результате болезни мозга. Если общая психология изучает, например, закономерности мышления, его формирование, то патопсихология изучает закономерности его распада. Если общая психология исследует регулирующую роль речи в становлении произвольных движений, то патопсихология показывает, к каким формам распада навыков приводит ослабление регулирующей роли речи.

Патопсихология является, следовательно, *областью психологической науки*, которая разрешает задачи, поставленные психиатрической практикой. Патопсихологические исследования не могут проводиться в отрыве от клинических задач и должны отвечать на конкретный вопрос клинициста.

Как и всякая прикладная область знания, патопсихология стоит на стыке двух наук и питается «соками» обеих: она отправляется от позиций современной материалистической психологии и психиатрии и поставлена на службу практике.

Несколько слов о методе патопсихологии.

Так же как и общая психология, патопсихология пользуется экспериментом.

Эксперимент в клинике обычно понимается как опыты над животными с целью исследования, например, механизмов действия каких-нибудь лекарственных препаратов. В психологии же при помощи эксперимента вызываются определенные действия, суждения человека под влиянием определенных условий.

Эксперимент позволяет перейти от описания какого-нибудь факта к анализу закономерностей его возникновения. Если, например, у больного обнаруживается ослабление памяти, то эксперимент позволяет проанализировать структуру этой забывчивости. Он показывает, что ослабление памяти наступает в одних случаях тогда, когда условия работы требуют большой концентрации усилий, в других случаях ослабление памяти вызывается изменением отношением к работе.

Каковы же задачи, которые могут быть поставлены перед психологическим исследованием в психиатрической клинике? Назовем важнейшие из них.

1. Данные экспериментально-психологических исследований используются клиницистом для дифференциально-диагностических целей. Хотя установление диагноза не проводится на основании тех или иных лабораторных исследований, однако накопленные в психологических лабораториях экспериментальные факты характеризуют нарушения психических процессов при различных болезнях и могут служить дополнительным критерием при установлении диагноза.

2. Данные психологических исследований привлекаются для анализа структуры психических расстройств.

3. Психологические исследования помогают установить степень снижения психической деятельности больных. С особой необходимостью эта задача встает при учете эффективности новейших средств лечения, при проведении трудовой и судебной экспертизы.

Задача экспериментально-психологических исследований в клинике заключается не только в теоретическом анализе различных нарушений психики, в сопоставлении с закономерностями психических процессов в норме, но и в разработке специальных экспериментальных методов, приспособленных к особенностям психиатрической клиники.

Подобная разработка лишь тогда полезна, когда она имеет правильные теоретические предпосылки. Пренебрежение теоретическим осмыслением экспериментальных данных неизбежно привело бы к примитивному «практицизму», к эмпирике.

Помимо своего прикладного значения данные психологического исследования расстройств психики имеют значение и для решения общих вопросов психологии. Анализ закономерностей распада психической деятельности в соотношении с закономерностями ее развития представляет значительный интерес для понимания генеза психических процессов.

В решении названных теоретических задач центральное место принадлежит проблеме патологии мышления. Психолог, работающий в клинике, должен быть знаком с разнообразными вариантами распада мышления, с их классификацией, он должен суметь проанализировать,

квалифицировать полученные экспериментальные данные. Эта задача сложна, потому что патопсихология является в известной мере пограничной областью знаний.

Пограничные области знания, как это известно из истории наук, бывают обычно продуктивны, но в то же время трудны для исследования. Каждая из граничащих друг с другом наук обладает разными системами понятий, хотя многие из этих понятий обозначаются иногда даже одними и теми же словами. Так, например, понятие «сознание» в философии, психологии и психиатрии рассматриваются в различных планах. Такие понятия, как «разорванность» мышления, «резонерство» и др., не приняты в психологии; психологическое понятие «критичность» имеет в психиатрии несколько иной смысл.

Данная книга должна ознакомить студентов и клинических психологов с различными вариантами нарушений мышления, методами, применяющимися в практике патопсихологических лабораторий, и теоретическими положениями патопсихологии.

Часть I
ПРОБЛЕМА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Глава I
ПРОБЛЕМА ПАТОЛОГИИ МЫШЛЕНИЯ

**§ 1. Феноменология расстройств мышления
в традиционном аспекте**

Работ, посвященных специально общим вопросам психопатологии мышления, мало. Вместе с тем почти в каждой работе, посвященной той или иной клинической проблеме, содержатся высказывания относительно нарушений мышления. Эти данные разнородны, поскольку клиницисты изучают нарушения мышления в связи с более специфическими задачами клиники. В одних случаях это поиски критериев для установления дифференциального диагноза, в других — это решение вопроса о принципе классификации «душевных» болезней, в третьих — вопрос об обратимости интеллектуальных расстройств и т. д. Однако, несмотря на пестроту и противоречивость, а зачастую и ложность отправных методологических позиций многих исследований, о которых речь будет идти ниже, установлено много ценных положительных фактов в области феноменологии расстройств мышления.

Основным достижением исследований следует считать выделение различных вариантов нарушений мыслительной деятельности, типичных для больных различными заболеваниями. Это выделение, которое началось, пожалуй, с первых же дней существования психиатрической науки, является «столбовой дорогой», по которой двигалась научная мысль психиатрии. Прекрасные описания

шизофренического, паралитического, эпилептического мышления мы находим в трудах Т. А. Гейера, Г. Груле, В. А. Гиляровского, М. О. Гуревича, С. Г. Жислина, О. В. Кербилова, С. С. Корсакова, Э. Крепелина, В. П. Осипова, М. Я. Серейского, Т. П. Симсон, А. В. Снежневского, Г. Е. Сухаревой, К. Ясперса и др. Эти описания, сохранившие свою ценность до настоящего времени, настолько типичны, настолько полно и красочно отражают основные психопатологические черты мышления больных определенной категории, что служат для врача-психиатра как бы эталоном при установлении диагноза.

Если мы обратимся к описанию мыслительной деятельности больных эпилепсией, то увидим, что все исследователи характеризуют мышление этих больных как замедленное, тугоподвижное; их высказывания отличаются обилием малозначащих деталей. Все авторы отмечают у этих больных узость круга ассоциаций. Г. Е. Сухарева описывает мышление ребенка-эпилептика следующим образом: «Интересы его узки и монотонны. В интеллектуальной работе медлителен, беспомощен в вопросах, требующих соображений. С трудом осмысливает новое задание; словесным материалом владеет, но забывает нужные слова и заменяет их длительными описаниями и перечислениями. Память ослаблена, внимание узко и неустойчиво. Ассоциации бедны и однообразны» [308; 1, 332].

В. П. Осипов [216] отмечает, что у больных эпилепсией комбинаторные процессы затруднены и замедлены, снижается сообразительность, круг интересов суживается, нарастает мелочность, педантизм; задания, требующие усидчивости и внимания, но простые и несложные (например, зачеркивание букв при корректурной пробе), больные выполняют точнее здоровых.

А. В. Ильин [122] указывает, что у больных эпилепсией суживается круг познания. Блейлер [376], Замт [468], Юнг отмечают замедленное течение мыслей у эпилептиков, обеднение ассоциативного процесса с наклоном к частым и незаметным для самого больного повторениям («прилипаниям»). сужение кругозора, особо повышенную аффективную оценку окружающего и т. д.

Речь больных эпилепсией характеризуется как замедленная, избыточная вводными предложениями. При

нарастании интеллектуального снижения она становится все более скудной, временами больные не находят нужного слова для названия предмета, появляются элементы олигофазии. (На это указывают А. Н. Бернштейн, В. А. Гиляровский, М. О. Гуревич, П. Замт, Э. Крепелин и др.)

Не менее четко и ярко изменения интеллектуальной деятельности выступают при старческих заболеваниях. При этих заболеваниях отмечают выраженное снижение осмысления, бедность ассоциаций. Больные утрачивают возможность устанавливать новые связи, познание окружающего становится скудным; они перестают ориентироваться в событиях последнего времени. Вместе с тем эти больные часто помнят события детства. Они принимают окружающее за ту обстановку, в которой жили много лет назад (А. Альцгеймер, В. А. Гиляровский, Т. А. Гейер, С. Г. Жислин, К. Кальбаум, Р. Е. Люстерник, А. Пик, А. В. Снежневский и др.). Распад интеллектуальной деятельности подобного рода больных обозначается клиницистами как амнестическое слабоумие, т. е. слабоумие, в основе которого лежит расстройство памяти. В. А. Гиляровский [68] описывает в своих лекциях престарелую больную, которая, находясь в больнице, считала, что она сейчас стирала вещи своей «старой барыни», волновалась по поводу того, что у нее украли белье, «которое она сегодня развесила».

Особенно ярко представлены в психиатрической литературе описания шизофренического мышления. Эти описания настолько однозначны, что напоминают собой как бы клише, и психиатр, встречаясь в практике с подобными особенностями мышления, предполагает наличие шизофренического процесса. Во всех учебниках отмечается склонность больных к резонерству, к выхолащиванию суждений, к бесплодному мудрствованию.

С. С. Корсаков [144] говорит о том, что больные стремятся решить вопрос о причинной связи между случайными, в действительности друг с другом не связанными предметами. В качестве примера он приводит высказывания больного, которого мучили следующие вопросы: «Почему этот предмет имеет такую меру, а другой — другую? Почему эта особа маленького роста, почему она мала, почему она не так высока, как эта комната? Почему люди не выше ростом, чем они бывают?».

А. Н. Залманзон характеризует мышление больных шизофренией как отличающееся вычурностью, склонностью к схематизации и стилизации; тонкое схватывание деталей переплетается с неумением понять и выразить структуру целого [93], [94]. Больные говорят о простых вещах чрезвычайно выпященным стилем, придавая отдельным словам особое значение.

Во многих случаях у больных шизофренией намечается «остановка» мыслей (Sperrung) — мысль внезапно прерывается. Французские авторы указывают на то, что наряду с такой «остановкой» мыслью часто наблюдается их обилие, наплыв (mentisme). Больной как бы вынужден, как об этом говорят М. О. Гуревич и М. Я. Серейский [77], «против своей воли предаваться мышлению».

Большинство психиатров подчеркивает «символичность» мышления больного. Больные неправильно, особым образом истолковывают окружающее, любое незначительное событие или явление приобретает для них особый смысл. В руководстве по судебной психиатрии [302] приводится следующий пример: «Больной утверждает, что он должен скоро умереть. Получив 4 апельсина, среди которых один подгнивший, больной говорит, что это означает: «Нас четыре члена семьи. Я скоро буду гнить в могиле». С. С. Корсаков приводит пример, когда больной, увидев на небе облако, решил, что это символ «грядущей опасности». Кто-то плюнул на пол, больной воспринимает, что это плюнули, «чтобы показать ему свое презрение» [144].

Эта склонность к символике иногда сочетается с чрезмерной конкретностью мышления. Домариус приводит пример больного, который на просьбу врача подать ему руку, ответил: «Как же, так я вам и дал свою руку, а сам буду ходить без руки» [394].

Во всех учебниках и специальных исследованиях указывается на непоследовательность суждений больных, доходящую временами до «разорванности» мышления. В. А. Гиляровский указывает в своих лекциях, что отдельные мысли больного шизофренией «не только не имеют между собой логической связи, они ничем не объединены между собой и в общем не представляют части целого, направленного к определенной цели акта. У больных появляется склонность к ассоциациям по внешней связи: в их речи появляется сочетание рифмо-

ванных слов, переход от одной идеи к другой по сходству случайного признака. Больные соскальзывают с основного стержня суждения на побочные. Часто у таких больных является склонность к ассоциациям по контрасту» [68; 58—59].

М. О. Гуревич и М. Я. Серейский приводят следующий пример «разорванности» мышления больного: «Я происхожу от Диогена, так как Диоген искал с фонарем, а я это считаю срундой» [77; 315—316]. О. В. Кербиков приводит такое заявление больного шизофренией: «Я должен сидеть на умывальнике, потому что несколько архимандритов оставили мне наследство» [129; 143].

В учебнике судебной психиатрии можно найти следующий образец «разорванного» мышления: «22 миллиарда, блины в лимоне... по 65 вагонов в одну могилу... злая рота шилом шар нагреешь». Другой больной заявляет: «Если Наполеон, то я не должен любить, если Александр Первый, то придворный врач мне не врач. Когда я был с телом, которое является Шиллером, то я был бы удовлетворен» [302].

Описывая «разорванность» мышления больных, Е. Блейлер [376] прибегает к образному выражению: «Создается впечатление, что понятия определенной категории собраны в один горшок, перетрясены — и затем выбрано первое попавшееся».

Речевые нарушения при шизофрении принимают иногда форму, напоминающую афазические нарушения (шизофазия). М. С. Лебединский [161] приводит письмо одной больной шизофренией: «Хочешь писать одно, но начала нет нигде, и конца нет, и середины нет. Что же есть? Колесо в колесе, федормировское (соединение фамилий мужа и девичьей) колесо, чертово колесо, федормировское отродье, федормир, пломбир, я очень люблю пломбир».

При более злокачественной форме течения шизофрении наблюдаются нелепые сочетания фраз и слов. В качестве примера приведем письменное заявление больного: «В силу достоверных и неопровержимых документальных данных о получении насущного и переводу мощного, которые могут быть характеризованы как получение при закрытии герметически ушей двух с половиной фиг под нос, я остаюсь полностью и чересчур малодовольным и осмеливаюсь, набравшись храбрости,

наступивши на правое дыхательное сердце, остаться...» [302].

Почти всеми авторами отмечается своеобразное построение фраз, склонность к словообразованиям («неологизмы»). У многих больных нарушается темп речи: у одних появляется замедленность, скандированность, иногда отмечается мутизм; у других больных речь становится чересчур быстрой.

Большое количество исследований посвящено нарушению мыслительной деятельности при травмах мозга. Отмечается быстрая истощаемость интеллектуальных процессов больных (Т. А. Гейер, В. А. Гиляровский, Д. М. Мелехов, Г. Е. Сухарева, Р. С. Повицкая). Синдром истощаемости интеллектуальных процессов при травмах мозга особенно подробно разработан в исследованиях клинических психологов (А. М. Аникина, Р. А. Гальперина, Б. В. Зейгарник, В. М. Коган, М. П. Кононова, Э. А. Коробкова, Н. М. Костомарова, А. М. Шуберт).

Н. М. Костомарова на основании сопоставления экспериментальных данных с данными наблюдения за больным на производстве обнаружила, что истощаемость приводит к качественным изменениям мыслительной деятельности. Последние наступают в случаях, где задача предполагает умение сопоставлять ряд объектов [147].

Описания и оценка нарушений интеллектуальной деятельности больных с травматическим поражением коры головного мозга связывались клиницистами с вопросом об обратимости или стойкости этих нарушений. В то время как ряд авторов признает возможность возникновения стойкого травматического снижения интеллекта (Т. А. Гейер, Р. Я. Голант, А. М. Дубинин, В. П. Осипов, Т. И. Юдин), другие исследователи считают, что даже в тех случаях, когда интеллектуальные нарушения при травмах мозга носят стойкий и длительный характер, не следует делать вывод о слабоумии (А. Л. Лещинский, Д. Е. Мелехов, Р. С. Повицкая).

*
*
*

Сопоставление нарушений мыслительной деятельности с отдельными видами заболеваний было основной, но не единственной линией, по которой шли исследова-

ния, посвященные нарушению мыслительной деятельности психически больных. Многими авторами была предпринята попытка сопоставления нарушений мышления с пораженным определенными областями мозга.

Стали выделяться синдромы, характерные для височных, теменных и лобных поражений мозга. Ряд исследователей (М. О. Гуревич, А. Р. Лурия, А. С. Шмарьян, Т. И. Юдин, В. К. Хорошко) отмечали сравнительную сохранность интеллектуальных процессов при поражении височных и теменных областей мозга и нарушение интеллектуальной деятельности при поражении лобных долей.

Особенно много внимания во всех исследованиях уделялось так называемому лобному синдрому, т. е. синдрому, возникающему при поражении лобных долей мозга. Еще в 1896 г. Элеонора Вельт опубликовала материалы, в которых выделила нарушения, связанные с поражением лобных долей мозга. В дальнейшем, в период 1910—1914 гг., велась дискуссия между приверженцами Мунка и Монакова, утверждавшими, что психические процессы являются результатом работы всей коры мозга, и Антоном, Гольдштейном и Ферстером, которые пытались доказать наличие психических нарушений, характерных для поражений лобных долей мозга. В этой дискуссии К. Гольдштейн развивал положение, что при поражении лобных долей мозга нарушается «категориальность» мышления больных [407]. В то время как в обычной обстановке поведение больных с лобным поражением кажется ненарушенным, больные испытывают затруднения в новой ситуации, где им предстоит выбор способов действия. Эти больные, по мнению К. Гольдштейна, не в состоянии отделить «фона» от «фигуры»; не могут вычленить существенное.

К. Клейст [428] — представитель наиболее узколокализационистской точки зрения — связывал интеллектуальные нарушения с поражением конвекситальных поверхностей переднего мозга.

Особенно подробно лобный синдром был описан в работах А. С. Шмарьяна [343], который выделил различные варианты интеллектуальных нарушений внутри этого синдрома. Он отмечает аспонтанность мышления, нарушения высших интегративных функций при поражениях конвекситальных отделов коры. Поражение же

базально-лобной коры приводит к нарушению критичности при сохранности «формального» интеллекта.

Аналогичные данные приводит в своей монографии и Ю. Б. Розинский [252]. На основании сопоставления клинических и патологоанатомических данных он утверждает, что конвекзитальные части коры имеют отношение к интегрирующей интеллектуальной деятельности. Массивные аффективно-волевые расстройства, возникающие при поражении лобно-базальных отделов мозга, приводят, по мнению автора, к аспонтанности мышления.

В наших прежних работах [107], [108] прослежены различные типы нарушений мыслительной деятельности больных, перенесших поражения лобных долей мозга, — от легких проявлений аспонтанности мышления до случаев грубого слабоумия. Эти нарушения были связаны с изменениями личности, с измененным отношением больного к окружающему.

А. Л. Абашев-Константиновский [5] отмечает, что при лобно-премоторных поражениях мозга обнаруживается изменение течения мыслительных представлений в результате «патологических соотношений сознательно-волевого и автоматического». Таким образом, если одна группа исследований была направлена на описание нарушений мышления, типичных для больных различных психозов, то в другой группе работ описывались нарушения мышления, характерные для болезней, возникающих при поражении той или иной области мозга.

Такова вкратце феноменология нарушений мышления. Описания, имеющиеся в учебниках и монографиях, отличаются богатством, тонкостью, красочностью. Вместе с тем при объяснении мыслительных нарушений психиатры исходили из устаревших понятий различных идеалистических психологических школ, а зачастую из их эклектического смешения. Рассмотрим те психологические теории, которые использовались для объяснения расстройств мышления.

§ 2. Психологические теории, использовавшиеся для объяснения расстройств мышления

Наиболее распространенным было объяснение нарушений мышления с позиций так называемой функциональной психологии, рассматривающей психические про-

цессы как изолированные врожденные способности, или функции. Такое объяснение имело задачей показать, какие функции или какие связи между функциями нарушаются при том или ином заболевании. Пытались показать, что в основе нарушения мышления лежало нарушение так называемых предпосылок интеллекта: памяти, внимания. Так, например, нарушение мыслительной деятельности больных эпилепсией объяснялось нарушением комбинаторных способностей (Э. Крепелин, К. Гейльбранер, М. Я. Серейский). По мнению других авторов, умственная деятельность таких больных снижается из-за крайне неустойчивой функции внимания (В. П. Осипов). Ряд исследователей отмечает поражение функции памяти как причину нарушения мышления эпилептиков (В. А. Гиляровский, Г. И. Берштейн).

При объяснении сущности мыслительных нарушений сенильных больных авторы указывают на нарушение способности удерживать воспринятое. Сущность нарушения мышления также сводится к нарушению памяти (В. А. Гиляровский, М. О. Гуревич, С. Г. Жислин и др.).

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

Если только что приведенные положения представляют собой попытку вывести нарушения мышления из нарушений других познавательных процессов, то не менее распространенной являлась концепция многих авторитетных психиатров, согласно которой распад мышления возникает в результате нарушения аффективно-волевой сферы. При этом аффект и воля понимались как такие же рядоположные мышлению способности, как внимание и память. Особенно четко эта точка зрения выявилась при анализе сущности шизофрении, при анализе так называемого «основного нарушения» (Grundstörung).

Основываясь на положениях «понимающей» психологии Шпрангера [482] и описательной психологии Дильтея о том, что природу нужно объяснять, а психику лишь понимать, ряд немецких психиатров считал, что в основе шизофрении лежит недостаточность «первично данной духовной структуры». По мнению Берце, у которого эта

теория наиболее четко представлена, таковой первичной структурой является «тонус сознания» (активность «я»), которая при шизофрении оказывается нарушенной («гипотония сознания»). «Гипотония сознания», сама по себе не проявляющаяся и познаваемая лишь интуитивным путем, определяет всю психопатологическую симптоматику, в том числе и нарушение мышления [369; 69].

К этой характеристике примыкают и взгляды Груле [411]. Он определяет нарушение мышления при шизофрении как нарушение «напряженности», в основе которого лежит нарушение активности личности. С этими положениями солидаризируются Берингер [367], выдвигая концепцию о слабости «интенциональной дуги», являющейся причиной нарушений мышления больного шизофренией, и Штранский [486], говорящий об «интрапсихической атаксии».

Нарушения мышления трактуются как вторичные, как проявление нарушений особой «активности», «интенций» психики. В статье, посвященной психологии шизофрении (в IX томе «Руководства» Бумке [381]), Груле выдвинул в метафорической форме положение, которое надолго определило ход исследований, касающихся характеристики мышления шизофреников: «Машина остается интактной, но она плохо или совсем не управляема». Мыслительные операции, направленные на практические действия, у больного шизофренией сохранены, память и внимание его не нарушены; однако он не в состоянии синтезировать отдельные, сами по себе правильные умозаключения.

Особенно большое распространение получила точка зрения, согласно которой «основным нарушением» (Grundstörung) больного шизофренией является его аутичность, обуславливающая распад его мышления. Проблема аутистического мышления была поставлена немецким психиатром Е. Блейлером [32]. Остановимся несколько подробнее на анализе его монографии, специально посвященной аутистическому мышлению.

Е. Блейлер противопоставил реальному, отражающему действительность мышлению мышление аутистическое, которое якобы не зависит ни от действительности, ни от логических законов и управляется не ими, а «аффективными потребностями». Под «аффективными потребностями» Бейлер подразумевает стремления чело-

вика испытывать удовольствие и избегать неприятных переживаний.

Это противопоставление Блейлер формулирует следующим образом: «Соответствующее реальности логическое мышление является мысленной репродукцией таких связей, которые доставляет нам действительность». Аутистическое мышление управляется стремлением и не считается с логикой и с действительностью.

Далее Е. Блейлер противопоставляет логическое и аутистическое мышление по их генезу. Он пишет: «Ослабление логического мышления приводит к преобладанию аутистического мышления; это само собой понятно еще и потому, что логическое мышление, работающее с помощью картин воспоминания, должно быть приобретено путем опыта, в то время как аутистическое мышление следует природным механизмам».

Касаясь самой структуры аутистического мышления, Е. Блейлер дает ему следующую сжатую, но яркую характеристику:

«Аутистическое мышление может использовать для своих целей материал, лишенный всякой логической связи; ассоциации по созвучию, случайное совпадение каких угодно восприятий и представлений могут занимать место логических ассоциаций.

Не вполне продуманные понятия, ложные идентификации, сгущения, передвижения, символы, которые получают свою ценность от реально существующих вещей, и аналогичные аномальные психизмы образуют отчасти тот материал, которым пользуется аутистическое мышление. Однако само собой разумеется, что наряду с аномальным материалом используется также и нормальный материал и нормальный ход мыслей» [32; 73].

Е. Блейлер сопоставляет этот тип мышления с грезами и отмечает, что аутистическое мышление ярче всего выражено при шизофрении — заболевании, важнейшим симптомом которого является активный уход больных от внешнего мира, преобладание внутренней жизни.

Наряду с аутизмом шизофреников Е. Блейлер описывает также аутистическое мышление во время сновидений, в грезах, наяву у истериков и у здоровых людей, а также в поэзии, мифологии, вообще в искусстве.

Увлекательно, ярко написанная книга Блейлера содержит очень интересные и (несмотря на наличие мно-

гих ложных положений) клинически правдивые описания аффективно обусловленных ошибок мышления, его искажений, как бы участвующих в образовании сложных психопатологических явлений (брета и т. п.).

Представляет также интерес указание Е. Блейлера на те основные случаи, когда логическое мышление ослаблено и перевес получает аутистическое мышление: 1) у ребенка в силу отсутствия опыта, необходимого для овладения логическими формами мышления; 2) в вопросах, не доступных нашему познанию; 3) в случаях, когда чувства получают сильный временный перевес (сильные аффекты); 4) там, где ассоциации ослаблены, — в сновидениях здорового и при шизофрении.

Мы не ставим себе здесь задачу дать критический анализ всей клинической и психопатологической концепции Е. Блейлера и оставляем в стороне как подлежащий специально рассмотрению вопрос о соотношении концепций Е. Блейлера и З. Фрейда. Вопрос о том, в какой мере Е. Блейлер оставался не критичным к псевдонаучным, спекулятивным построениям психоаналитической концепции З. Фрейда, должен быть рассмотрен особо. Отметим лишь, что, несмотря на похвалы, расточаемые Е. Блейлером по адресу З. Фрейда, сам Е. Блейлер остается несравненно ближе к клинической реальности и проявляет значительную сдержанность в оценке роли сексуальных влечений, оспаривая, в частности, их значение у детей и умственно отсталых.

Остановимся на ряде положений Е. Блейлера о мышлении и его нарушениях.

Историческую ценность концепции Е. Блейлера мы видим в том, что он в противовес современной ему формальной интеллектуалистической психологии и психопатологии подчеркнул аффективную обусловленность мыслительного процесса, точнее — зависимость направленности мышления от потребностей человека.

То, что Е. Блейлер подчеркивает роль аффективных стремлений в мышлении, то, что он связывает мышление с потребностями (пусть даже ограничивая свое рассмотрение одной потребностью, да еще на ее биологическом уровне), представляется нам скорее достоинством, нежели пороком книги Е. Блейлера. Основное возражение, которое нам представляется важным для критики концепции аутистического мышления Е. Блей-

лера, заключается в том, что он неправомерно разрывает так называемое реальное и аффективно обусловленное мышление. И хотя Е. Блейлер правильно указывает на то, что логическое реальное мышление отражает действительность и регулируется ею, он ошибочно изолирует этот основной вид мышления от эмоций, стремлений и потребностей. Реальное, т. е. отражающее действительность, мышление человека несомненно зависит от его потребностей; мыслительная деятельность, как и всякая другая деятельность человека, всегда направлена на удовлетворение каких-нибудь его потребностей, всегда зависит от его стремлений и чувств. Именно с удовлетворения потребностей начинается познавательная, вначале чисто практическая, а затем и теоретическая, т. е. мыслительная, деятельность человека.

Но если стремление к удовлетворению потребностей приводит человека к правильному в основном познанию, к объективному, логически правомерному, рациональному отражению, то те же стремления и те же потребности могут иногда исказить, извратить ход мысли человека, спровоцировать ошибки.

Ценное у Е. Блейлера — описание аффективно обусловленных неадекватностей мышления человека¹. Однако его грубейшей ошибкой является попытка выделить в качестве особого вида мышления аффективно обусловленное и противопоставить его якобы бесстрастному и вневещественному высшему виду мышления — мышлению реальному.

Понятие аутистического мышления имеет у Е. Блейлера еще несколько иной оттенок. Это не только аффективно обусловленное, но также эгоцентрическое и некритичное субъективное мышление, не корригируемое реальными обстоятельствами. Оно остается как бы изолированным, независимым от сигналов внешнего мира и диктуется исключительно субъективными переживаниями человека — его грезами, вымыслами, желаниями и опасениями. Такое мышление не только уклоняется от последовательности, которую диктует логика, оно вообще не подчинено законам логики, т. е. алогично.

¹ К сожалению, в основных руководствах и монографиях, освещающих вопросы психологии мышления, вопрос об аффективно обусловленных ошибках мышления почти совсем не освещен. Между тем практическое значение этого вопроса огромно.

Из первой и основной ошибки в концепции Е. Блейлера, т. е. из искусственного разрыва и противопоставления реального (логического) и аутистического (алогичного) мышления, вытекают и другие ошибки. К ним относится толкование гене́за обоих якобы противоположных видов мышления. Из приведенного выше одного из основных выводов или положений Е. Блейлера видно, что он правильно находит гене́з реального мышления человека в его индивидуально сформировавшемся опыте, поскольку материалом реального мышления являются репродукции связей, доставленных действительностью. Между тем аутистическое мышление Е. Блейлер считает обусловленным прирожденными механизмами.

Согласно общепринятому в современной советской психологии пониманию процесса мышления и его гене́за не может, разумеется, существовать каких бы то ни было прирожденных механизмов или видов мышления. Всякая познавательная деятельность человека, даже самые элементарные виды чувственного познания, основана на прижизненно формирующихся системах условных связей.

Совершенно неправильно, произвольна попытка Е. Блейлера расчленить единый процесс рационального познания на два генетически и структурно противоположных вида мышления и ввести в психопатологическую терминологию понятие аутистического, т. е. независимого от реальности, мышления. Принципиальной основой концепции Е. Блейлера (помимо фрейдизма с его анти-рефлекторной интрапсихологической трактовкой причинности психических явлений) является все та же функциональная психология, расчленяющая психику человека на ряд изолированных способностей.

Отдаленной аналогией концепции Блейлера в известной мере являлись взгляды некоторых исследователей относительно собственно интеллектуальных и экстраинтеллектуальных расстройств мышления. Согласно этим взглядам к экстраинтеллектуальным расстройствам относятся всевозможные, главным образом аффективно спровоцированные, неправильные суждения больных. Таким образом, оправданный с точки зрения психиатрической клиники интерес к аффективно обусловленным ошибкам мышления находит свое мнимое раз-

решение в противопоставлении изолированных способностей к бесстрастным и пристрастным рассуждениям.

Таким образом, большое количество исследователей пыталось выводить нарушение мышления из нарушения функции аффекта и воли. Правда, имела место и другая точка зрения, согласно которой само нарушение мышления превращалось в «основное нарушение» (Grundstörung): из него выводились все другие психологические проявления при шизофрении (В. И. Аккерман и др.).

На теории существования врожденных изолированных функций базируются и объяснения представителей психоморфологического направления, признающих, что для каждой определенной психической функции имеется определенный мозговой центр и что поражение этого участка вызывает нарушение функции.

Но вдаваясь в сложные проблемы локализации, следует указать, что, минуя нейродинамический и психологический анализ расстройств мышления, исследователи приходят к упрощенным психоморфологическим корреляциям.

Значительным оказалось влияние Вюрцбургской школы мышления, согласно которой мышление представлялось «духовной сущностью», «внутренним духовным актом», не зависящим от чувственных образов, оторванным от восприятия и речи. Исходя из такого понимания мышления, представитель немецкой классической психиатрии К. Ясперс противопоставил интеллект мышлению [422]. В то время как мышление определялось им как проявление интрапсихической активности, интеллект рассматривался как совокупность способностей; память, внимание и речь выступали в качестве «предпосылок интеллекта». Это подразделение проникло и в нашу отечественную психиатрию. Так, в учебнике психиатрии М. О. Гуревича и М. Я. Серейского мы читаем: «Мышление функционально находится в тесной зависимости от состояния интеллекта, но все же эти понятия не совпадают. При ненарушенном интеллекте, как показывает патология, возможны резкие нарушения функций мышления. Мышление есть интеллект в действии, это проявление интрапсихической активности; используя интеллектуальные возможности, оно включает активные компоненты — интенцию, внимание, аффективную направ-

ленность, целевую установку. Таким образом, в отличие от интеллекта, который представляется в известных пределах стойким, постоянным и лишь медленно изменяющимся (в сторону развития или оскудения), мышление динамично, изменчиво в зависимости от различных факторов даже в норме и дает особенно резкие нарушения в патологии при сохранении способности к восстановлению, причем изменение в ту или другую сторону (дезинтеграция — реинтеграция) может совершаться резко, скачками» [77; 40]. Указания на то, что у больного сохранен интеллект, а мышление нарушено, встречаются во многих исследованиях.

Такое противопоставление интеллекта мышлению привело к тому, что исследователи пытались найти различный гечез мыслительных нарушений при грубых органических заболеваниях и при шизофрении. Нарушения познавательных процессов, выступающие при грубых органических заболеваниях, например при травмах, определялись как нарушения интеллекта или «предпосылок интеллекта»; нарушения же высших познавательных процессов при шизофрении трактовались как нарушения собственно мышления.

Если положения идеалистической психологии о врожденных функциях были ведущими объяснительными принципами при анализе нарушений мышления, то менее выраженными являлись попытки объяснения с позиции гештальтпсихологии.

Согласно идеалистическим положениям гештальтпсихологии, раскритикованным И. П. Павловым, мышление не способно отражать действительность, оно является лишь «состоянием», в которое приходит человек при восприятии объекта. Движущей силой мышления является особое свойство объекта — «прегнантность». Это свойство порождает внутренние связи, которые направлены на преобразование «плохого» гештальта в «хороший». Происходит это преобразование автоматически, при одном только восприятии. Восприятие является всеобъемлющим процессом, который подменяет и материальный объект мысли, и мыслящий субъект. Процесс мышления сводится представителями гештальтпсихологии к уравновешиванию динамических сил и полей. Ни прошлый опыт, ни усвоенные знания, ни речь — ничто не имеет значения для мышления. Мышление отрывается от

внешнего мира и практической деятельности человека. Качественное своеобразие человеческого мышления элиминируется. По меткому выражению Л. С. Выготского, для гештальтпсихологии нет принципиальной грани между психической деятельностью человека и поведением дождевого червя.

Гештальтпсихология оказала известное влияние на некоторые работы психиатров и психологов, занимавшихся проблемой патологии мышления (Э. Гадлих, А. Гельб, К. Гольдштейн). В наших ранних исследованиях [102], [114] тоже делалась попытка объяснения различных форм нарушений мышления в понятиях гештальтпсихологии. Нарушение мышления объяснялось «соскальзыванием» в «мыслительное поле», нарушением коммуникаций напряженных систем. Однако положения гештальтпсихологии не имели решающего значения в исследованиях советских психиатров и психологов.

* * *

Одним из распространенных взглядов на сущность психопатологических явлений было положение о том, что психическая деятельность «душевнобольного» представляет собой регресс на филогенетически раннюю ступень. В связи с этой мыслью ряд авторов пытался провести аналогию между мышлением больных шизофренией и мышлением первобытных народов, описанным Леви-Брюлем [166]. Многие из них, например Шторх [485], Шильдер [471], считали, что при шизофрении происходит возврат к более древним способам функционирования мышления, архаическому мышлению; они указывают, что для шизофренического мышления характерна недостаточная дифференциация между «я» и окружающей средой. Субъективные переживания больного проецируются, по мнению этих авторов, в окружающий мир, объективные явления воспринимаются как личные, внешний мир персонафицируется.

Ряд авторов (Э. Кречмер, П. П. Блонский и др.) сближали мышление больных шизофренией с мышлением ребенка в пубертатном возрасте. Эта точка зрения исходит из положения о том, что причиной расстройств мышления

является оживление филогенетически древних мозговых систем. К критическому анализу этой концепции, элиминирующей качественное различие между мышлением здорового и больного человека, мы еще вернемся.

Проведенный обзор показывает, что объяснения расстройств мышления проводились в понятиях различных идеалистических школ и для нас неприемлемы. Сам же фактический материал, накопленный в психиатрической практике, может и сейчас служить богатым источником для исследования патопсихологии и психологии мышления.

Однако накопление этого материала носило чисто эмпирический характер. Общие психологические закономерности мышления не были использованы ни для объяснения, ни для классификации расстройств мышления. Незавершенность теории психопатологии является одной из причин разочарования психиатрии в данных психологии. Между тем данные марксистско-ленинской философии и опирающейся на нее современной советской психологии мышления могли бы быть полезны и для объяснения расстройств мышления.

§ 3. Современные данные о мышлении и его расстройствах

Мышление определяется в советской психологии как обобщенное и опосредствованное отражение действительности. «Мышление можно определить как обобщенное, осуществляемое посредством слова и опосредствованное имеющимися знаниями отражение действительности человеческого мозгом, тесно связанное с чувственным познанием мира и практической деятельностью людей» [294; 245].

Характеризуя диалектический путь познания объективного мира, В. И. Ленин писал: «От живого созерцания к абстрактному мышлению и от него к практике — таков диалектический путь познания истины, познания объективной реальности» [4; 161].

Подчеркивая диалектическое единство обеих ступеней познания, классики марксизма-ленинизма указывают, что именно рациональная ступень дает возможность проникновения в сущность вещей и явлений природы и общества. В. И. Ленин указывает, что «... все научные (правиль-

ные, серьезные, не вздорные) абстракции отражают природу глубже, вернее, *полнее*» [4; 161]. Следовательно, рациональное познание не ограничивается отражением единичного, частного, а отражает наиболее существенные связи действительности.

Процесс познания выражается не только в переходе от чувственного познания к рациональному, но и в том, что оно должно вновь вернуться к практике. Этот процесс, наиболее полно отражая действительность, возможен лишь благодаря языку, который является, по словам К. Маркса, «непосредственной действительностью мысли» [1; 448].

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

Для понимания природы мыслительной деятельности большое значение имеет исследование ее генезиса.

Психические свойства формируются в процессе онтогенетического развития. Толкование психических процессов, в том числе и мышления, как внутренних духовных свойств, как замкнутых в себе духовных функций пытался своими исследованиями опровергнуть Л. С. Выготский. Он неоднократно высказывал мысль, что психические процессы возникают в совместной деятельности людей и в их общении друг с другом. По его выражению, «функция, разделенная между двумя людьми, становится внутренней психологической функцией одного человека» [51]. Однако, исходя из правильного, материалистического положения о том, что психические процессы формируются под влиянием условий жизни человека в обществе, Л. С. Выготский больше внимания уделял значению усвоения общественно выработанных представлений, понятий, нежели самой практической деятельности.

Положение о том, что психическая деятельность формируется из внешней, наиболее последовательно развито А. Н. Леонтьевым [173] и П. Я. Гальпериним [61]. В работах П. Я. Гальперина указывается, что всякий процесс усвоения начинается с конкретного действия с пред-

метами. Для обоснования этого положения он приводит результаты исследования счетных операций у детей. Эти операции (например, счет спичек) выполняются вначале в виде внешнего действия — реального перемещения предметов; далее этот процесс, который сопровождается названием чисел, видоизменяется: движения рук заменяются движением взора, т. е. ребенок считает спички, не затрагиваясь до них, а лишь глядя на каждую из них. В дальнейшем ребенок производит счет во внешней речи, а потом «про себя», «в уме».

Следовательно, процесс усвоения умственной операции начинается с конкретного действия с предметами. В дальнейшем операция утрачивает характер внешнего действия с предметами и осваивается во внешней речи и благодаря этому абстрагируется от конкретных предметных условий и приобретает более обобщенный характер. Происходит, по выражению автора, специфическое «сокращение процесса», его автоматизация и переход в динамический стереотип.

А. Н. Леонтьев называет этот момент моментом образования механизма соответствующей психической функции, указывая далее, что многие звенья процесса становятся излишними, не получают подкрепления, затормаживаются и выпадают. Вместе с этим сокращением процесса происходит закрепление соответствующих рефлекторных связей «редуцированной системы».

А. В. Запорожец [99] проводит эту точку зрения на основании экспериментального изучения формирования произвольных движений у ребенка. Регуляция движения осуществляется на ранних возрастных этапах с помощью развернутой ориентировочно-исследовательской деятельности, которая носит характер двигательного-осознательного исследования ситуации. На ее основе вырастает зрительная ориентировка, не требующая непосредственного контакта с объектом. По мере того как у ребенка формируются прочные стереотипы ориентировочных реакций, создается предпосылка для более высоких форм регуляции движения. «Указанные стереотипы связываются со словом и могут быть актуализированы при помощи слова в отсутствие непосредственно воспринимаемых условий деятельности» [98].

Следует отметить, что понимание психических процессов как процессов, развивающихся из внешней деятель-

ности, имеет место также у ряда прогрессивных психологов за рубежом (Ж. Пиаже [459], А. Валлон [41]).

Развиваемые в советской психологии положения о том, что теоретическая деятельность развивается из внешней, что психические свойства, как общие, так и специальные, являются продуктом онтогенетического развития, опираются на учение И. М. Сеченова и И. П. Павлова о рефлекторной природе психики. В «Элементах мысли» И. М. Сеченов говорит о том, что мысль начинается с образования представлений о предмете и непосредственно переходит во «внечувственную область». И. М. Сеченов показывает, что такие абстрактные понятия, какими являются математические понятия однородности, неизменяемости, образовались под влиянием действий с реальностями, «заимствованы от фактов действительности, с тем лишь различием, что в математических величинах все эти свойства сведены, так сказать, до идеала, а в реальных вещах они представляют лишь приближение к идеалу». И. М. Сеченов заканчивает свой труд «Элементы мысли» словами: «Переход мысли из опытной области во внечувственную совершается путем продолженного анализа, продолженного синтеза и продолженного обобщения. В этом смысле она составляет естественное продолжение предшествующей фазы развития, не отличающееся от нее по приемам, а, следовательно, и процессами мышления» [286; 251—252].

Точка зрения советской психологии на мышление как на деятельность, выросшую из практической, возникшую в процессе жизни индивидуума, опирается на учение И. П. Павлова. В основе мышления лежит условно-рефлекторная деятельность, формирующаяся в индивидуальном опыте.

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

Психологическое исследование мышления, его становления и развития состоит, как отмечает С. Л. Рубинштейн, в раскрытии его закономерностей как аналитико-синтетической деятельности, в которой слиты воедино чувственное и рациональное познание. Важнейшая за-

дача, стоящая перед советскими психологами, заключается «не только в том, чтобы проследить переход от одной ступени к другой, но и в том особенно, чтобы раскрыть на каждой ступени внутренние закономерности основных мыслительных процессов и построить на этой основе общую теорию мыслительной деятельности» [259; 33].

Являясь особым видом человеческой деятельности, мышление выступает в виде совокупности многообразных операций; наиболее существенными операциями являются анализ и синтез, обобщение и абстракция.

Положение о рефлексивной природе психики означает характеристику психического как процесса. По выражению И. М. Сеченова, «мысль о психическом акте, как процессе, должна быть удержана как основная» [286; 251—252]. Даже самые элементарные психические процессы человека, такие, как ощущение и восприятие, являются процессами в том смысле, что они протекают во времени, обладают некоторой изменчивой динамикой. Открытие рефлексивной основы всех этих, даже элементарных, актов особенно ярко обнаружило их процессуальную, многоступенчатую структуру. В каждом акте мышления человека она выражена в максимальной степени.

Мыслительная деятельность заключается не только в умении познать окружающие явления, но и в умении действовать адекватно поставленной цели. Мыслительный процесс является активным, целеустремленным процессом, направленным на разрешение определенной задачи.

В книге С. Л. Рубинштейна «О мышлении и путях его исследования» вскрыта на основании экспериментальных исследований роль мышления в реальной практике человека как процесса творческого, продуктивного, обладающего собственными закономерностями. Начиная с какой-то проблемной ситуации, мысль человека в дальнейшем обнаруживает неизвестные и противоречивые элементы знаний, составляющие содержание этой ситуации; «собственный ход мышления создает не только предпосылки для ответа на встающие перед человеком вопросы, но и ставит эти вопросы...» [262; 15].

Таким образом, в советской психологии проблеме мышления и его развития посвящено большое число исследований. Однако полученные данные недостаточно используются при анализе расстройств мышления.

Современные исследования в области патологии мышления ведутся в двух противоположных направлениях. Одно из них основывается на рефлекторном принципе понимания психики и представляет собой главную линию исследования советских ученых, а также ряда передовых зарубежных исследователей. Другое направление, больше всего распространенное среди американских и английских ученых, продолжает старую линию психологии отдельных способностей, или изолированных функций, в ее эклектическом сочетании с фрейдизмом и гештальтпсихологией. Такое резкое расхождение направлений не случайно, ибо проблема мышления, его формирования, а следовательно, и распада связана с кругом идеологического характера, и поэтому различие идейных позиций в этой области резко выражено.

В исследованиях американских клинических психологов до сих пор проявляется влияние гештальтизма и фрейдизма. Господствующим направлением в области психологии мышления в США до настоящего времени является гештальтпсихология. Работы М. Вертгеймера, В. Келера вызвали появление целого ряда исследований, которые стремились показать, что принцип внезапного переструктурирования, внезапного изменения значения проблемной ситуации является основой мыслительной деятельности. Особенно четко эта точка зрения представлена в работах К. Дункера [396]. Продуктивность мышления зависит от сил («напряженных систем») «внутреннего» и «внешнего поля». Целенаправленная умственная деятельность осуществляется под влиянием определенной напряженной системы, которая стремится к разряжению. Процесс разрешения задачи должен быть понят как процесс переструктурирования ситуации.

Влияние гештальтпсихологии заметно в работах американских клинических психологов (Ганфман, Казанин, Браун, Рикерс). Нарушения мышления при шизофрении объясняются этими авторами расколом структуры мышления, нарушением строения и коммуникации напряженных систем.

Психоморфологические концепции представлены в работах ряда английских авторов. Так, Критчли [388] утверждает, что характер нарушения мыслительной деятельности определяется поражением определенных долей мозга. Аналогичных взглядов придерживаются Мак-Фай

и Пирси [443], заявляющие, что специфические типы интеллектуальных функций поражаются выборочно при различной локализации ранений. Шапиро и Цангвил полагают, что правосторонние поражения приводят к нарушению абстракции. Фримен пришел к выводу, что в лобных долях заключается человеческая фантазия и «способность к ирреальности». Психоморфологические положения отражены и в монографии Питриха «Нарушение мышления у травматиков» [463]. Автор приводит данные экспериментально-психологического исследования 70 больных с травмами головного мозга с явлениями афазии, у которых были обнаружены нарушения словесно-логического мышления. В этой интересной по фактическому материалу работе автор исходит из концепции Клейста о двух компонентах мышления — воспринимающем и активном (сенсорном и моторном). Соответственно этому он делит нарушения мышления на паралогические (нарушение понятий), которые обнаруживаются при левосторонних поражениях заднего, нижнепаритетального, темпорального отделов мозга, и на алогические нарушения, которые соответствуют поражениям «переднего» мозга. Последние нарушения объясняются недостаточностью побуждений. Автор приходит к выводу, что сопоставление данных психологического исследования с данными мозговой патологии, к которой он относит нарушения речи, агнозию, апраксию и гемипарезию, дает возможность филогенетического расчленения функций на примитивные и дифференцированные. Если при поражении определенной зоны мозга нарушается примитивная функция, локализованная в этом участке (например, конструктивный праксис при поражении теменной области), то нарушается и образное, пространственное мышление. Подобное расчленение интеллекта имеет, по мнению Питриха, практическое значение, ибо оно позволяет лучше обучать и трудоустроить больных сообразно сохраненным элементам их мышления.

В ряде других работ, как, например, в монографии Андре Рея [465], в которой приводятся методы экспериментально-психологического исследования психических нарушений, нарушение мышления рассматривается как снижение изолированной функции, которое должно быть выражено в количественном отношении вплоть до вычисления IQ. В монографии Каплана [424] нарушения мыш-

ления больных с сенильным заболеванием и артериосклерозом мозга трактуется как результат снижения функций внимания. За последние годы за рубежом издано чрезвычайно большое количество монографий, посвященных проблемам клинической психологии. В этих исследованиях приведены многообразные методы исследования психических нарушений, в том числе и распада мышления, дается систематизация этих методов, рассматривается отношение к ним различных ученых. Однако в этих исследованиях чрезвычайно мало отражены сами экспериментальные данные нарушений мышления, нет выводов, обобщающих результаты исследований. Большинство работ представляет собой сочетание психиатрических очерков и перечня методических приемов.

Следует отметить, что в целом за последние годы в зарубежной литературе появляется сравнительно мало работ, посвященных специально проблеме нарушений мышления. Происходит это по следующим причинам.

Во-первых, в центре внимания части психологов, работающих в клинике, не стоит проблема изучения искажения познавательной деятельности больного. Некоторые исследователи, например Маубрей, считают, что клинический психолог должен в первую очередь изучать область индивидуальных различий психически больных. «Компетенцией» клинического психолога является не столько анализ нарушений психических процессов, сколько исследование отдельных конкретных больных. Не случайно одну из своих статей Маубрей назвал «Клинический психолог как знаток человека» [449]. Аналогичной точки зрения придерживаются и французские авторы (Лагаш, Пишо, Турнэ), которые видят значение клинико-психологических исследований в углубленном исследовании индивидуальных случаев. Понятия нормы и патологии в их исследованиях сближаются.

Во-вторых, проблеме нарушений мыслительной деятельности уделяют недостаточное внимание потому, что психопатологические симптомы рассматриваются не как искажение процесса познания, а как проявление «игры» глубинных потребностей. Тот факт, что психоаналитическая концепция Фрейда получила некоторую новую окраску в виде социопсихологической и психодинамической теории (спор переносится в плоскость того, являются ли бессознательные силы либидозными или таковым

является чувство страха), ничего в существе дела не меняет. Стремление увязать нарушения мышления с «игрой», подсознательных влечений становится краеугольным камнем многочисленных психопатологических и психологических исследований. В других работах проблема сознания и мышления подменяется проблемой локализации сознания. В частности, много работ посвящено зависимости нарушений мышления от деятельности ретикулярной системы.

Во многих психологических исследованиях основной анализ проводится в русле экзистенциальной психологии. Об этом свидетельствует, в частности, обзорная статья Бенедетти, Кинда и Милке, посвященная исследованиям в области шизофрении за 1951—1955 гг. [366].

Исследования нарушений мышления, проводимые советскими учеными, в настоящее время имеют единую теоретическую основу: все они базируются на марксистско-ленинской теории познания и рефлекторной теории психики Сеченова и Павлова. Однако, несмотря на единство теоретической основы, эти работы по методам и задачам исследования, по отношению к практике можно разделить на две группы.

Первую группу исследований, большую по объему, представляют собой работы физиологов и части психиатров. Используя те или иные модификации условнорефлекторной или речедвигательной методики проф. А. Г. Иванова-Смоленского, эти исследования ставят перед собой прямую цель изучения динамики нервных процессов и индукционных соотношений между сигнальными системами при разных заболеваниях. (Подобного рода исследований очень много, и на всех не представляется возможным остановиться.)

Еще в 1934 г. А. Г. Иванов-Смоленский [119] исследовал патофизиологические основы явлений речевой бессвязности при шизофрении. Он указывает, что последние объясняются фазовыми состояниями в речевой области. Об этом свидетельствуют персеверации и эхолалии, выявляемые в ассоциативном эксперименте.

А. С. Чистович [334] пытался установить, насколько ассоциативный эксперимент отражает динамику заболевания, насколько он чувствителен как показатель происходящих в корковой деятельности изменений. Он отмечает у больных шизофренией с «разорванностью» мышле-

ния наличие «низших» ответов типа эхолалий, конкретность и многословность ответных реакций. Происходит это, по мнению автора, потому, что в ответ на раздражитель выплывает ряд зрительных образов. Слово утрачивает свое символическое значение, многочисленные условные связи, формирующие значение данного слова, заторможены.

В последние годы большое количество работ психиатров и патофизиологов, работающих в психиатрических клиниках, было посвящено изучению нарушения динамики при различных психических заболеваниях. Так, С. Д. Каминский и В. И. Савчук [125], В. А. Кононченко [136], исследуя больных гипертонической болезнью, нашли у них нарушение подвижности нервных процессов и наличие фазовых состояний.

Нарушению подвижности нервных процессов при травмах мозга посвящены исследования Д. Е. Мелехова и В. М. Кименской. В них указывается, что в тех случаях отделенных последствий травм головного мозга, когда отмечается стойкое интеллектуальное снижение, имеют место нарушения подвижности нервных процессов [193].

Немало работ посвящено и патофизиологическому анализу психопатологических расстройств при эпилепсии. В большинстве исследований указывается на нарушение подвижности нервных процессов и на нарушение взаимоотношения сигнальных систем (см., например, [283], [284]).

Особенно большое внимание уделено патофизиологическому исследованию больных шизофренией. В работах А. Г. Иванова-Смоленского и его сотрудников указывается на нарушение взаимоотношения сигнальных систем при шизофрении.

Е. А. Попов, говоря о «разорванности» мышления и речи при шизофрении, отмечает, что основную роль играют расстройства дифференцировок и нарушение индукционных отношений между сигнальными системами [242].

Е. А. Рушкевич отмечает у больных шизофренией слабость внутреннего торможения и инертность раздражительного процесса во второй сигнальной системе. Явления «нетормозимости и инертности» у больных шизофренией являются, по мнению автора, «одним из ясных выра-

жений того хронического гипнотического состояния мозговой коры этих больных, которое, по И. П. Павлову, составляет сущность церебральной патофизиологии данного заболевания». Кроме гипнотических фаз, составляющих ядро этого синдрома, в него входит и ряд других явлений, в частности: слабость раздражительных и тормозных процессов и нарушение их подвижности [273; 126].

О нарушениях второй сигнальной системы при разных формах шизофрении говорится в работах, выполненных на кафедре психиатрии ЦИУ (руководитель А. В. Снеженевский). Так, например, в работе Г. Н. Соцевич [300] указывается, что при паранойяльной форме шизофрении чрезмерно преобладает деятельность второй сигнальной системы. Этот вывод автор делает на основании данных ассоциативного эксперимента, в котором у больных обнаруживаются преимущественно абстрактные словесные реакции.

Нарушение динамики нервных процессов при различных психических заболеваниях исследовалось коллективом сотрудников лаборатории патофизиологии высшей нервной деятельности человека Института экспериментальной медицины АМН СССР им. И. П. Павлова. А. Г. Усов [320] нашел, что в старческом возрасте отчетливо выражена отрицательная индукция между обеими сигнальными системами. К этому выводу пришла и Л. Б. Гаккель [54]. Исследованиями этого же автора было установлено наличие нарушения индукционных отношений между сигнальными системами у олигофренов. Степень этого нарушения зависит от тяжести их состояния.

Особенно следует выделить работу Д. А. Кауфман [128], посвященную сравнительной патофизиологической характеристике больных в состоянии шизофренического и эпилептического дефекта. Автор нашел, что больным шизофренией были доступны задачи, предъявлявшиеся в словесной форме и требовавшие стереотипного воспроизведения старого речевого опыта. Менее доступными были задания, предполагавшие ориентировку в наглядной ситуации без словесной оценки, и задачи, требовавшие словесной оценки наглядной ситуации (например, описание сюжетных картин). У шизофреников в дефектном состоянии словесные инструкции могли легко воспроизводиться, однако у них было трудно образовать с помощью

словесной инструкции новый, прочный рефлекс на непосредственный раздражитель. Эти факты свидетельствуют, по мнению автора, о глубоком нарушении механизма элективной иррадиации, благодаря которому осуществляется взаимодействие обеих сигнальных систем в процессе приобретения нового опыта. Новый опыт, приобретенный через вторую сигнальную систему, реализовался в словесных реакциях, но не передавался в первую сигнальную систему и потому практически не мог быть использован, и, наоборот, связи первой сигнальной системы не передавались во вторую (больные не могли рассказать о демонстрировавшейся им картине). Легче образуются условные рефлексы на словесные раздражители; они быстро автоматизируются, но остаются столь широко генерализованными, что предел генерализации не может быть определен.

Автор приходит к выводу, что у больных в состоянии шизофренического дефекта в первой сигнальной системе отмечалась тенденция к затормаживанию положительных условных связей при отсутствии их генерализации. Во второй сигнальной системе выявлялась тенденция к растормаживанию тормозных связей при наличии иррадиации возбудительного процесса. Растормаживаются менее привычные, менее прочные связи. При этом растормаживаются системы речевых связей, относящихся преимущественно к более высоким и сложным формам речевого опыта.

В той же работе указывается, что совершенно иные данные обнаружены при исследовании эпилептиков, а именно: на фоне общего угнетения коры больше возможен первосигнальный синтез, нежели синтез второсигнальный.

* * *

Рассмотренные выше исследования характеризуют нейродинамические основы расстройств мышления. Однако найденные в этих работах закономерности носят пока еще чрезвычайно общий характер и относятся в основном, как мы видели, к нарушению взаимоотношения сигнальных систем, к нарушению подвижности нервных процессов. Различные же виды нарушений мышления как такового, т. е. как процесса обобщенного и опосредствованного отражения действительности, в этих исследо-

ваниях не могли быть изучены, хотя бы по самому характеру экспериментальных приемов.

Однако такого рода обобщение материала патофизиологических исследований имеет значение для психиатрической теории и практики; эти исследования вместе с психологическими дополняют наблюдения клинники.

Иной характер носят исследования тех патофизиологов, которые пытаются подменить психологию патофизиологией высшей нервной деятельности. Таковы, например, исследования Е. А. Рушкевича, посвятившего ряд работ изучению расстройства абстрактного мышления у психически больных [273].

Признавая, что изучаемые психиатрами виды расстройств мышления не носят систематизированного характера, Е. А. Рушкевич (в совместной работе с В. П. Протопоповым) призывает психиатров изучать нарушения мышления в плане установленных в логике закономерностей нормального мышления: «Указанные формы абстрактного мышления человека издавна изучаются логикой, и ею установлены основные закономерности, которым подчиняется мышление нормального взрослого человека.

Психиатрия, изучая нарушения мышления у душевнобольных, проводит это изучение, классифицируя формы и функции мышления в другом плане, отличном от принятого в логике (возбужденное, заторможенное, разорванное, бессвязное мышление, усвоение, осмысление, соображение, комбинаторные способности и т. п.). Эта классификация основана не на каком-либо определенном принципе, а вызвана скорее потребностью зарегистрировать все многообразие нарушений мышления, наблюдаемое клинически у душевнобольных» [246; 5].

Е. А. Рушкевич не различает предметы психологии и логики и неправильно определяет задачи логики. В связи с этим он игнорирует психологическое изучение закономерностей мышления нормального взрослого человека, хотя, желая приблизиться к пониманию особенностей мышления больного человека, Е. А. Рушкевич вынужден заимствовать методы психологии (описание сюжетных картин, классификация предметов). Однако пренебрежение теоретическими данными психологии мешает автору сделать сколько-нибудь продуктивные выводы из своих экспериментальных данных, не позволяет выделить ти-

пичные виды нарушений мышления психически больных. Нужно отметить, что, несмотря на правильное указание журнала «Вопросы психологии» [347], в следующих публикациях Е. А. Рушкевич продолжал развивать те же положения. Не менее характерным является и то обстоятельство, что неверные исходные теоретические позиции приводят автора и к клинически неверным выводам. Так, мышление больных шизофренией характеризуется им как сходное с мышлением олигофренов.

Таким образом, несмотря на ценность патофизиологического анализа соотношения сигнальных систем при разных видах заболевания, исследования, пытающиеся игнорировать данные современной психологии, не продуктивны и не могут вскрыть сущность расстройств мышления как познавательной деятельности.

Вторая группа исследований представляет собой значительно меньшее, можно сказать, непропорционально малое число работ, посвященных анализу патологии мышления как психического процесса. Эти исследования, рассматривающие мышление как обобщенное и опосредствованное отражение действительности, имеют задачей установление того, каким образом изменяются такие приемы мышления, как анализ, синтез, как меняется обобщение при разных заболеваниях и т. п.

Перестройка психиатрии на основе учения И. П. Павлова повысила роль объективных методов исследования психических нарушений. Развитию и описанию методов исследования нарушений психики, в первую очередь нарушений мышления, посвящен ряд работ клинических психологов.

К этой серии работ следует отнести исследования В. Н. Мясищева и его сотрудников. Следуя традициям В. М. Бехтерева, В. Н. Мясищев стремится к внедрению объективных методов исследования в психиатрическую клинику. Большинство его работ, посвященных анализу нарушений работоспособности и отношения больных к окружающей действительности, сыграли значительную роль в развитии теории и методов исследования познавательной деятельности [209].

К методическим работам относятся некоторые разделы методического письма Б. В. Зейгарник и С. Я. Рубинштейн [116] об экспериментально-психологических методах исследования психически больных, раз-

дел методического письма И. Н. Дукельской и Э. А. Коробковой [85], посвященный экспертизе работоспособности больных шизофренией.

Наряду с такими имеющими прикладное значение работами в последние годы проводятся исследования нарушений мышления, имеющие теоретическое значение.

К числу работ этого рода относятся исследования мышления олигофренов. Так, в сборнике «Особенности познавательной деятельности учащихся вспомогательной школы» [298] опубликована серия исследований мышления умственно отсталых детей, в которых проводится тщательный анализ особенностей различных приемов их мышления. И. М. Соловьев в статье «Мышление умственно отсталых школьников при решении арифметических задач» указывает, что вместо обобщения у умственно отсталых детей происходит приравнивание старого знания и элементов нового задания; такие дети не в состоянии найти общее в многообразии единичного. Умственно отсталый ребенок пытается применить схему, шаблон старой задачи к новой [299].

Проблеме нарушений познавательных процессов умственно отсталого ребенка посвящены работы Л. В. Занкова [95], [96]. Автор указывает, что для этих детей основная трудность заключается в переходе к мыслительным задачам, решение которых требует изменения способа деятельности по сравнению с теми, которые были использованы ранее.

А. И. Липкина [177] в работе «Анализ и синтез при познании предметов учащимися вспомогательной школы» [178] выявила, что умственно отсталые дети узнавали только отдельные части предмета, которые приобрели для них самостоятельное значение. В своей совместной с М. В. Зверевой работе [101] А. И. Липкина указывает, что, чем больше расчленены предметы, чем богаче они частями, тем труднее их сравнение.

Ряд исследований, посвященных своеобразию мышления умственно отсталых детей, опубликован в сборнике «Умственное развитие учащихся вспомогательной школы» [342].

Нарушениям познавательной деятельности посвящены исследования А. Р. Лурия [182], [183], [185] и его сотрудников (А. И. Мещеряков [200], О. К. Тихомиров [314], Е. Д. Хомская [328] и др.). Эта группа работ посвящена

анализу формирования познавательных процессов у олигофренов и роли речи в замыкании новых условных связей. Обнаружено, что новые условные связи легче замыкаются на уровне первой сигнальной системы, нежели на уровне второй. Нейродинамика словесных связей нарушается в большей мере, чем нейродинамика двигательных реакций.

Известный теоретический интерес представляет проведенное под руководством А. Р. Лурия исследование Н. И. Непомнящей [211], касающееся компенсации дефекта у умственно отсталых детей. Проанализировав процесс овладения арифметикой, автор показывает, что решение задач совершается у олигофренов на уровне предметного действия; переход к более сокращенному уровню действия у них затруднен. Указывая на пути компенсации этого дефекта, Н. И. Непомнящая подчеркивает, что обучение умственно отсталых детей должно начинаться с наиболее развернутого уровня, а именно с реального выполнения действия с предметами.

Психиатрической работой, посвященной более или менее систематическому анализу расстройств мышления, является книга А. А. Перельмана [226]. По дате опубликования эта книга должна быть отнесена к одним из последних трудов в области психопатологии мышления. Однако по отношению к этой книге остается в силе все сказанное нами относительно психопатологической литературы о мышлении. Достоинством книги является ее действительно всеобъемлющий характер. Несмотря на малый объем, читатель может отыскать в ней почти все, что так или иначе относится к наблюдающимся в психиатрической клинике расстройствам мышления. Однако богатство фактического материала, красочность и многообразие описанных в ней фактов сочетаются с их недостаточной систематизацией и интерпретацией. Так, например, в I главе описываются явления «расплывающегося» мышления (особенность, часто наблюдающаяся при заболевании шизофренией), в III главе специально описано шизофреническое мышление, а в IV и V главах дается анализ навязчивых идей и бреда, безотносительно к нозологии. Вторая часть книги, включающая в себя указанные главы, называется «Болезненные нарушения мышления», а третья часть — «Интеллект и его расстройства». Таким образом, в этом труде снова про-

является тенденция разрыва между мышлением и интеллектом.

А. А. Перельман ограничивается перечислением и кратким объяснением симптомов расстройств мышления. Так, например, описывая агглютинацию, символику, амбивалентность, «соскальзывания», шперрунг, стереотипии, мантизм, банальность, резонерство и т. д., автор не делает попытки объяснить и обобщить эти особенности шизофренического мышления.

Достоинством исследования А. А. Перельмана является попытка выделения патофизиологических основ тех или иных расстройств мышления. Однако для всех перечисленных выше чрезвычайно разнообразных видов нарушений мышления автор указывает только на более или менее интенсивное торможение второй сигнальной системы и на нарушение ее взаимодействия с первой сигнальной системой. Столь общая характеристика патофизиологической основы расстройств мышления не может быть, конечно, достаточно продуктивной.

В экспериментально-психологических исследованиях проблема расстройств мышления ставилась в связи с требованиями клинической практики.

Одним из таких требований является для клинициста оценка степени снижения умственной деятельности. Так, в работах психологов Центрального института экспертизы трудоспособности ставится вопрос о зависимости нарушений мышления от содержания выполняемой деятельности. Э. А. Коробкова [140] показала, что интеллектуальные возможности больных, перенесших травму черепа, различны в зависимости от содержания деятельности: чем ближе она к прежнему опыту больного, тем более сохранен уровень его интеллектуальных возможностей. Исследования В. М. Когана [130] обнаруживают, что нарушения интеллектуальной деятельности больных сосудистыми заболеваниями мозга выступают при выполнении задач, требующих учета нескольких условий. Особенно-сям нарушениям работоспособности больных шизофренией посвящена работа Л. Н. Дукельской и Э. А. Коробковой [85]. На основании сопоставления данных экспериментально-психологического и клинического исследования с наблюдениями за больными на производстве авторы пришли к выводу, что решение вопроса о трудоспособности зависит не столько от степени сохранности по-

знавательных процессов, сколько от сочетания этой сохранности с личностной направленностью больного.

Оценке степени интеллектуального снижения у больных, страдающих органическим поражением мозга, были посвящены работы С. Я. Рубинштейн. Эти исследования, выполненные в экспериментально-психологической лаборатории Института судебной психиатрии, были направлены на изучение строения мыслительного акта при произвольном притворстве больных о большей или меньшей степени интеллектуального снижения. Были показаны различия между агравацией и истерическим «бегством в болезнь» при псевдодеменции: при агравации сохраняется и даже усиливается произвольность мышления, а при псевдодеменции она исчезает. В то же время по разной степени произвольности процессов мышления можно судить о степени его нарушения [270].

В ряде работ вопрос о нарушениях мышления ставился клиническими психологами в связи с основной практической задачей клинициста — задачей дифференциального диагноза. В нашей совместной с Г. В. Биренбаум работе [31] приведены экспериментально-психологические данные, характеризующие особенности расстройств мышления у больных шизофренией и эпилепсией: расплывчатость, недифференцированность суждений у больных шизофренией, тугоподвижность мышления у больных эпилепсией. А. М. Шуберт [348] исследовала особенности нарушений мыслительной деятельности больных, заболевание которых было вызвано травмирующей ситуацией (реактивная депрессия и псевдодеменция); при сравнительно хорошем уровне обобщения и абстракции у больных отмечалась непоследовательность суждений, недостаточная направленность ассоциаций. Сопоставление этих данных с клиническими и патофизиологическими данными позволяет думать, что патофизиологической основой этих нарушений являются временами наступающие явления охранительного торможения.

Нарушению мышления при шизофрении посвящена работа Ю. Ф. Полякова [210]. Она была направлена на изучение особенностей мыслительной деятельности больных шизофренией, у которых болезнь протекает без резко выраженных психотических особенностей. Автор приходит к выводу, что у больных актуализируются несущест-

ственные свойства и стороны объектов, неадекватные требованиям конкретной мыслительной задачи.

В своей работе, посвященной сравнительной характеристике словесной и предметной классификации, Т. И. Тепеницина показала различную зависимость процесса обобщения и абстрагирования от материала исследования у больных шизофренией и сосудистыми заболеваниями мозга.

В последнее время ряд работ был посвящен разработке и апробации экспериментальных методов исследования расстройств мышления (дипломные работы В. Г. Асеева, Ю. Ф. Задружинского, В. И. Урожаевой). Обнаруженные в психологических исследованиях факты важны не только для вопросов клиники, они имеют и общетеоретическое значение для психологии.

Однако в проведенных исследованиях нет единой системы понятий, нет сравнительного материала, так необходимого для дифференциально-диагностических задач клиники. Изучая какой-либо небольшой по объему изолированный вид нарушений, невозможно было поставить проблему распада мышления в целом. Перед патопсихологией стояла неотложная задача первичного обобщения данных патологии мышления. Назрела необходимость обобщения, анализа и классификации основных видов нарушений мышления в системе понятий современной материалистической психологии.

Решение этой задачи требовало использования экспериментального метода.

Классификация расстройств мышления могла быть произведена на основании экспериментального анализа самой мыслительной деятельности психически больных. Лишь после квалификации видов нарушений мышления становится уместным их соотнесение с заболеваниями.

Глава II

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ МЫШЛЕНИЯ

§ 1. Принципы построения экспериментального патопсихологического исследования

Выбор конкретных приемов экспериментально-психологического исследования относится к кругу вопросов не только методического, но и методологического характера.

Отказ от взгляда на психические процессы как на врожденные способности, функции, подход к анализу психических явлений с позиции рефлекторной теории Сеченова — Павлова меняют методологию построения эксперимента, интерпретацию его результатов.

Взгляд на психические процессы, как на врожденные функции, которые лишь количественно меняются при развитии, привел к идее о возможности создания «измерительной» психологии. Экспериментальное исследование психических процессов сводилось к установлению количественной характеристики отдельного психического акта. Примером такого методического приема, направленного на измерение определенной психической функции, является проба, известная под названием «реакция с выбором». Вначале измеряется время двигательной реакции испытуемого на появление раздражителя (испытуемый должен нажать ключ при появлении раздражителя любого цвета); в дальнейшем испытуемый должен давать реакцию только на определенный раздражитель данного рода (например, на красный цвет). Из времени, которое было необходимо для осуществления этого сенсорного акта, вычитается время простой реакции у данного испытуемого; разница во времени характеризует акт выбора. Величина этой разницы является коли-

чественной характеристикой того «высшего волевого процесса», который, таким образом, вычленяется из сенсомоторного акта.

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

В 1910 г. один из виднейших невропатологов — Г. И. Россолимо [253] разработал систему психологических экспериментов, которая, по его мнению, позволяла количественно выразить уровень отдельных психических функций, изменившихся при той или иной болезни мозга. Этот метод известен в литературе под названием «профиля Россолимо». Метод количественного измерения отдельных функций достигает своей крайней выраженности в «тестовых исследованиях» зарубежных психологов.

Метод тестов использовался в так называемых педагогических исследованиях детей в школах. Эти «исследования» были справедливо осуждены постановлением ЦК ВКП (б) от 4 июля 1936 г. как лженаучные. Целью этих исследований был отбор детей с недостаточным умственным развитием в вспомогательные школы. При помощи педагогических тестовых исследований проводилось отделение детей, якобы «способных», от рождения, от других, задержка умственного развития которых объяснялась зависящей тоже от врожденных особенностей.

Эти антинаучные методы исследования проникли к нам из педагогики капиталистических стран; они являются по существу попыткой оправдать классовый характер комплектования школ. Такой чисто количественный метод исследования дает возможность судить в лучшем случае о количестве приобретенных знаний, а не о возможности дальнейшего их формирования. Дети высших слоев капиталистического общества, выросшие в благоприятных условиях и получившие лучшую подготовку, могут при таком испытании показать более широкий диапазон знаний и зачисляться в школы с более высоким уровнем преподавания, чем дети необеспеченных слоев общества.

Надо отметить, что против отбора с помощью тестовых испытаний раздаются голоса представителей про-

грессивной педагогики в зарубежных странах. Примером этому может служить работа английского ученого Б. Саймона [275].

Метод тестов остается до настоящего времени ведущим в работе клинических психологов за рубежом. В многочисленных опубликованных за последние годы монографиях и статьях, посвященных экспериментально-психологическому исследованию больных, приводятся методы именно тестового исследования, вплоть до вычисления IQ. Так, описаниям применения подобных методов посвящены работа О. Питриха «Интеллектуальные нарушения у травматиков» [463], работа Г. Пфлюгфельдера «Методы исследования деменции», двухтомная монография А. Рея «Монография клинической психологии» [465], монография Д. Броуера и Л. Абта «Прогресс клинической психологии» [380] и др.

При исследовании больных методом тестов не может быть учтена ни качественная сторона нарушения, ни зависимость нарушений от условий жизни. Точно так же остается в тени и вопрос о возможностях и путях компенсации измененной функции. В тех случаях, когда клиническая практика ставила перед психологическим исследованием вопрос о компенсации нарушенной деятельности (например, под влиянием терапевтических воздействий), исследование, проводимое тестовым методом, не могло дать ответа, ибо исследовалось явление (врожденная функция), природа которого была заранее ложно определена.

Наряду с таким чисто количественным методом, каким является тестовый метод, за последние годы в клинической психологии за рубежом появилась тенденция к использованию так называемых «проективных» методов исследования. Задание, которое предлагается испытуемому, не предусматривает каких-либо определенных способов решения. В отличие от теста, который требует выполнения задачи соответственно определенным условиям, «проективный» метод использует любую задачу лишь как повод для того, чтобы испытуемый мог проявить свои переживания, особенности своей личности и характера.

В качестве конкретной методики применяется описание картин как сюжетных («Thematic Apperception Test» — Т. А. Т.) так и лишенных смыслового содержания. В последнем случае применяются так называемые

«чернильные пятна» Роршаха; они представляют собой различные симметрично расположенные конфигурации самого причудливого вида. Такие изображения можно получить, если сложить пополам лист, на котором сделано несколько чернильных капель. Сюжетные картинки, предлагаемые для описания, представляют собой изображение действий различной сложности. Испытуемый должен вначале описать картинку, а потом рассказать все то, что ему приходит на ум (что эти картинки ему напоминают, о чем он подумал, что переживает). Экспериментатор регистрирует высказывания испытуемого.

Таким образом, «проективный» метод является по существу своему антиподом тестового метода и по замыслу его авторов должен предоставить возможность качественной оценки поведения испытуемого. Тестовый метод позволяет судить лишь о результатах работы; самый же процесс работы, отношение испытуемого к заданию, мотивы, побудившие испытуемого избрать тот или иной способ действия, личностные установки, желания — словом, все многообразие качественных особенностей деятельности испытуемого не может и не должно быть учтено при использовании этого метода. При «проективном» же методе сама проблема ошибочного или правильного решения вообще не возникает. Исследователя, применяющего «проективный» метод, интересует не результативная сторона действий испытуемого, не возможность количественного учета допущенных ошибок или правильных решений, а возможность выявить личностные реакции испытуемого, характер возникающих при этом ассоциаций, отношение испытуемого к этим ассоциациям. Словом, по замыслу авторов «проективного» метода, он должен служить тому, чтобы «вскрыть» личность испытуемого. По выражению французского психолога Омбредана [453], «личность отражается с помощью этого метода, как объект на экране» (отсюда и название «проективный»). Этот метод часто называют «клиническим подходом к психике здорового человека». В клинике этим методом пользуются те представители клинической психологии, которые считают, что компетенцией психолога является не исследование нарушения познавательных процессов, а лишь установление индивидуальных особенностей конкретного больного (Лагаш [434], Пишо [460], Омбредан [453]).

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

Таким образом, и этот метод, который должен был в противоположность количественному измерению отдельных функций дать возможность качественного анализа целостной личности, применяется для ложно поставленной задачи. Рациональное зерно, содержащееся в «проективном» методе, не может быть использовано, ибо интерпретация результатов исследования, анализ личностных переживаний, проводится с фрейдистских или неофрейдистских позиций.

Следует также отметить, что сторонники «проективного» метода не избежали и формальной количественной интерпретации, против которой они восставали, критикуя тесты. Так, например, оценка результатов опыта, в котором использовались таблицы Роршаха, частично состоит в том, что о наличии того или иного комплекса судят по количеству воспринятых деталей той или иной формы или величины.

Таким образом, ложность исходных теоретических позиций определяет и формальный характер экспериментальных приемов и интерпретации: если чисто количественный характер тестовых исследований обуславливается теорией отдельных врожденных психических способностей, то условность в интерпретации у представителей «проективных» методов вытекает из их приверженности к учению Фрейда о бессознательном.

Совершенно иными являются принципы экспериментально-психологического исследования в советской психологии.

Положение материалистической психологии о том, что мышление является не врожденной способностью, а прижизненно формирующейся деятельностью, требует того, чтобы психологический эксперимент давал возможность

исследовать нарушения мышления как нарушения деятельности. Отдельные экспериментальные приемы должны показать, как распадаются те или иные мыслительные операции больного, которые сформировались в процессе его жизненной практики, как нарушается процесс обобщения и отвлечения, синтеза и анализа, как видоизменяется процесс приобретения новых связей, в какой форме искажается возможность пользования системой старых, образовавшихся в прежнем опыте связей. Исходя из того, что мышление является процессом, обладающим своей динамикой и направленным на достижение определенной цели, следует ожидать, что экспериментальное исследование будет в состоянии отразить и нарушение целенаправленности мышления. Таким образом, результаты эксперимента должны дать не только количественную, но и качественную характеристику распада мышления. Важнейшим принципом построения психологического эксперимента является принцип качественного анализа особенностей протекания психических процессов больного, в противоположность задаче лишь одного количественного их измерения. Важно не только то, какой трудности или какого объема задание больной осмыслил или выполнил, но и то, как он осмыслил, чем были обусловлены его ошибки и затруднения. (Следует подчеркнуть, что анализ ошибок, возникающих у больных в процессе выполнения экспериментальных заданий, представляет наиболее интересный и показательный материал для оценки тех или иных особенностей мыслительной деятельности больных.)

Иными словами, психологическое исследование в клинике может быть приравнено к функциональной пробе — методу, широко используемому в медицинской практике и состоящему в испытании деятельности какого-нибудь органа. Так, например, когда врач хочет испытать деятельность сердца, он заставляет больного выполнить какое-нибудь действие, представляющее собой нагрузку для этого органа (например, приседание), и выслушивает сердце после подобной нагрузки, тем самым испытывая этот орган в его специфической деятельности. В ситуации психологического эксперимента роль функциональной пробы могут играть такие экспериментальные приемы, которые в состоянии отразить те умственные операции, которыми пользуется человек в труде и учении.

Следует остановиться еще и на тех особенностях, которые отличают эксперимент в клинике от эксперимента, направленного на исследование психики здорового человека, т. е. направленного на решение вопросов общепсихологического порядка.

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

При всех индивидуальных различиях, здоровые испытуемые все же обычно стараются выполнить инструкцию, между тем в психиатрической клинике приходится экспериментировать с больными, которые не только не стараются выполнить задание, но превратно толкуют опыт или активно противостоят инструкции. Например, при проведении ассоциативного эксперимента над здоровым человеком экспериментатор предупреждает его, что будут произнесены слова, в которые он должен вслушаться; испытуемый активно направляет свое внимание на произносимые экспериментатором слова. При проведении же этого эксперимента с негативистичным больным опытом приходится проводить несколько завуалированным образом, ибо если предложить такому больному вслушаться в инструкцию, то мы можем добиться противоположного эффекта: больной не будет слушать. При таких условиях экспериментатор вынужден проводить эксперимент как бы «обходным путем»: экспериментатор произносит слова как бы невзначай и регистрирует реакции больного.

В других случаях приходится экспериментировать с больным, который бредовым образом интерпретирует ситуацию опыта, например, считает, что экспериментатор является его врагом, действующим на него гипнозом, лучами, что в комнате имеется аппарат, позволяющий читать его мысли, и т. п. Естественно, что такое отношение больного к эксперименту сказывается и на его реакциях; он часто выполняет просьбу экспериментатора умышленно неправильно, отсрочивает ответы и пр. В подобных случаях построение эксперимента также должно быть изменено.

Построение экспериментально-психологического исследования в клинике отличается от обычного психологи-

ческого эксперимента еще одной особенностью: многообразием, большим количеством применяемых методик. Объясняется это следующим.

При выполнении любого задания, в том числе и экспериментального, испытуемый (здоровый или больной) реагирует, действует как целостная личность; обобщая, синтезируя материал, он при этом оценивает свои действия, определенным образом относится к своей работе, к ситуации. При решении любого задания могут выявиться все стороны мыслительной деятельности человека (здорового или больного).

Кроме того, сам процесс распада мышления не происходит однослойно. Практически не бывает так, чтобы у одного больного нарушались только процессы синтеза и анализа, а у другого страдала бы исключительно целенаправленность мыслительного акта. Поэтому при выполнении больным любого отдельного задания можно судить о различных формах нарушения мышления. Однако, несмотря на это, не каждый методический прием позволяет с одинаковой очевидностью, четкостью и достоверностью судить о той или иной форме или степени нарушения.

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

ления возможно только при сопоставлении результатов различных заданий.

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

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

§ 2. Описание экспериментальных методик

Мы уже говорили о том, что, хотя при выполнении любого задания можно обнаружить нарушение самых различных сторон мышления, все же отдельные экспериментальные приемы оказываются более пригодными для выявления распада тех или иных мыслительных операций, нарушения тех или иных компонентов мышления. В дальнейшем при изложении конкретных форм нарушений мышления мы детально опишем отдельные методы. Сейчас ограничимся описанием некоторых наиболее часто употребляемых методик¹.

Классификация предметов

Задание состоит в том, что испытуемому предлагается ряд объектов (предметов, карточек), которые ему надлежит разложить на отдельные группы на основании какого-нибудь общего признака. Впервые этот метод применялся при исследовании афазий К. Гольдштейном [406].

¹ Подробные методические указания изложены в методическом письме Государственного научно-исследовательского института психиатрии, составленном Б. В. Зейгарник и С. Я. Рубинштейн [116], и в подготавливаемом тем же институтом к печати руководстве по экспериментально-психологическому исследованию психически больных.

который давал больным раскладывать реальные предметы, подобранные по принципу материала. Психологическая трудность выполнения задания состояла в том, что «общий» принцип классификации — свойство материала вещи — стоял часто в противоречии с привычными конкретными связями между предметами (например, по принципу материала перо надо объединить в одну группу с ложкой; возникающая же привычная связь между пером и книгой мешала такому объединению). Следовательно, для проведения классификации на основании общего признака необходимо отторгнуть конкретные связи между предметами и подчинить процесс классификации абстрактному признаку. В дальнейшем эта методика была изменена (в исследованиях Л. С. Выготского [50], Г. В. Биренбаум и Б. В. Зейгарник [31]): вместо реальных предметов предлагались их изображения на карточках. Помимо чисто технических удобств эта методика характеризуется большей условностью принципов сортировки: предметы могут быть окрашены в необычный цвет, можно придать им необычную форму и т. д.

Один из вариантов этой методики состоит в следующем. Испытуемому предлагается набор из 70 карточек, на которых изображены самые разнообразные объекты: домашние животные, дикие звери, инструменты, люди разных профессий, мебель разных видов, фрукты, овощи, деревья и т. д. Инструкция требует разложить карточки на несколько групп так, чтобы в каждой группе были объединены сходные по определенному признаку предметы.

Подбор карточек допускает несколько видов классификации (по признаку материала, по признаку функции предмета: мебель, инструменты и т. п.). Не вдаваясь в характеристику всех возможных видов классификации, следует лишь указать, что, как бы ни были различны по своему содержанию группы предметов, сама задача классификации предполагает установление хотя бы элементарного сходства и различия между предметами, умение выделить существенный признак, объединяющий различные предметы.

Следовательно, это задание дает возможность выявить уровень процесса обобщения, проследить, образует ли испытуемый группы на основании частных, конкретных связей или он поднимается до уровня более широких

обобщений (и руководствуется ли он этим уровнем на протяжении всего опыта).

Описанный эксперимент позволяет также учесть, как больной справляется с задачей: объединяет ли он предметы вначале на основании более частного признака, поднимаясь до более высоких ступеней обобщения лишь постепенно (например, раньше объединяет только птиц, затем птиц с животными и лишь под конец — с людьми, образуя группу «живые существа»), или же сразу образует группы по более общим признакам («живые существа», «растения», «неживая природа»); справляется ли он с задачей самостоятельно или с помощью экспериментатора.

Построение этого эксперимента свободно, «динамично»; экспериментатор не только наблюдает, какие связи испытуемый употребляет при классификации групп, но и активно «вмешивается», помогает или «мешает» испытуемому, вызывая его правильные решения или «провоцируя» ошибочные. Правильное проведение эксперимента выявляет не только уровень обобщения испытуемого, но и отношение испытуемого к ошибкам. Эксперимент показывает, замечает ли испытуемый ошибки, корректирует ли их или, несмотря на указания экспериментатора, упорствует на ошибочном способе классификации.

Метод классификации предметов допускает большое количество вариаций: вместо изображений предметов можно предложить сортировку слов — названий предметов, классификацию рисунков, отличающихся по форме и цвету (вариант Ю. Ф. Полякова) и т. п.

Метод исключений

К группе методик, применяемых для исследования форм и способов обобщения, нужно отнести также экспериментальную пробу, известную под названием *метода исключений*.

Испытуемому предъявляются карточки, на каждой из которых изображены четыре предмета, подобранных таким образом, что три из них между собой связаны, а четвертый является по отношению к ним неподходящим. Испытуемому предлагается указать, какой из этих четырех предметов является лишним. Например, предлагается карточка с изображением следующих предметов: градусник, весы, часы, очки. В этом случае лишними должны

оказаться очки, так как первые три предмета являются измерительными приборами.

Психологическая сущность этого метода состоит в том, что прежде всего испытуемый должен понять некоторую условность всей этой операции.

Лишь в том случае, если испытуемый нашел принцип обобщения трех предметов, он сможет исключить четвертый.

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

Метод пиктограмм

К группе методик, позволяющих исследовать возможность обобщения и отвлечения, относится и метод образования условных значений, или *метод пиктограмм*.

Испытуемый должен запомнить 14 слов. Для лучшего запоминания он должен придумать и зарисовать на бумаге что-либо такое, что помогло бы в дальнейшем воспроизвести предложенные слова. Никаких записей или пометок буквами делать не разрешается. Испытуемые предупреждены, что качество их рисунка не имеет значения. Точно также не учитывается и время выполнения этого задания.

Эта методика предложена впервые А. Р. Лурия для исследования опосредствованного запоминания при помощи рисунков. В дальнейшем она стала применяться с некоторыми вариациями для изучения мыслительных процессов. Опыт ставится таким образом, что для испытуемого центр тяжести всего задания лежит в запоминании слов и испытуемый предполагает, что исследуется его память, в то время как экспериментатор изучает в основном особенности его мышления.

Само задание создать условную связь при запоминании слова вызывает известные трудности уже потому, что не всегда представляется возможным полностью отразить в рисунке весь объем значения данного слова. В рисунке заключен момент условности, требующий известной свободы мыслительных операций.

Г. В. Биренбаум [30], исследовавшая при помощи этого метода нарушение понятий у душевнобольных, указы-

вает на основную трудность интеллектуальной операции при выполнении задания по методике пиктограмм: круг значений слова шире, чем то, что можно обозначить рисунком. Вместе с тем и значение рисунка шире, чем смысл слова; значение рисунка и слова должны совпасть лишь в какой-то своей части. Именно в этом умении уловить общее в рисунке и слове и заключается основной механизм активного образования условного значения. И хотя эта мыслительная операция при нормальном мышлении производится довольно легко даже подростками, при патологических изменениях мышления создание таких условных связей бывает затруднено.

Задание по методу пиктограмм может быть выполнено двумя способами. Первый из них заключается в том, что изображение представляет собой условное обозначение понятия, заключенного в слове. Например, для запоминания слова «развитие» можно нарисовать любую маленькую и большую фигуру (квадрат, круг), для слова «сомнение» — вопросительный знак. К такому приему легко прибегнуть, если испытуемые имеют достаточный образовательный уровень. При втором способе выполнения задания условно изображается понятие, менее общее по сравнению с заданным; первое должно служить как бы условным знаком для второго. Например, то же слово «развитие» может вызвать ассоциации с «развитием промышленности», «развитием умственным», «развитием физическим» и т. п. Изображение любого предмета, связанного с таким менее общим понятием (фабрики, книги, какого-нибудь спортивного снаряда), может играть роль знака, условно обозначающего понятие «развитие».

Таким образом, задание требует умения увязать понятие, обозначаемое словом, с любым более конкретным понятием, а это возможно только тогда, когда испытуемый может отвлечься от многообразия конкретных понятий, которые содержит понятие, обозначаемое заданным словом, когда он может отторгнуть все частные ассоциации, связанные с этим словом. Выполнение этого задания возможно при определенном уровне обобщения и отвлечения.

Этот эксперимент позволяет судить о степени обобщенности и содержательности образуемых испытуемым связей. Как правило, здоровые испытуемые даже с неполным средним образованием (V—VI классов) легко

выполняют задание. Даже в тех случаях, когда оно вызывает известную трудность, достаточно привести пример того, как его можно выполнить, чтобы испытуемые правильно решили предложенную им задачу.

Опосредствованное запоминание

Сходным с изложенной выше методикой является экспериментальный прием, который был предложен А. Н. Леонтьевым [171] и известен в литературе как *метод опосредствованного запоминания слов*. Приведем описание одного из вариантов этой методики.

Испытуемому предлагается запомнить 15 слов. Для облегчения запоминания он должен подбирать к каждому называемому экспериментатором слову какую-нибудь подходящую к нему картинку (всего их лежит перед ним 30). Выбрав картинку, испытуемый должен объяснить, какую связь он установил между словом и предметом. После этого испытуемому показываются картинки, а он воспроизводит соответствующие слова.

Эта методика имеет по сравнению с предыдущей то преимущество, что эксперимент можно проводить и с испытуемыми с низким образовательным уровнем, не имеющими навыков рисования. Он позволяет также судить и о том, насколько полно и дифференцированно испытуемый воспроизводит материал, насколько он способен овладеть определенным приемом для опосредствования процесса запоминания.

Понимание переносного смысла

Вариант А. Объяснение пословиц и метафор

Испытуемому даются для объяснения пословицы и метафоры. Пословицы подбираются обычные, общеупотребительные и не слишком сложные. Кроме того, испытуемому предлагается придумать какой-нибудь жизненный пример, к которому данная поговорка подходит, или отметить сходство или различие двух других пословиц. Иногда в случае неясности для экспериментатора трактовки испытуемым пословицы ему предлагается письменно сочинить небольшой рассказ применительно к смыслу этой пословицы.

Эксперимент протекает в форме беседы, и активная роль экспериментатора очень велика, так как путем раз-

личных вопросов он может проверить правильность и глубину охвата большим переносного значения и выяснить те затруднения, которые у него имеются. Поэтому вопросы испытуемому нужно ставить осторожно.

Наиболее грубым нарушением мышления в данном случае является полное непонимание переносного смысла, буквальное толкование пословицы или метафоры. Однако не всегда правильное или ложное толкование пословиц свидетельствует о доступном для испытуемого уровне обобщения. Некоторые из пословиц могут оказаться настолько привычными для испытуемого, что правильное объяснение означает в таких случаях лишь наличие знания смысла этих пословиц и не свидетельствует о том, что в данном случае происходит процесс обобщения нового материала. Гораздо более показательной является методика, требующая *отнесения фраз к пословицам*.

Вариант Б. Отнесение фраз к пословицам

Испытуемому дается таблица, на которой написан текст некоторых пословиц, и карточки, на которых написаны фразы; часть этих фраз ничего общего по смыслу с пословицами не имеет, но в них включены слова, упоминающиеся в пословицах. Испытуемому предлагается разложить фразы и пословицы по смыслу таким образом, чтобы к каждой пословице была отнесена лишь одна фраза. Таких пословиц и фраз имеется по степени их трудности несколько серий. Приведем для иллюстрации первую, наиболее легкую из них.

Пословицы: 1. Шила в мешке не утаишь.

2. Куй железо, пока горячо.

3. Не все то золото, что блестит.

4. С миру по нитке — голому рубашка.

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

Фразы: 1. Золото тяжелее железа.

2. Сапожник чинил шилом сапоги.

3. Не все то хорошо, что кажется нам хорошим.

4. Если уж поехал куда-нибудь, то возвращаться поздно.

5. Кузнец работал сегодня целый день.

6. Коллективными усилиями легко справиться с любыми трудностями.
7. Правду скрыть невозможно.
8. Не откладывай дела в долгий ящик.

Этот вариант рассматриваемой методики обладает по сравнению с вариантом А (толкование пословиц) своими особенностями. Понимание переносного смысла пословицы здесь облегчается тем, что даже если испытуемый только смутно понимает смысл, то фраза, которая ему предъявляется, должна действовать как подсказка. Зато здесь имеется трудность другого рода: создается широкая возможность соскальзывания на приблизительный смысл, ибо некоторые одинаковые слова в фразах и пословицах легко «провоцируют» некритическое сближение в тех случаях, когда нет полной ясности в понимании переносного значения. Трудность переносится, таким образом, в другую плоскость и заключается не в самой возможности понять абстракцию, а в необходимости отторгнуть то, что не соответствует смыслу пословиц. Сопоставление обоих вариантов позволяет, следовательно, выявить не только саму возможность абстрагирования, но также уровень и стойкость этой операции.

Если рассмотренные выше методики нацелены в основном на исследование отвлечения и обобщения, то ряд других методических приемов, применяемых в клинике, направлен на изучение последовательности рассуждений. В качестве образца приведем описание методики «Установление последовательности событий».

Установление последовательности событий

Испытуемому предлагается серия из 5 картин, изображающих последовательные этапы какого-нибудь происшествия (например, изображение поломки и починки колеса).

Картина № 1. На дороге — запряженная телега, на телеге мешки. Лежит соскочившее с оси колесо. Возчик стоит в растерянности.

Картина № 2. Тот же фон. Возчик идет в направлении к деревне.

Картина № 3. Идут возчик и мастер с инструментами. Вдали телега и упавшее колесо.

Картина № 4. Фон первой картины. Возчик и мастер чинят телегу, приподняв оглобли.

Картина № 5. Возчик уезжает. Мастер стоит на переднем плане. Инструменты лежат на дороге.

Испытуемому дается указание разложить картинки в порядке последовательности изображенных на них событий (сначала положить картинку, изображающую начало происшествия, потом его продолжение и т. д.). После выполнения этого задания испытуемый должен рассказать о происшествии согласно порядку разложенных им картин.

Эта простая методика позволяет выявить, понял ли испытуемый содержание отдельных картин, доступно ли ему сопоставление нескольких элементов, последовательно ли он рассуждает при переходе от одного элемента к другому и т. д. Кроме того, при выполнении этого задания выявляется характер работы испытуемого (обдуманный или хаотичный); выясняется, замечает ли испытуемый свои ошибочные решения, быстро ли их исправляет или не интересуется ими.

В зависимости от степени нарушения психической деятельности больных содержание и оформление используемых в этом эксперименте картин меняется.

Варианты ассоциативного эксперимента

При исследовании распада мышления применяются, кроме описанных выше методов, и различные варианты ассоциативного эксперимента.

Метод ассоциативного эксперимента имеет в психологии и психиатрии большую давность. Своими истоками он уходит к И. М. Сеченову [286]. Защищая в споре с Кавелиным детерминированный характер ассоциаций, Сеченов предлагал для доказательства этого положения провести, по сути говоря, ассоциативный эксперимент. Ассоциативный эксперимент широко использовался отечественными психиатрами (В. М. Бехтерев [29], Н. А. Токкарский [315], Л. С. Павловская [220], [221], А. В. Ильин [121], [122], В. П. Осипов [216], Д. Н. Довбня [82] и др.), которые применяли его для исследования интеллектуальной деятельности больных.

Однако, как и всякий метод, ассоциативный эксперимент использовался для различных целей. Исследования,

которые проводились с его помощью, отражали разные теоретические позиции исследователей. Ассоциативный эксперимент широко применялся представителями идеалистической психологии. Понимая под ассоциациями связь идей, они сводили исследование ассоциаций к анализу связи представлений, «сцепления идей». Особенно широко ассоциативный эксперимент был использован представителями психоаналитического направления. Предъявляя испытуемому слова, связанные с психотравмирующей ситуацией, и получая на эти слова определенные ответы, психоаналитики делали вывод о тех скрытых «комплексах», которые якобы лежали в основе заболевания больных (Юнг).

И. П. Павлов внес иное, материалистическое понимание ассоциации, подразумевая под ней временную связь.

Именно процесс словесного ассоциирования наиболее адекватно отражает двойственную физиологическую роль коры больших полушарий, на что указывает И. П. Павлов в статье «Здоровое и больное состояние больших полушарий»: «...Физиологическая роль коры больших полушарий, с одной стороны, замыкательная (по механизму), с другой — сигнализационная (по значению)...» [217; т. III, ч. 2; 53].

Рассмотрим некоторые варианты ассоциативного эксперимента.

Вариант I. Экспериментатор зачитывает испытуемому ряд заранее подготовленных слов и просит его на каждое слово ответить первым пришедшим на ум другим словом. Ответные слова записываются, и с помощью секундомера отмечается время реакции испытуемого.

Этот эксперимент позволяет проанализировать содержание ассоциаций испытуемого, степень их обобщенности и скорость образования.

У здоровых людей ассоциативный эксперимент обнаруживает, как правило, невысокий латентный период (0,5—2 секунды) и адекватность содержания ответных реакций содержанию слова-раздражителя; отражая опыт испытуемого, ответные реакции всегда обусловлены словом-раздражителем. Каждое новое слово-раздражитель вызывает смену ответной реакции.

Иногда нам удавалось провести этот опыт с такими больными, которые не понимают и не принимают инструкции. Так, например, возбужденные больные, да-

же когда они не слушали обращенной к ним речи, отвечали на отдельные слова либо вплетали в собственную речевую продукцию реплики на эти услышанные ими слова.

Вариант II. Процесс ассоциирования у здорового субъекта характеризуется не только степенью обобщенности, но и определенной динамикой протекания; ассоциации человека отличаются подвижностью, они могут быть отторжены. Для исследования степени подвижности ассоциативного процесса можно применить вариант методики ассоциативного эксперимента, предложенный В. М. Коганом [131].

После того как испытуемому была предъявлена вся серия слов-раздражителей, опыт повторяется еще раз уже без инструкции. Если при втором предъявлении испытуемые отвечают прежними словами, та же серия раздражителей предъявляется в третий раз, но уже с новой инструкцией: «Отвечайте *не тем словом*, которым вы отвечали раньше». У здоровых людей этот вариант экспериментального задания не вызывает затруднений; отмечается лишь увеличение латентного периода.

Вариант III. Первые два варианта ассоциативного эксперимента не позволяют, однако, судить о степени избирательности и направленности ассоциаций. Между тем уже И. М. Сеченов [286], указывая в своей статье «Замечания на книгу г. Кавелина «Задачи психологии» на детерминированный характер ассоциаций, подчеркивал их избирательность и направленность.

Неопределенность инструкции в первых двух вариантах методики способствует появлению ассоциаций разного порядка. Если, например, слово «стол» вызывает ассоциацию по типу вид — род («стол — «мебель») или ассоциацию из той же категории («стол» — «стул»), то все подобные ответы соответствуют значению инструкции «отвечать любым словом». Поэтому эти варианты методики не позволяют судить об избирательности ассоциаций испытуемого. При исследовании же нарушений мышления чрезвычайно важно установить именно эту особенность ассоциаций больного, ибо правильно построенные суждения и умозаключения предполагают избирательный и направленный характер ассоциаций.

Для исследования того, способен ли испытуемый сохранить на протяжении более или менее длительного

времени определенную направленность ассоциаций, эксперимент строится следующим образом. Испытуемому предлагается на каждое предъявленное ему слово отвечать другим, которое находится в каком-либо определенном отношении с заданным словом. Испытуемый, например, должен отвечать словом противоположного значения, называть видовое понятие в ответ на родовое или давать название части предмета в ответ на название предмета в целом.

Выполнение инструкции, требующей избирательных ответных реакций, не вызывает затруднения у здоровых людей. В некоторых случаях испытуемый не сразу находит нужное слово, он может даже его не найти, но он удерживает инструкцию и не отвечает любым словом.

В а р и а н т IV направлен на исследование свободного течения ассоциаций в отличие от первых трех вариантов, при которых ассоциация возникала в ответ на предъявленный раздражитель.

Испытуемому предлагается по возможности быстрее назвать определенное количество (30—40) каких угодно слов. Экспериментатор записывает произносимые испытуемым слова и регистрирует при помощи секундомера латентный период реакций.

Анализ названных слов и связей между ними позволяет обнаружить особенности ассоциативных связей, быстроту их возникновения. У здорового человека возникающие таким путем ассоциации группируются по определенному смысловому признаку.

Кроме заданий, которые предусматриваются описанными методиками, ряду больных можно предложить передать сюжет рассказа или басни. Эта проба позволяет учесть, насколько испытуемый понимает содержание рассказа, насколько он обобщает и последовательно передает сюжет, насколько последовательность передачи проходит через весь опыт. Пересказ больных следует записать, где это возможно, на магнитофоне или стенографически.

Можно также предложить больному описать картину. Это само по себе простое задание может оказаться очень плодотворным для выявления того, обобщенно ли воспринимает испытуемый материал, останавли-

вается ли он только на несущественных деталях, фиксирует ли частности или же передает сразу основное содержание. Эта, казалось бы, простейшая экспериментальная проба дает возможность выявить и отношение испытуемого к работе, к ошибочным толкованиям; она позволяет судить о том, способен ли испытуемый к длительной фиксации внимания или быстро пресыщается, отбрасывая задание.

Таковы основные методики, которые применяются при исследовании мышления больных. В процессе исследования для более углубленного и убедительного доказательства правильности выдвигаемых гипотез иногда приходится прибегать к дополнительным методикам. На их описании мы будем останавливаться по ходу изложения соответствующего материала.

Глава III

ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Во второй части книги, в главах IV—VI, мы рассмотрим наиболее часто встречающиеся (типичные) варианты нарушений мышления; характеристика этих расстройств мышления дается на основе результатов наших экспериментально-психологических исследований, проведенных с большим количеством психически больных.

В таблице 1 приведено распределение больных по диагнозу.

Таблица 1
Распределение больных по диагнозу

Диагноз	Количество больных
Шизофрения	175
Эпилепсия	50
Сосудистые заболевания головного мозга	155
Травмы головного мозга	185
Олигофрения	40
Энцефалиты	30
Прогрессивный паралич	30
Маниакально-депрессивный психоз	15
Психопатия	30
Всего	710

Описание клинического состояния больных будет дано в соответствующих главах по мере описания отдель-

ных видов нарушения мышления. Здесь приводим краткую справку об отдельных видах заболевания¹.

Шизофрения — более тяжелое и сравнительно с другими распространенное психическое заболевание. Болезнь характеризуется прогрессивностью, часто протекает в виде длительных приступов и нередко приводит к дефекту с более или менее выраженными изменениями мышления и личности больного. Симптоматика шизофренического процесса разнообразна. Она проявляется в виде бредовых идей, галлюцинаций, психомоторных нарушений, навязчивых состояний и т. д.

В зависимости от течения болезни, смены синдромов и т. д. выделяются разные формы шизофрении.

Существуют разные теории относительно этиологии и патогенеза шизофрении. Вопросы эти в настоящее время служат предметом оживленной научной дискуссии.

И. П. Павлов считал, что для шизофренического процесса характерно ослабление коры больших полушарий, переходное состояние от сна к бодрствованию, что шизофренические симптомы являются выражением хронического гипнотического влияния.

По психическому состоянию в момент обследования и по стадии течения заболевания исследованные нами больные шизофренией были различны. Одни из них были в состоянии ремиссии или дефекта, другие же находились в состоянии обострения (приступа). Различны и давность заболевания, и количество приступов.

У многих больных преобладала так называемая продуктивная симптоматика, бредовые и галлюцинаторные переживания. Другие больные характеризовались вяло текущим процессом, с неврозоподобными явлениями; в их состоянии отмечались черты астении, тревога, вялость.

Эпилепсия — прогрессивное заболевание головного мозга, характеризующееся двумя группами признаков:

а) кратковременными периодическими пароксизмами, к числу которых относятся большие и малые эпилептические припадки и эквиваленты, т. е. расстройства сознания;

¹ Справка приводится для неспециалистов. Студенты-патопсихологи должны пользоваться учебниками психиатрии.

б) постоянными, прогрессирующими изменениями характера и интеллектуальной сферы; к этим последним относятся признаки наступающего слабоумия, сужение круга интересов.

И. П. Павлов писал, что эпилепсия развивается на фоне сильного, но неуравновешенного типа нервной системы. Эпилептический припадок он рассматривал как проявление патологической инертности раздражительного процесса в двигательном анализаторе.

Та же патологическая инертность нервных процессов проявляется и в стойких изменениях психики при эпилепсии.

К сосудистым заболеваниям мозга относят гипертонию, атеросклероз головного мозга (начиная от ранних нарушений психики, кончая постапоплектическим слабоумием), гипотонию, всевозможные вазопатии, диастонии и т. д. При сосудистых заболеваниях мозга изредка наблюдаются и психические расстройства, однако основную картину расстройств психики создают медленно нарастающие нарушения умственной работоспособности.

Травмы головного мозга. По характеру травм большие могут быть распределены на две группы: а) большие, перенесшие открытые проникающие ранения, т. е. такие, при которых осколком снаряда или пули и т. п. повреждена твердая мозговая оболочка и чаще всего вещество мозга, и б) большие, перенесшие закрытые травмы мозга, т. е. коммоции и контузии, не сопровождавшиеся нарушением костей черепа.

По давности травматической болезни (термин, введен советским патологоанатомом Л. О. Смирновым) можно выделить подострые и даже острые посттравматические состояния (материал военного времени, в основном госпитальный) и случаи отдаленных последствий травмы.

Олигофрения — психическое недоразвитие в результате повреждения нервной системы ребенка в период внутриутробного развития или в первые годы жизни.

К врожденным поражениям мозга относятся случаи микроцефалии, болезнь Дауна, врожденный сифилис нервной системы и др. Паранфекционные энцефалиты и травмы мозга, поражающие детей в возрасте до полу-

тора-двух лет, также обуславливают возникновение олигофрений.

Исследования Н. И. Красногорского, А. Г. Иванова-Смоленского и других физиологов обнаружили, что в основе свойственной олигофрении слабости замыкательной функции коры лежит слабость нервных процессов: в одних случаях преимущественно возбуждения, в других — преимущественно активного торможения.

Дети-олигофрены различной этиологии сравнительно часто поступают в детскую психиатрическую клинику. Что же касается взрослых олигофренов, то они поступают в психиатрические клиники редко, главным образом в связи с военной или трудовой экспертизой, а также по поводу иных попутных заболеваний.

Маниакально-депрессивный психоз — заболевание, протекающее приступами. Возбужденное, повышено веселое, деятельное маниакальное состояние больных сменяется заторможенным, подавленным, тоскливым состоянием. Нередко болезнь протекает в виде одних депрессивных или маниакальных фаз. Каждый приступ заканчивается выздоровлением, болезнь не приводит к деградации личности; однако приступы могут через некоторое время повториться.

В патогенезе маниакально-депрессивного психоза большое значение придается повышению возбудимости таламо-гипоталамической области. Причины возникновения маниакально-депрессивного психоза не выяснены. Нередко в клинике наблюдаются маниакальные или депрессивные состояния при заболеваниях других форм.

Экспериментально-психологическим исследованиям настоящие маниакальные больные мало доступны; исследование больных возможно в гипоманиакальном и лишь частично в маниакальном состоянии.

Прогрессивный паралич — тяжелое психическое заболевание, вызванное сифилитическим поражением нервной системы. Основными признаками прогрессивного паралича являются нарастающее слабоумие, расстройство речи и моторики, повышенная самооценка, иногда нелепый бред величия, неадекватное, некритичное поведение. В настоящее время, в связи с успешным лечением нейросифилиса и прогрессивного паралича, это заболевание в Советском Союзе стало редким.

Энцефалиты (воспаление мозгового вещества)

нередко приводят к разнообразным нарушениям психики (галлюцинаторные, бредовые синдромы, различные степени нарушения интеллектуальной деятельности, явления расторможенности, некритичности и т. д.). Формы энцефалитов многообразны. В настоящей работе использованы экспериментальные данные, полученные при исследовании больных, перенесших разные формы энцефалитов, главным образом эпидемический энцефалит, описанный Экономо и Геймановичем.

Психопатии — случаи дисгармоничного развития личности, обусловленные либо конституциональными, либо приобретенными уродствами развития нервной системы. Психопатии не являются психическим заболеванием, тем не менее со стороны мышления и эмоционально-волевой сферы у психопатов отмечаются многие особенности. При каких-либо жизненных невзгодах или эпизодических заболеваниях и трудностях особенности психики психопатов настолько заостряются, что становятся несколько похожими на болезненные расстройства психики. Поэтому в психиатрических клиниках возникают иногда диагностические трудности при ограничении психопатии от шизофрении, а также от органических заболеваний мозга.

Нарушения мышления, наблюдаемые при экспериментально-психологических исследованиях, можно объединить в следующие три вида:

- 1) нарушение процесса обобщения;
- 2) нарушение логического хода мышления;
- 3) нарушение целенаправленности мышления.

Особенности мышления каждого отдельного больного далеко не всегда могут быть квалифицированы в пределах одного вида (или подвида) нарушений мышления. Нередко в структуре дефекта мышления отдельного больного наблюдаются более или менее сложные сочетания разных видов нарушений. Так, например, нарушение обобщения в одних случаях сочетается с нарушением критичности мышления, а в других — с различными подвидами нарушений логического строя мышления.

Приведенную группировку не следует рассматривать как строгую классификацию расстройств мышления; речь идет скорее о тех параметрах, вокруг которых группируются разнообразные варианты нарушений мышления, встречающиеся в психиатрической практике. Поэтому при исследовании мышления психически больных не следует стремиться обязательно разделить контингент больных в соответствии с выделенными видами нарушения. При таком делении трудно было бы избежать некоторой субъективности в определении ведущего вида нарушений у каждого отдельного больного.

Более правомерно отправляться от общепринятой в психиатрической клинике группировки больных по нозо-

логическому принципу и сопоставить с ней обнаруженные на основании экспериментальных данных виды нарушений мышления.

Наличие того или иного вида нарушения можно считать установленным для данного больного, если при выполнении основных экспериментальных заданий (классификация предметов, толкование пословиц и т. д.) выступали характерные для данного вида нарушения мышления способы решений. Так, например, мы считали правомерным говорить о наличии у больного «снижения уровня обобщения», если он решал указанные экспериментальные задания по типу конкретно-ситуационных связей.

Переходим к изложению отдельных вариантов нарушений мышления.

Начнем с анализа часто встречающегося вида распада мышления, который можно характеризовать как нарушение процесса обобщения и отвлечения.

Глава IV
НАРУШЕНИЯ ПРОЦЕССА ОТВЛЕЧЕНИЯ
И ОБОБЩЕНИЯ

Мышление как обобщенное и опосредствованное отражение действительности выступает практически как усвоение и использование знаний, как приобретение и применение новых способов интеллектуальных действий. Это усвоение происходит не в виде простого накопления фактов, а в виде процесса синтезирования, обобщения и отвлечения. Применяя те или иные способы решения умственной задачи, человек выделяет наиболее общие и существенные признаки, т. е. обобщает находящиеся перед ним явления.

Психологическое исследование мышления, его становления и развития состоит в раскрытии его закономерностей как аналитико-синтетической деятельности, в которой слиты воедино чувственное и рациональное познание.

Такой взгляд на мышление основывается на марксистско-ленинской теории познания, которая указывает, что процесс отражения действительности включает в себя две ступени познания: чувственное созерцание и рациональное мышление. Подчеркивая диалектическое единство этих обеих ступеней познания, классики марксизма-ленинизма указывают, что именно рациональная ступень дает возможность проникновения в сущность вещей и явлений природы и общества. «Представление не может схватить движения *в целом*, например, не схватывает движения с быстротой в 300 000 км в 1 секунду, а мышление схватывает и должно схватить» (В. И. Ленин [4; 220]).

Только обобщенное мышление, мышление в понятиях дает наиболее полное отражение действительности. Путем чувственных образов и наглядных представлений мы также познаем действительность, но этот способ познания не дает возможности раскрыть внутренние взаимосвязи явления. Только мышление в понятиях раскрывает истинные закономерности явлений.

Этим положениям диалектического материализма соответствует указание И. П. Павлова на то, что слово, являясь «сигналом сигналов», дает возможность по-новому анализировать и синтезировать непосредственные впечатления, полученные из внешнего мира. Благодаря связям второй сигнальной системы наше отражение действительности поднимается на новую ступень, позволяющую выйти за пределы непосредственных впечатлений и образов, которые даются органами чувств.

Проблеме обобщения большое внимание уделял Л. С. Выготский [50]. Подходя исторически к процессу развития психики и считая, что психические процессы человека развиваются из внешней деятельности, Л. С. Выготский неоднократно подчеркивал опосредствованный характер психических процессов. Возникающие на основе материального производства формы отношений людей друг к другу опосредствуют деятельность человека, формируют его психику. Указывая на ту роль, которую играет в психическом развитии употребление орудий, Л. С. Выготский придавал особое значение языку. Слово выступало для Л. С. Выготского явлением объективной действительности, возникающим в процессе общественной практики, которое используется вначале как форма общения и которое впоследствии становится средством организации собственных действий. Эта возможность опосредствования заключена в значении слов. Значение слов — это система связей и отношений общественного опыта, это всегда *обобщение* общественного опыта.

Овладевая в своем развитии значениями слов, человек обобщает объективные связи и отношения и овладевает своим поведением. Это обобщение происходит в процессе общения с другими людьми. Слово как средство общения и как средство обобщения образует в своем развитии единство.

Мы не будем подробно рассматривать здесь противоречие в концепции Л. С. Выготского, которое хорошо сформулировано А. Н. Леонтьевым и А. Р. Лурия [175]. Как правильно указывают названные авторы, общие теоретические положения Л. С. Выготского, заключающиеся в понимании сознания как продукта взаимодействия с окружающим миром, вступают в противоречие с частными выводами его исследований, с тем положением, что сознание выступает как продукт духовного общения с людьми. Поэтому единицей индивидуального сознания для него было значение слова — продукт культурно-исторической жизни общества.

Однако, несмотря на это противоречие, принципиальное теоретическое положение Л. С. Выготского о том, что возможность обобщения и отвлечения является важнейшим этапом в психическом развитии человека, остается большим вкладом в нашу науку.

В своей критике работ Н. Аха Л. С. Выготский показал, что главным и решающим моментом в процессе обобщения является осуществление перехода от непосредственных интеллектуальных операций к опосредствованным операциям. Обобщенное мышление, т. е. мышление в понятиях, является для Л. С. Выготского не количественно усложненной низшей формой, а представляет собой другой тип деятельности.

Основываясь на своих собственных исследованиях и на работах своих сотрудников (Л. В. Занкова, И. М. Соловьева, Ж. И. Шиф), Л. С. Выготский проводит анализ различных ступеней обобщения, соответствующих разным генетическим этапам развития, — от мышления синкретами до мышления в понятиях. Мышление в понятиях является высшей формой отражения. По выражению Л. С. Выготского, мышление в понятиях предполагает обогащение действительности, сила научных понятий «сказывается в той сфере, которая целиком определяется высшими свойствами понятий — осознанностью и произвольностью» [50; 289]. Следовательно, мышление в понятиях должно означать иное отношение к объекту, возможность установления иных связей между объектами. С другой стороны, оно должно представить возможность установления связи между самими понятиями. Установленные и обобщенные в прежнем опыте системы связей не аннулируются, образование обобщен-

ний идет не только путем нового совершаемого обобщения единичных предметов, а и путем обобщения прежних обобщений. Л. С. Выготский неоднократно возвращался к исходному для него положению В. И. Ленина о том, что мышление в понятиях дает человеку возможность совершать отлет от тех впечатлений и представлений, которые даются непосредственно органами чувств, чтобы, вернувшись к практике, еще полнее и глубже отражать объективную действительность.

Уровни обобщения у разных индивидуумов различны и зависят от многих условий. Поставленный в ситуацию выполнения умственной задачи здоровый человек решает ее, как правило, на том или ином свойственном ему уровне обобщения и привлекает для ее решения прежние знания, применяет их к частным условиям данной задачи; его операции носят опосредствованный характер.

Проблеме обобщения и отвлечения посвящено большое число исследований советских психологов (П. Я. Гальперин, Н. А. Менчинская, С. Л. Рубинштейн и мн. др.).

Многочисленные экспериментально-психологические исследования, проведенные над душевнобольными, обнаружили различные формы распада мышления, среди которых нарушение процесса обобщения является одним из самых распространенных. Л. С. Выготский описал нарушение понятий у больных шизофренией. Сравнительной характеристике нарушений мышления у больных, страдающих различными заболеваниями головного мозга, посвящены работы многих психологов (А. М. Аникина, Г. В. Биренбаум, Е. Ганфманн, А. Н. Залманзон, Б. В. Зейгарник, И. Казанин, В. М. Коган, М. Б. Кононова, Э. А. Коробкова, Н. М. Костомарова, М. С. Лебединский, О. Питрих, С. Я. Рубинштейн, А. М. Шуберт и мн. др.).

Исследования мышления больных, страдающих различными заболеваниями мозга, обнаружили, что нарушения процесса обобщения принимают различные формы. При всем их разнообразии они могут быть сведены к двум крайним вариантам:

- а) снижение уровня обобщения;
- б) искажение процесса обобщения.

Приведем наиболее общую характеристику этого нарушения, пояснив ее типичными примерами, а затем перейдем к систематическому анализу материала.

§ 1. Снижение уровня обобщения

Снижение уровня обобщения состоит в том, что в суждениях больных доминируют непосредственные представления о предметах и явлениях; оперирование общими признаками заменяется установлением сугубо конкретных связей между предметами. При выполнении экспериментального задания подобные больные не в состоянии из всевозможных признаков отобрать те, которые наиболее полно раскрывают понятие. Так, например, в опыте по методу классификации один из подобных больных отказывается объединить в одну группу кошку с собакой, «потому, что они враждуют»; другой больной не объединяет лису и жука, потому, что «лиса живет в лесу, а жук летает». Частные признаки «живет в лесу», «летает» больше определяют суждения больных, чем общий признак «животные».

При ярко выраженном снижении уровня обобщения больным вообще недоступна задача на классификацию: для испытуемых предметы оказываются по своим конкретным свойствам настолько различными, что не могут быть объединены. Даже стол и стул нельзя отнести к одной группе, так как «на стуле сидят, а на столе работают и кушают». Больной отказывается объединить ключ и ножницы, так как они разные: «Это ключ, а это ножницы, что же может быть между ними общего?». В некоторых случаях больные создают большое количество мелких групп на основании чрезвычайно конкретной предметной связи между ними, например: ключ и замок, перо и ручка, нитка и иголка, тетрадь и карандаш. Иногда испытуемые объединяют предметы как элементы какого-нибудь сюжета (больной рассказывает что-нибудь по поводу этих предметов), но классификация не производится. Например, одну группу составляют яйцо, ложка, нож; другую — тетрадь, перо, карандаш; третью — замок, ключ, шкаф; четвертую — галстук, перчатки, нитки и иголки и т. д. При этом испытуемый объясняет: «Он пришел с работы, закусил яйцом из ложечки, отрезал себе хлеба, потом немного позанимался, взял тетрадь, перо и карандаш...».

Такого рода ошибочные решения мы обозначаем как *конкретно-ситуационные сочетания*.

Возможность оперирования обобщенными признаками характеризует мышление как деятельность аналитико-синтетическую. Поэтому нарушения типа конкретно-ситуационных сочетаний больше всего обнаруживались при выполнении наших основных заданий (классификация предметов, объяснение пословиц и т. д.), в которых эта умственная операция четко выступает.

Среди всех обследованных больных выделяется группа таких, которые выполняли эти задания в описанном выше конкретно-ситуационном плане.

Таблица 2 показывает выполнение больными задания на классификацию предметов по типу конкретно-ситуационных сочетаний.

В основном такие решения были у олигофренов (у 95% этих больных), а также у больных с рано начавшимся эпилептическим процессом (86%). Такой тип решений наблюдался и у значительного числа больных, перенесших тяжелые формы энцефалита (70%).

В психическом состоянии этих больных, как правило, не отмечалось психотической симптоматики (бред, галлюцинации, расстройств сознания); преобладали данные об их общем интеллектуальном снижении.

Эти больные могут правильно выполнить какую-нибудь несложную работу, если ее условия ограничены и жестко predeterminedены. Изменение условий вызывает затруднения и неправильные действия больных. В больной обстановке они легко подчиняются режиму, принимают участие в трудовых процессах, помогают персоналу; однако часто вступают в конфликты с окружающими, не понимают шуток, вступают в споры с другими слабоумными больными.

В некоторых случаях, при более выраженной степени заболевания, больные затрудняются даже в сортировке по конкретному признаку. Так, например, один из больных эпилепсией составляет следующую группу: петух, козел, собака, лошадь, кошка. Казалось бы, что им образована группа на основании обобщенного признака «животные», но больной тут же объясняет: «Вот у крестьянина собака, петух, козел — все это в хозяйстве; может быть, кошка ему не нужна, хотя нет, если есть собака, может быть и кошка». Составленная им груп-

па — это не группа «животных» вообще и даже не группа «домашних животных», а конкретные животные у конкретного хозяина, у которого может и не быть кошки. Иногда мы сталкивались с таким решением задачи, когда больные предлагали разделить предметы по признаку определенного вида производства: писчебумажного, хозяйственного, жестяно-скобяного и т. д.

Иногда предметы сортируются таким образом, что объединенными оказываются лишь ближайшие два предмета. Например, к столу присоединяется диван («у стола надо сидеть»); к дивану прикладывается книга («на диване хорошо читать»), тетрадь («может, написать нужно что-нибудь»), карандаш («пишут карандашом или ручкой, здесь ее нет»). Сама задача классификации больными не принимается.

Таблица 2

Выполнение задания на классификацию предметов по типу конкретно-ситуационных сочетаний

Диагноз	Общее количество больных	Количество больных, выполнивших задание по типу конкретно-ситуационных решений
Шизофрения	155	14 (9,0)*
Эпилепсия	50	43 (86,0)
Сосудистые заболевания головного мозга	125	5 (4,0)
Травмы	170	7 (4,1)
Олигофрения	40	38 (95,0)
Энцефалиты	30	21 (70,0)
Прогрессивный паралич	30	11 (36,7)
Маниакально-депрессивный психоз	15	2 (13,3)
Психопатия	30	—

* В скобках указано количество больных в процентах.

Все эти примеры указывают на то, что операция классификации, в основе которой лежит выделение ведущего свойства предмета, отвлечение от множества других конкретных свойств, особенностей предметов, вызывает затруднения, и больные прибегают к ситуационному обоснованию групп.

Аналогичные результаты были выявлены у этой группы больных при выполнении задания по методу исключений (описание метода см. на стр. 59). В таблице 3 приводится распределение решений по типу конкретно-ситуационных сочетаний в этом эксперименте.

Так как один и тот же больной не всегда выполняет все 10 предложенных ему заданий по определенному типу, в таблице приведено общее число предложенных заданий и общее число конкретно-ситуационных решений для каждой группы больных. Наибольший процент таких решений обнаружился у олигофренов (87,5%) и у больных эпилепсией (78,9%), т. е. у тех больных, которые и задание на классификацию предметов выполняли по типу конкретно-ситуационных сочетаний (соответственно 95% и 86% решений). Так, например, при предъявлении карточки, на которой изображены три

Таблица 3

Выполнение задания на исключение лишнего предмета по типу конкретно-ситуационных сочетаний

Диагноз	Количество больных	Общее количество предложенных заданий	Количество конкретно-ситуационных решений*
Шизофрения	155	1550	230 (14,8)**
Эпилепсия	45	450	355 (78,9)
Сосудистые заболевания головного мозга	125	1250	350 (28,0)
Травмы	160	1600	316 (19,8)
Олигофрения	40	400	350 (87,5)
Энцефалит	20	200	84 (42,0)
Прогрессивный паралич	30	300	220 (73,3)
Маниакально-депрессивный психоз	10	100	30 (30,0)
Психопатия	30	300	50 (16,7)

* В это число входит и отказ от выполнения задания.

** В скобках указано количество конкретно-ситуационных решений в процентах.

пары часов и монета, один из больных этой группы не соглашается исключить деньги: «Нет, деньги не лишние. Во-первых, без денег не проживешь, потом ведь только на деньги можно купить часы». Когда же в процессе исследования экспериментатор объяснил, что монета здесь лишняя, больной серьезно протестовал и старался доказать общность часов и денег тем, что «и часы, и деньги я могу в карман положить». Другой больной из этой группы при предъявлении предметов «термометр, часы, весы, очки» заявляет, что надо удалить термометр, так как он «нужен только больному человеку». Больная из этой же группы предлагает объединить часы, термометр и очки, так как «если человек близорукий, он смотрит на термометр и на часы через очки».

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

В таблице 4 приведены некоторые типичные ответы больных, свидетельствующие о том, что больные оперируют такими свойствами вещей и устанавливают такие взаимосвязи, которые являются несущественными для выполнения задания.

При более выраженной степени интеллектуального снижения больные не могут понять самого смысла предлагаемой задачи. Они не могут усвоить, что для исключения четвертого лишнего предмета необходимо объединение трех предметов по какому-то принципу, руководствуясь которым надо противопоставить им четвертый. Сама умственная операция объединения и противопоставления оказывается им не под силу.

Нередко сразу же после ознакомления с инструкцией больные протестуют: «Здесь ничего лишнего нет, все предметы нужны». Так, больная Д. (результаты исследования которой приведены ниже) при предъявлении изображений ботинка, туфли, сапога и ноги заявляет: «Извините, здесь нет ничего лишнего. Это человеческая нога, на нее можно и туфель, и ботинок, и сапог, и чулок надеть... Да, здесь чулок нет... Если женская нога,

Таблица 4
Типичные ответы больных со сниженным уровнем обобщения в эксперименте по методу исключений

Предъявленные картинки	Больной	Ответы больного
Лампа керосиновая, свеча, лампочка электрическая, солнце То же	К. (олигофрения) Д (эпилепсия) С. (эпилепсия)	Надо удалить свечу. Она не нужна, если есть лампочка. Не надо свечи, она быстро сгорает, она невыгодна, и потом уснуть можно, может загорится. Не нужна лампа керосиновая, сейчас повсюду есть электричество. Может, и свечу удалить?... Нет, ее нужно оставить, вдруг испортится электричество. У нас так бывает часто, тогда про запас нужна свеча. Если днем, то нужно удалить солнце, и без него светло, ну, а если вечером, то (больной задумывается)...
Весы, часы, термометр, очки То же	К-н (эпилепсия) » С-в (олигофрения) Р-в (эпилепсия)	Вечером все равно нет солнца... Нет, неправильно, днем надо удалить свечу, оставить солнце, а вечером не надо солнца. Не нужен термометр. Здесь нет врача, здесь нет больницы. Не нужны весы. Они нужны в магазине, когда надо завешивать. Удалить надо градусник, он только в больнице нужен. Не знаю, все нужно. Часы для времени, градусник измерять температуру, Очки можно, если человек видит хорошо но если он близорукий, то они нужны ему. Весы не всегда нужны, но тоже полезны в хозяйстве.

то туфель... А может у нее нога больная — то ботиночки... Для мужчины сапог подходящий, я так сужу». Когда же экспериментатор предлагает исключить ногу, так как она является частью тела, а остальные три предмета представляют собой обувь, больная смеется: «Что это вы шутите, не понимаю? Разве можно ногу удалить? Если бы не было у человека ноги, то зачем ему нужна обувь?».

Другой больной (олигофрен) тоже не соглашается с предложением экспериментатора исключить ногу: «Здесь ведь только одна туфля, один ботинок и один сапог, пары нет. Так как же их одеть? Их скорее можно отбросить, а ногу уже обязательно оставить надо. Можно и с одной ногой, с костылем ходить можно, хоть и неудобно». Больные подходят к изображенным предметам с точки зрения их жизненной пригодности и не могут выполнить того теоретического действия, которого требует от них задача.

* * *

Невозможность выполнения задания в обобщенном плане, неумение отвлечься от отдельных конкретных свойств предметов связаны с тем, что больные не могут усвоить условности, скрытой в задании.

Особенно четко выступает такое непонимание условности при толковании испытуемыми пословиц и метафор.

Как известно, пословицы являются таким жанром фольклора, в котором обобщение, суждение передается через изображение отдельного факта или явления конкретной ситуации. Истинный смысл пословицы только тогда становится понятным, когда человек отвлекается от тех конкретных фактов, о которых говорится в пословице, когда конкретные единичные явления приобретают характер обобщения. Только при этом условии осуществляется перенос содержания ситуации пословицы на аналогичные ситуации. Такой перенос сходен по своим механизмам с переносом способа решения одной задачи на другую, что особенно четко выступает при отношении фраз к пословицам. Рассматривая проблему переноса, С. Л. Рубинштейн отмечает, что «в основе переноса лежит обобщение, а обобщение есть следствие

анализа, вскрывающего «существенные связи» [262; 67].

Исследованию понимания переносных значений посвящен ряд работ как отечественных, так и зарубежных авторов. Так, работами Ж. Пиаже [234], Л. С. Выготского [50] показана взаимосвязь между пониманием переносных значений и уровнем образования понятий.

К. Шнейдер [477], Э. Гадлих, К. Гольдштейн [406] установили, что больные с заболеванием центральной нервной системы часто не могут понять переносного смысла пословиц и метафор. Экспериментальный материал, собранный этими авторами, представляет интерес, однако они рассматривали нарушение понимания переносного смысла как самостоятельный факт, придавали ему самодовлеющее значение, связывая это нарушение непосредственно с измененным значением слов. Между тем процесс непонимания переносного смысла пословиц неоднозначен. Больше того, редко наблюдаются факты полного непонимания переносного смысла. Как правило, оно бывает неполным, лишь частично измененным.

Затруднения в понимании переносного смысла предложений зависят не только от измененного значения слов, но и от других факторов (неадекватного отношения больного к поставленной перед ним задаче, измененной динамики мышления и т. д.). Не останавливаясь на всех этих факторах — о них будет идти речь в следующих главах, — мы хотим здесь указать, что больные, которые не могли выделить обобщенный признак в опыте на классификацию предметов, часто не могут передать переносного смысла пословиц. «Куй железо, пока горячо» означает, по мнению одного из больных, что «железо нельзя ковать, когда оно холодное». Другой больной заявляет: «Железной рука не бывает. Если речь идет о протезе — его делают из дерева, а не из железа». Другой больной при предъявлении пословицы «Не в свои сани не садись» говорит: «Зачем же в чужие сани садиться? Как же это? Нехорошо в чужие сани лезть!». Экспериментатор пытается объяснить, что эту пословицу можно применять и не в отношении саней. Больной не соглашается: «Как же это случилось, чтобы в чужие сани сесть? Может быть, кто задумался и по рассеянности не в своих санях уехал?». Экспериментатор: «Ну, а если человек не за свое дело взялся, можно

применить эту поговорку?». Больной: «Нет, нельзя, тут ведь сани, а там какое-то дело». Лишь с большим трудом удавалось в некоторых случаях объяснить больному переносный смысл; однако при предъявлении следующей поговорки такой больной опять пытался передать лишь ее конкретное содержание. Вследствие того что слово выступает для больных в его конкретном значении, они не могут осмыслить ту условность, которая кроется в поговорке.

В некоторых случаях отсутствие свободного охвата условного значения выражается в том, что, хотя больные способны понять переносный смысл, пословица кажется им недостаточно точной, не отражающей все фактически возможные жизненные случаи. Так, один больной не соглашается с пословицей «Шила в мешке не утаишь», заявляя: «Это не всегда так. Бывает же, что жулики скрываются, их не поймает. Я знаю такой случай». Другой больной заявляет по поводу поговорки «Волков бояться — в лес не ходить»: «Это неверная пословица. Иногда не нужно рисковать; эта пословица проповедует лихачество».

В данном случае больные в состоянии понять условный смысл пословицы, однако тот факт, что она не может быть применена ко всем жизненным случаям, мешает им признать ее правильность. Больные не могут отвлечься от того, что смысл пословицы может не совпадать с частными жизненными ситуациями. Следовательно, и в этих случаях выступает чрезмерная связанность суждений больных реальными жизненными фактами, неумение абстрагироваться от них, что приводит к непониманию условности содержания пословицы и метафоры.

Особенно четко выступает непонимание условности в опыте на опосредствованное запоминание (по методу пиктограмм). Как мы уже указали в главе «Методы исследования», сложность этого задания состоит в том, что рисунок не может (и не должен) отразить того обилия ассоциаций, которые могут актуализироваться при восприятии слова; необходимо отобрать лишь какую-нибудь из них, которая способна «стать» на место

слова, а это возможно лишь при достаточном уровне обобщения.

Г. В. Биренбаум [30] с помощью этой методики обнаружила у больных с грубыми органическими поражениями мозга преобладание конкретно-ситуационных связей; она указывает, что затруднение в правильном установлении условных связей было связано с нарушением образования понятий.

Проведенные нами исследования подтвердили эти данные. У описываемой группы больных этот эксперимент вызывал значительные трудности. Так, при необходимости найти рисунок для запоминания слова «развитие» больной К. говорит: «Какое развитие? Оно бывает разное: и развитие мускулов, и умственное развитие. Какое же вы хотите?». Этот же больной не может придумать рисунок для запоминания слов «тяжелая работа»: «Что вы называете тяжелой работой? Мне трудно было в школе задачи решать, а вам, вероятно, тяжело заниматься физическим трудом, вы слабая. Не понимаю, что нарисовать?». Другой больной затрудняется найти рисунок для запоминания словосочетания «больная женщина». Больной пытается нарисовать кровать, но сразу же заявляет, что этот рисунок не подходит, так как больная женщина не обязательно должна лежать: «У нее может быть грипп, и она его на ногах переносит». Тогда испытуемый решает нарисовать столик с лекарствами, но и это его не удовлетворяет: «Ведь не обязательно больная женщина лекарства принимает. Может быть, она лечится физиотерапией, может быть, у нее только зубы болят, а может быть, у нее роды... Хотя нет, роды не болезнь» и т. д.

Некоторые больные пытаются почти фотографически отобразить в рисунке жизненную ситуацию. Так, при необходимости запомнить выражение «веселый праздник» больной говорит: «Что же нарисовать? Надо бы гармонь, пляску или можно еще накрытый стол, бутылочки бы надо, ну и еду. Как же это все изобразить? Я же не художник, да и художнику долго надо рисовать».

Исследуя больных с грубыми поражениями мозга, Г. В. Биренбаум отмечала в приведенной выше работе, что затруднения при выполнении этого задания столь велики, что иногда больные не могут остановиться на

каком-нибудь конкретном определенном рисунке, так как ни один не передает достаточно полно и точно конкретное значение слова. Аналогичные факты наблюдались и у наших больных. Так, один из них хочет для запоминания слов «голодный человек» нарисовать хлеб, но тут же отвергает этот рисунок как неправильный: «У голодного человека-то ведь как раз и нет хлеба». Тут же он решает изобразить фигуру худого человека, но и этот рисунок его не удовлетворяет, ибо «ведь человек может быть худой не из-за голода, а из-за болезни».

Не будучи в состоянии понять условность, содержащуюся в задании, больные часто пытаются уточнить буквальный смысл слова. Так, больной, данные которого мы только что приводили, с раздражением упрекает экспериментатора: «Вы же мне не сказали, какой это голодный человек и почему он голодный: потому ли, что жертва стихийного бедствия, или потому что он безработный в капиталистической стране, или он просто не успел покушать». Вместо обобщенного понятия «голодный человек» выступают разные представления о голодном человеке в разных ситуациях.

Приведем типичные примеры выполнения пиктограмм больными эпилепсией.

Больной А. *Веселый праздник*. Как же его изобразить? Ведь веселиться-то можно по-разному. Один любит в праздник в кино сходить — это для него веселье. Ну, другой — выпить... Это, конечно, нехорошо... Ну, немного со знакомыми, приятелями так... для другого веселье в том, что он погуляет в кругу своей семьи, с детками там, или в цирк с ними сходит. Как же это изобразить? Ну, а можно иначе подойти, с точки зрения общественной. Есть у нас всенародные праздники, для всех, ну, например, Первое мая. Демонстрацию изобразить, тогда надо много флагов. (Больной рисует флаг, но не удовлетворяется.) Один флаг недостаточно, надо много флагов, толпу, но я не умею рисовать...

Больной А. М-ва. *Темная ночь*. Как изобразить, чтобы видно было, что, во-первых, ночь и что темная, во-вторых. Можно луну нарисовать, но тогда ведь светло... Ну, конечно, когда не полнолуние, а только полумесяц, тогда не светло. Но все-таки это не покажет мне, что именно темная ночь. Нарисую я тучу (штрихует). Но ведь тучи бывают не только ночью, они собираются и днем, или перед грозой собираются черные тучи, становится темно. Вот Тургенев описывал хорошо грозу, кажется в «Записках охотника», но ведь это не означает ночи. Лучше я изобразю лампу, она зажигается ночью. Правда, часто ее зажигают и вечером, в сумерках... Многие зажигают в сумерки, хотя это вредно для глаз, — я так не делаю, я и сумерничать люблю. Что же изобразить, чтобы запомнить «темная

ночь?.. Я нарисую луну и лампу. Луна — для ночи, а лампа — для того, чтобы запомнить, что она темная. Но это не так, не нравится мне то, что я рисую. Вель это все не то, как говорится...

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

Больной К-в. *Сомнение.* Как это сделать, в чем можно сомневаться? Ведь можно в людях сомневаться, можно сомневаться в том, что не знаешь, какое решение принять. Слабовольные люди часто сомневаются. Можно сомневаться и в вещах. Вот купишь вещь, например материал на костюм или платье. Как знать, чистая ли шерсть или нет? Видите, как можно сомневаться по поводу скольких вещей, а вы хотите, чтобы я так сразу и изобразил. Для этого надо обладать талантом, надо уметь все это изобразить, а одним каким-нибудь рисунком невозможно это сделать, я так не согласен...

Таким образом, сопоставление данных, полученных с помощью различных методов (классификация предметов, метод исключения, объяснение пословиц и метод пиктограмм), обнаружило у больных эпилепсией, энцефалитом и у олигофренов нарушения процесса обобщения: конкретно-ситуационный характер их суждений, непонимание переноса, условности. Эти больные были объединены нами в группу больных, у которых нарушение мышления квалифицировалось как снижение уровня обобщения.

Снижение уровня обобщения обнаружилось не только при выполнении описанных экспериментальных проб, требовавших более или менее сложной аналитико-синтетической деятельности, но и при актуализации ассоциаций.

Ассоциативный эксперимент, проведенный с больными этой группы (30 больных эпилепсией и 20 олигофренов), обнаруживает необобщенный характер их ассоциаций. В 33,3% случаев (всего было предъявлено 1050 слов) ответная реакция отсутствовала; само требование «отвечать любым словом» являлось для больных слишком условным заданием: «Стол есть стол, что же мне говорить?». 34,3% ответных реакций больных являлись обозначением функции или признака предмета

(«карандаш» — «пишут»; «ягода» — «красная»), 11,4% ответов были синонимами предъявленного слова и лишь 21% ответов носил адекватный характер.

Для иллюстрации всего вышесказанного о мышлении больных описываемой группы (снижение уровня обобщения) приведем выписки из истории болезни и данные экспериментально-психологического исследования нескольких больных.

Больной Д. (история болезни д-ра Я. И. Чехович), 1921 г. рождения. В возрасте 11 месяцев перенес менингоэнцефалит. Развивался с задержкой. Учился во вспомогательной школе, специальности не получил. С 16 лет начал работать подсобным рабочим. Физический труд любит, исполнительен, старателен. Легко раздражается, вступает в конфликты. Отмечаются вспышки психомоторного возбуждения с импульсивными поступками (рвет на себе белье, выбрасывает вещи из окна), в связи с чем был неоднократно стационарирован в больницу.

Больной правильно ориентирован в месте и времени, суетлив, многоречив, стереотипно повторяет одни и те же фразы, вступает в конфликты с больными, плохо подчиняется режиму отделения, однако участвует в трудовых процессах.

В опыте «классификация предметов» больной не сразу понимает инструкцию («Они же все разные»), пытается сосчитать карточки. После дополнительного объяснения экспериментатора в одну группу кладет изображения телеги и лошади, в другую — врача и термометра, говоря: «Пускай он мерит температуру». В третью группу относит шкаф, кастрюлю, свеклу: «Это все можно варить в кастрюле и поставить в шкаф». Цветок он объединяет с жуком и птичкой, поясняя: «Надо жука посадить на цветок. Птицы кушают жуков, но этот слишком большой... Я видел, как птицы кормят своих птенцов». Платье он объединяет с уборщицей: «Она его будет носить». Лису, медведя и дерево объединяет в одну группу: «Эти живут в лесу». Экспериментатор пытается помочь больному установить более общие связи между предметами, но безуспешно. Так, предложение объединить в одну группу кошку и собаку больной отвергает: «Они не живут мирно». Точно так же больной не соглашается объединить в одну группу рыбу, лисицу, волка и козу: «Нет, так нехорошо. Рыба плавает, лиса и волк живут в лесу, а коза бегает по двору. Их нельзя объединить». Больной не в состоянии объединить карточки по обобщенному признаку, он руководствуется при выпол-

нении задания сугубо конкретными, частными признаками.

В опыте на раскладывание картинок в последовательном порядке больной описывает детали каждой отдельной картинке, не увязывая их в одно целое: «Здесь сломалась телега, а здесь (картинка № 4) чинят; здесь человек гуляет (показывает на картинку № 2, изображающую возчика, идущего в деревню за помощью). Здесь едет телега (картинка № 5)».

Экспериментатор. Где начало рассказа?

Больной. Вот начало (показывает на картинку № 1), сломалось колесо.

Экспериментатор. Где продолжение?

Больной. Вот чинят (№ 4).

Экспериментатор. А потом?

Больной. Вот идет с топором... Вероятно, лес рубит (№ 3).

Экспериментатор. Куда идет возчик?

Больной. Рубить деревья.

Экспериментатор. А, может, в деревню за помощью?

Больной. Да, тогда это будет вторая картинка. Точно.

Больной кладет после первой картинке вторую, потом четвертую, затем обращается к картинке № 3, где изображен возчик, возвращающийся с помощником. Только после наводящих вопросов экспериментатора больному удается разложить картинки в правильном порядке.

Больной долго не понимает инструкцию в ассоциативном эксперименте: «Стол и есть стол, что же тут еще сказать?». После дальнейших разъяснений и приведенных примеров больной приступает к выполнению задания. Ответные реакции больного (табл. 5) представляют собой либо определения слова-раздражителя («воздух» — «чистый»), либо его непосредственную функцию («лампа» — «зажигают», «хлеб» — «едят»). Из 21 ответной реакции три являются определением, семь — обозначением функций предметов; 10 ответных реакций означают собой повторение слова-раздражителя («падение» — «падать», «брат» — «брат есть брат»). Следовательно, ассоциации больного носят леобобщенный характер, их диапазон узок. Ограниченность диапазона ассоциаций особенно отчетливо выступает при повторном предъявлении тех же слов-раздражителей с инструкцией отвечать иным словом, чем при первом предъявлении. Как видно из таблицы 7, наш

Таблица 5

Данные ассоциативного эксперимента (больной Д.)

Слово-раздражитель	Первое предъявление		Второе предъявление*	
	латентный период (в сек.)	ответная реакция	латентный период (в сек.)	ответная реакция
хлеб	1,5	едят	1,5	булка
лампа	2,5	зажигают	2	зажечь
пение	2	хорошее	2,5	хорошее
колесо	2,5	вертится	2,5	вертится, оно круглое
красота	3,5	красивая	2,5	хорошая
война	2,5	война	2	война, война
красный	1,5	цвет	2	темно-красный
воздух	2,5	чистый	2,5	воздух, не знаю
голубой	2,5	цвет	2,5	цвет
звонок	3,5	звенит	4,5	колокольчик
гора	1,5	высокая	2,5	высокая, нет, ну колпак
луна	2,5	месяц	2,5	месяц, ну полу-месяц
брат	2	брат есть брат	3,5	брат, родной брат
лечение	1,5	вылечить	2,5	лечить, да лечение хорошее
топор	2,5	топор, колун	3,5	топор, топориче
падение	2,5	падать	5	не знаю
голова	1,5	болит	3,5	голова
бежать	2,5	быстро	3,5	бежать; ходить
ягода	2,5	малина	3,5	клюква
шуметь	2	громко	2,5	кричать
глубина	2,5	глубоко	3,5	не знаю

* Инструкция: «Отвечайте не тем словом, которым ответили раньше».

больной реагирует либо теми же словами, что и при первом предъявлении, либо его ответы являются повторением слова-раздражителя. Лишь в 5 случаях он реагировал другим словом (при этом одно из них является синонимом слова-раздражителя: «звонок» — «колокольчик»).

Понимание метафор и пословиц у больного затруднено. При предложении объяснить метафору «Золотая голова» больной говорит: «Золотой головы не бывает,

это только на памятнике может быть позолоченная голова». Пословицу «Куй железо, пока горячо» больной объясняет следующим образом: «Если железо холодное, оно не мягкое, его нельзя ковать; из него не сделаешь подковы для лошадей». На вопрос экспериментатора, можно ли такую поговорку применить к врачам, больной отвечает: «Нельзя. Врач лечит, а не куёт, он не кузнец».

Таким образом, и данные этой экспериментальной пробы показывают, что больной не в состоянии отвлекаться от конкретных, привычных связей и отношений между предметами.

Для иллюстрации приведем еще одну выписку из истории болезни и данные психологического исследования.

Больная С. (история болезни д-ра А. С. Ремезовой), 1905 г. рождения. Диагноз: эпилепсия. В трехлетнем возрасте перенесла ушиб головы. В школе училась с трудом и мало. В 15-летнем возрасте появились судорожные припадки с потерей сознания, которые постепенно учащались, резко стала слабеть память, сообразительность. С 1941 г. в связи с ухудшением состояния периодически стационарировалась в психиатрическую больницу, получала лечение люминалом, последний раз в 1952 г. В отделении больная вялая, молчалива. В движениях и ответах медлительна. Запас слов беден, круг интересов снижен. С персоналом угодлива, иногда раздражительна, злобна. Наблюдались частые эпилептические припадки (приблизительно 1 раз в неделю) с судорогами и потерей сознания, которые заканчивались сном.

Патофизиологическое исследование (проведенное С. М. Павленко) обнаружило непрочность дифференцировочной реакции, явления последовательного торможения, слабость раздражительного процесса и ослабление внутреннего торможения.

При предъявлении задания на классификацию предметов больная долгое время не может осмыслить инструкцию, подолгу рассматривает карточки. Берет в руки изображение гуся и говорит: «Здесь такого больше нет, это гусак, больше гусаков нет» (откладывает карточку в сторону). Берет карточку с изображением моркови: «Это морковка... Ишь ты, какая красивая коротель, больше таких нет». Экспериментатор предлагает положить морковь в одну группу со свеклой, больная протестует: «То морковка, а это свекла-бурак, они разные». Подумав, продолжает: «Можно из них борщ варить, и капуста туда». Ищет карточку с капустой: «Ее нет». Экспериментатор повторяет инструкцию еще раз, пред-

лагая объединить подходящие предметы в одну группу. Больная кладет корову с козой, говоря: «Они вместе пасутся». Экспериментатор предлагает положить туда же медведя, больная испуганно возражает: «Что ты, он съест ее». Предложение экспериментатора объединить в одну группу кузнеца и уборщицу больная принимает: «Пусть их, это муж и жена, а где детки?». Ищет среди карточек, находит лыжника: «Это их сынок».

Задание на установление последовательности событий выполнялось следующим образом. Больная держит в руках картинку № 3, говорит: «Идут, а этот (показывает на картинку № 5) едет в лес... Знать, хотели ехать за дровами, поехали, а этот остается, этот домой хочет ехать». Берет в руки картинку № 4: «Здесь сломалось колесо». Разглядывает картинку № 1: «Много мешков наложили». Экспериментатор повторяет инструкцию. Больная обращается к картинке № 4 и говорит: «Дяденька поехал куда-то». Раскладывает картинки в следующем порядке: № 5, 3, 4, 2, 1; объясняет: «Дяденька поехал куда-то, на дороге увидел вроде что-то... Колесо свалилось... Потом побежал... Молоток, знать, понадобился... А этот (картинка № 1) стережет, чтобы не стащили. Синий побежал, а этот, в красной рубашке, остался. И куда он бежит?.. А колесо-то так и валяется... Муки-то много погрузили, вот и сломалась телега... Не посмотрели, не по-хозяйски».

Данные ассоциативного эксперимента (табл. 6) выявляют ограниченный, элементарный характер ассоциаций у больной. В основном ее ответные реакции представляют собой либо весьма элементарное определение слова-раздражителя («пение» — «хорошее»; «колесо» — «круглое»), либо эхоталии («бежать» — «бежать»; «шуметь» — «шум»). При повторном предъявлении слов-раздражителей больная отказывается от ответа, часто же ограничивается повторением слова-раздражителя либо реагирует предыдущим ответом.

Больной К. (история болезни д-ра Я. И. Чехович), 1917 г. рождения. Диагноз: параинфекционный энцефалит. Галлюцинаторно-паранойдный синдром.

Больной родился недоношенным. В раннем детстве часто болел (перенес воспаление легких, дважды дифтерит). Ходить и говорить начал с опозданием. Уже с раннего детства стало заметным умственное отставание. Учился во вспомогательной школе. С детства подвергался насмешкам со стороны детей, не мог себя защитить.

Таблица 6

Данные ассоциативного эксперимента (больная С.)

Слово-раздражитель	Первое предъявление		Второе предъявление*	
	латентный период (в сек.)	ответная реакция	латентный период (в сек.)	ответная реакция
хлеб	2	хлебушек	2	бумага
лампа	2,5	свет	2,5	светить
ление	2,5	хорошее	3,5	петь
колесо	1,5	круглое колесико	3	колесо... не знаю
красота	3,5	не знаю	3	не знаю
война	3,5	воюют	5	молчит
красный	3	цвет	2	цвет голубой
воздух	5,5	в комнате	5	воздух есть такой
голубой	1,5	синий	2,5	голубой
звонок	8	звенит	3	веселый
гора	3,5	гора высокая	4	высокая
луна	3,5	круглая	3,5	луна, солнце
смех	8	хохочут	3,5	хохочут
брат	2	родной	2,5	сестра
лечение	3,5	лечат больных	5	не знаю
топор	5	дрова колют	4	острый топор
голова	3	болит головушка	4,5	голова
бежать	3,5	бежать	3	стоит
ягода	2	сладкая или кислая	3,5	кислая
шуметь	2	шум	3,5	шуметь
глубина	5,5	не знаю	3	глубоко в колодеце

* Инструкция: «Отвечайте не тем словом, которым ответили раньше».

Всегда медленно двигался, медленно думал. В дальнейшем все попытки устроить больного на работу были неудачными из-за крайне медленных темпов работы, хотя больной делал все очень тщательно. С 1944 г. работал в переплетной мастерской дневного стационара психо-неврологического диспансера. В конце апреля 1950 г. после гриппа начал высказывать бредовые идеи преследования, слышал голоса, «которые грозили его убить, куда-то вызывали». Испытывал сильный страх, особенно ночью, появилось возбуждение.

Неврологический статус. Симптом Гордона слева. Экзофтальмус. Реакция на свет вялая. При конвергенции отклоняется кнаружи левый глаз. Асимметрия носогубных складок. Справа симптом Маринеско. Гипотония в конечностях. Коленные и Ахилловы рефлексы справа живее. Пошатывание в позе Ромберга. Гипомимия. Тремор век, языка, пальцев рук. Саливация.

Психическое состояние. Медлитель, назойлив. Обращается со стереотипными просьбами. О своих переживаниях рассказывает охотно. Убеден в том, что его преследует определенная группа лиц, с которыми он живет в одном доме. В больнице голосов не слышит, но думает, что некоторые больные «связаны с его врагами или друзьями». Запас знаний, приобретенный в школе для умственно отсталых, сохранен. Интересы крайне узкие.

В опыте на классификацию предметов больной спрашивает: «Сосчитать надо, да?». Экспериментатор: «Нет, считать не надо, надо разложить подходящие к подходящим». Больной смотрит не понимая. Тогда экспериментатор берет карточки с изображениями слона и лопаты и говорит: «Вот ведь, например, слона и лопату не положишь в одну группу». Больной улыбается, радостно кивает головой: «Понимаю, надо животное к животному». Начинает раскладывать. Образует следующие группы: 1 — поросенок, лошадь («Это животные»); 2 — кузнец, уборщица («люди»); 5 — фиалка, куст («цветы»); 6 — кошка и собака (молчит); 7 — шкаф, этажерка («Это в комнате»). Не разложенными в группы остаются карточки: телега, самолет, жук, лопата, гусь. Далее опыт протекает следующим образом.

Экспериментатор (указывает на вторую группу). Как ты назовешь эту группу?

Больной. Это животные.

Экспериментатор. Что можно туда положить?

Больной. Не знаю.

Экспериментатор. Положим туда гуся.

Больной. Нет, нельзя, он плавает.

Экспериментатор. Положим туда жука.

Больной. Нет, нельзя, это насекомое.

Экспериментатор. Тогда положим гуся и воробья вместе.

Больной. Нет, нельзя — гусь плавает, а птичка летает.

Экспериментатор. Но ведь гусь — птица?

Больной. Да.

Экспериментатор. Ну, тогда положим их вместе.

Больной. Нет, гусь плавает, а птичка летает, и она живет в лесу.

Экспериментатор. Ну, а медведя и лису можно положить вместе с кошкой и собакой?

Больной. Нет, нельзя. Кошка и собака живут дома, а медведь и лиса живут в лесу или зоопарке, я их там видел.

Экспериментатор. Но ведь лиса и медведь тоже животные?

Больной. Да.

Экспериментатор. Это все будет группа животных. Давай положим их вместе.

Больной. Нет, они разные... Ну давайте (неуверенно, тут же спохватывается). Это будет неправильно.

Экспериментатор. Ну, а стол можно положить к этажерке и шкафу?

Больной. Это можно.

Экспериментатор. Можно к телеге положить мачину?

Больной. Нет, нельзя, они разные.

Экспериментатор. Ведь на телеге едут и на машине едут?

Больной. Если привязать телегу веревкой к машине, она будет ее тянуть, я видел так.

Остановимся на результатах выполнения задания «установление последовательности событий».

Больной начинает объяснять третью картинку (возчик с мастером идут за инструментом): «Вот они идут с топором. Вероятно, будут дрова рубить». Берет в руки вторую картинку: «А здесь он идет погулять. Видите, вот он пошел». На остальные картинки не обращает внимания. Экспериментатор повторно объясняет, что картинки надо разложить в последовательном порядке. Больной берет в руки четвертую картинку, заявляя: «Здесь сломалось колесо. Они подняли его, чинят его... А здесь (указывает на картинку № 3) они идут за дровами». Экспериментатор помогает больному, указывая, что и на второй картинке изображено сломанное колесо. Больной соглашается («Да, сломанное»), но не делает никакого вывода и продолжает рассматривать картинку. Переходит к картинке № 4: «Здесь он едет куда-то, а здесь стоит мужчина». Потом, рассматривая, возвращается к картинке № 3 и заявляет: «Здесь чинят колесо». Смотрит на картинку № 1: «Починили, опять отвалилось». В результате получается такая последовательность картинок:

№ 5. «Разрубленная доска. Человек на телеге везет корзиночку».

№ 1. «Сломалась телега, откатилось колесо».

№ 4. «Здесь уже ремонт».

№ 2. «Опять откатилось».

№ 3. «Идут работники с топорами, наверное, дрова колоть».

Приведенные экспериментальные данные показывают, что больные не в состоянии выделить существенные свойства предметов, не могут раскрыть основные связи между ними. Когда больной Д. видит карточки, изображающие платье и уборщицу, у него возникает ассоциация: «Женщина носит платье». Ассоциации же «женщи-

на — живое существо» или «платье — одежда», т. е. связи логические, не возникают.

Эта невозможность отвлечения от всей совокупности конкретных свойств и деталей предметов приводит к тому, что больные не могут правильно решить простейшую задачу, если она требует сопоставления этих свойств, отторгивания одних, выделения других. Выполняя задание «Установление последовательности событий» (поломка и починка колеса), больные руководствовались отдельными частными деталями картины, не увязывая их. Так, больной Д. начинает сначала рассуждать по поводу упавшего колеса, но, увидев на следующей картине мастера с топором, высказывает предположение о том, куда мастер направляется с топором: «Вероятно, в лес дрова рубить». Точно так же больная С. при предъявлении серии картинок, на которых изображено, как на мальчика, идущего через лес, нападают волки и как он влезает на дерево, заявляет: «Яблоки рвет, вот залез на дерево». Когда экспериментатор обращает внимание больной на снег и подсказывает, что зимой яблоки не растут, больная заявляет: «Да, действительно, как же я так?.. Зачем он залез на дерево?», но не исправляет ошибку. Любой раздражитель вызывает привычные частные ассоциации: мальчик влез на дерево, следовательно, рвет яблоки; в руках у человека топор, идет в лес дрова рубить. Отдельные детали не увязываются, не синтезируются, ситуация в целом не осмысливается. Возникающие у больных ассоциации обусловлены лишь отдельными, изолированными элементами предъявленной картинке. Смысловые взаимосвязи между элементами воспринимаемой больной ситуации не играют никакой роли в возникновении и течении ассоциации. Суждения больных о предмете не включают в себя всего того существенного, что действительно к нему относится. Поэтому познание больных неполное, несовершенное, скудное. Из-за этого чрезвычайно суженного круга ассоциаций, малого круга знаний и умений больные крайне ограничены в возможностях и могут действовать лишь при некоторых жестко предопределенных условиях. Так, например, один из подобных больных — Т. (олигофрен) работал курьером, аккуратно выполнял возложенные на него обязанности. Когда однажды ему было поручено обойти всех сотруд-

ников с листом, на котором они должны были расписаться, он ворвался на закрытое заседание, объясняя, что товарищ, докладывавший в это время, должен расписаться. Уговоры, что все это может быть сделано позже, не помогли, заседание было прервано, ибо Т. не уходил, плакал, твердил: «Мне поручено, чтобы все расписались». Изменившиеся условия ситуации не вызвали у больного изменения способа его действий.

Образец такого поведения приводится А. А. Токарским в его статье «О глупости» [316]. Речь идет о глупце из народной сказки, которого побили за то, что он смеялся во время пожара, внушив ему при этом, что огонь надо заливать водой. Когда глупец увидел на следующий день, как люди обжигали на костре свинью, он схватил ведро с водой, вылил на костер и снова был побит. Глупец, следовательно, усвоил лишь частный наказ, что огонь надо заливать водой, но не понял того, что горение огня означает здесь нечто другое. А. А. Токарский правильно замечает при этом, что глупец усвоил наставление, запомнил его, но не усмотрел при этом существенно изменившихся условий. Основная характеристика глупости, по мысли А. А. Токарского, заключается «в несоответствии действия с требованиями действительности», а это несоответствие происходит потому, что глупец не в состоянии охватить своим восприятием все то, что происходит вокруг него. «Глупец, — замечает А. А. Токарский, — видит и слышит не то, что существует в действительности, а лишь малую часть его». Неумение различать два сходных случая (огонь во время пожара и огонь в виде костра) и означает узость, необобщенность образовавшихся связей; это неумение исключает возможность анализа ситуации, возможность ориентации в новых жизненных условиях. Чтобы применить тот или иной способ решения к данному конкретному случаю, необходимо проанализировать (по Токарскому, «увидеть») все признаки и обобщить их. Этого не сделал глупец из сказки, как это не делают и наши больные, применяющие неадекватный способ решения.

Интересно отметить, что уже Э. Сеген [279] указал на то, что интеллект умственно отсталого ребенка (в терминологии Э. Сегена — идиота) «возбуждается только какой-либо одной особенностью явления, имеющего целую массу особенностей». Больше того, вступая во

взаимодействие с такими конкретными явлениями, умственно отсталый, по мнению Э. Сегена, «не только ограничивает число их до возможного минимума, но даже в сфере этого ограниченного круга он не имеет полного постоянного представления».

В работах, посвященных психологии умственно отсталого ребенка, приводятся экспериментальные данные, указывающие, что умственно отсталый ребенок не в состоянии найти общее в многообразии единичных явлений. Уже в 30-х годах Л. С. Выготский и Ж. И. Шифф обнаружили, что умственно отсталый ребенок, усваивающий наглядные системы связей, не в состоянии систематизировать свой опыт на основе обобщения и отвлечения. Структура связей, кроющихся за словами, оказывается у умственно отсталого ребенка измененной. И. М. Соловьев [299] отмечает, что вместо обобщения у умственно отсталых детей происходит приравнение старого знания и элементов нового задания. Л. В. Занков [95], [96] указывает, что для подобного рода детей трудность заключается в переходе к мыслительным задачам, решение которых требует изменения способа деятельности по сравнению с тем, который был использован ранее. Исследования, проведенные над умственно отсталыми детьми в Институте дефектологии АПН РСФСР А. Р. Лурия и его сотрудниками (Е. Д. Хомская, О. К. Тихомиров, В. И. Лубовский, А. И. Мещеряков), выявили нарушение корковой нейродинамики [182].

Используя двигательную речевую методику, А. И. Мещеряков [200] нашел, что у умственно отсталого ребенка выработанные связи, не будучи достаточно опосредствованы речью, оказываются ломкими и неустойчивыми. О. К. Тихомиров [314] обнаружил, что у умственно отсталых детей связи словесной системы недостаточно регулируют их поведение. Если связи словесные «сталкиваются» с непосредственным, то последние оказываются доминирующими, а словесные связи, сохраняясь в речевой системе, перестают регулировать реакции ребенка. Е. М. Марциновская [187] обнаружила у олигофренов отсутствие словесного анализа и обобщения непосредственных систем связей. Эти данные находятся в соответствии с исследованиями Н. И. Красногорского [153], выявившими у олигофренов слабость

раздражительного процесса и нарушения процесса дифференцировки.

Резюмируя, можно сказать, что мыслительная деятельность подобных больных несовершенно отражает предметы, явления и их взаимосвязи, ибо полноценный процесс отражения объективных свойств и закономерностей вещей всегда предполагает умение абстрагироваться от конкретных деталей. Указывая, что человеческое познание представляет собой переход от чувственного созерцания к абстрактному мышлению и от него к практике, В. И. Ленин подчеркивал, что акт обобщения представляет собой отход от конкретности. «Подход (человека) к отдельной вещи, снятие слепка (= понятия) с нее *не есть* простой, непосредственный, зеркально-мертвый акт, а сложный, раздвоенный, зигзагообразный, включающий в себя возможность отлета фантазии от жизни» [4, 370].

У наших больных этот «отлет» от единичных связей крайне затруднен. Слово не выступает у них в качестве носителя обобщения. Оно остается, по определению И. М. Сеченова [286], «кличкой». Остановившись в своей работе «Элементы мысли» на процессе образования понятия у ребенка, И. М. Сеченов указывает, что не всякое знание слова и пользование им означает овладение его значением, что хотя маленький ребенок может правильно употреблять такие слова, как «растение», «животное», слово является для него лишь «кличкой» для сходных предметов.

Лишь пользование общими понятиями приносит правильное понимание, лишь оно дает возможность адекватно действовать, лишь оно приносит человеку, по выражению И. П. Павлова, «чрезвычайную выгоду». «Клички» же не являются полноценным инструментом мышления.

* * *

При поверхностном наблюдении можно было бы сказать, что особенности мышления больных со снижением уровня обобщения в известной мере напоминают особенности мышления маленького здорового ребенка. Однако это не так. Действительно, образовавшиеся в жизненном опыте ребенка связи не носят достаточно

обобщенного характера, понятия еще не заняли в деятельности ребенка ведущей, регулирующей роли, а в некоторых случаях они еще не образовались. Однако сам по себе процесс образования новых понятий ему доступен. (Мы не касаемся вопроса о том, что этот процесс образования понятий, конечно, лимитирован возрастными особенностями ребенка.) В процессе жизнедеятельности ребенок овладевает операциями переноса, абстракции; он научается понимать условность. У нормального ребенка, несмотря на малый объем знаний и умений, непрерывно происходит образование новых понятий.

Иначе обстоит дело при интеллектуальном распаде у взрослых больных описываемой группы. В процессе исследования у них выявляется (особенно если речь идет о больных, получивших в своей жизни достаточное образование и профессиональную квалификацию) известная сохранность даже общих понятий, сохранность навыков выполнения отдельных мыслительных операций, но у них не удается сформировать новые, ранее не известные им понятия или умственные умения. В этой невозможности образовать новые обобщения, даже при наличии запаса ранее сформировавшихся понятий и знаний, и состоит характеристика органической деменции.

Дело обстоит не так, что обобщение у дементного больного снижается до того уровня, до которого поднимается обобщение у маленького ребенка. Речь идет не о том, что процессы снижения уровня обобщения, с одной стороны, и его формирования, с другой, протекая в противоположных направлениях, где-то встречаются. Низкий уровень дементного больного и недостаточный уровень обобщения маленького ребенка качественно отличаются друг от друга по своей структуре. В связи с этим следует остановиться на структуре мышления умственно отсталого ребенка.

В клинической практике часто приходится разграничивать понятия деменции и умственной отсталости. При этом нередко высказывается мысль, что при деменции происходит количественное снижение приобретенных связей, в то время как при умственной отсталости нет их накопления. Не случайно в психиатрической литературе мы часто встречаем образное сравнение дементно-

го органка с «разорившимся богачом», а олигофрени — с «бедняком, который ничего не приобрел».

Это представление о сущности деменции и умственной отсталости неправильно. Между деменцией и умственной отсталостью существует принципиальное отличие. У умственно отсталого ребенка процесс овладения новыми, особенно общими, понятиями чрезвычайно затруднен, замедлен и в значительно большей степени, чем у здорового ребенка, лимитирован в возрастном отношении. Знания о предметах и явлениях, умения и навыки у олигофрена бедны, несовершенны, но и у него совершается процесс формирования какого-то круга новых понятий и умений; поэтому олигофрены обучаемы. Дементные же больные, как мы говорили выше, хотя и владеют остатками прежних обобщений, не в состоянии усвоить новый материал, использовать свой прежний опыт.

Следовательно, мышление дементного больного по своей структуре не похоже на мышление умственно отсталого. Дементные больные не обучаемы.

§ 2. Искажение процесса обобщения

Нарушение процесса мышления, обозначенное нами как *искажение* процесса обобщения, является как бы антиподом только что описанного.

Если суждения описанных выше больных не выходят за пределы частных, единичных связей, то у больных, о которых сейчас будет идти речь, «отлет» от конкретных связей выражен в чрезвычайно утрированной форме. Больные в своих суждениях отражают лишь случайную сторону явлений, существенные же отношения между предметами мало принимаются во внимание, предметное содержание вещей и явлений часто не учитывается. Так, выполняя задание на классификацию предметов, больные руководствуются чрезмерно общими признаками, неадекватными реальным отношениям между предметами. Например, больной М. объединяет вилку, стол и лопату по принципу «твердости»; гриб, лошадь и карандаш он относит в одну группу по «принципу связи органического с неорганическим».

Подобные выполнения экспериментального задания мы обозначаем как формальные, бессодержательные

или выхоленные. Таблица 7 показывает, что чаще всего они встречаются у больных шизофренией (у 67,1% обследованных нами больных), главным образом при галлюцинаторно-параноидной форме течения болезни, и у психопатов (33,3%).

Таблица 7

Ошибки типа формальных, бессодержательных сочетаний при выполнении задания «классификация предметов»

Диагноз	Количество обследованных больных	Количество больных, выполнивших задание ошибочно
Шизофрения	155	107 (67,1)*
Эпилепсия	50	2 (4,0)
Сосудистые заболевания головного мозга	125	—
Травмы	170	4 (2,4)
Олигофрения	40	—
Энцефалиты	30	6 (20,0)
Прогрессивный паралич	30	—
Маниакально-депрессивный психоз	15	—
Психопатия	30	10 (33,3)

* В скобках указано количество ошибочных решений в процентах.

Подобные больные живут в мире своих бредовых переживаний, мало интересуются реальной обстановкой, пытаются к незначительным, обыденным явлениям подходить с «теоретических позиций». В беседе они способны затронуть вопросы общего характера, но часто не в состоянии ответить просто на конкретный вопрос. Речь больных носит вычурный характер. Так, например, говоря о шкафе, один такой больной называет его «ограниченной частью пространства»; рассказывая о товарище, которого он характеризовал как доброго человека, замечает: «Что такое добро и зло? Это определение относительно, положительное и отрицательное, как вопрос об электронах и вселенной. Плохое — это качественная сторона, значит, надо хорошую. Но плохое может сойти за хорошее, противоположности не бывает».

В таблице 8 приведены наиболее показательные примеры того, как подобные больные выполняют задание на классификацию предметов. Они проводят ее либо на основании столь общих признаков (твердость, движение), что выходят за пределы содержательной стороны явлений, либо на основании чисто внешних, несущественных признаков (отверстие).

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

Для больных со снижением уровня обобщения задание составить пиктограмму представляет трудность в силу того, что они не могут отвлечься от отдельных кон-

Таблица 8

Примеры выполнения задания «классификация предметов» по типу формальных, бессодержательных связей

Предметы, объединенные в одну группу	Больные	Объяснение
шкаф, кастрюля	М. (шизофрения, параноидная форма)	«У обоих предметов есть отверстие».
автомобиль, ложка, телега	Г-н (шизофрения, параноидная форма)	«Ложку тоже двигают ко рту».
жук, лопата	Г-н (шизофрения, параноидная форма)	«Лопатой роют землю, жук тоже роется в земле».
цветок, ложка, лопата	Д-н (шизофрения)	«Это все предметы, вытянутые в длину».
гусь, поросенок	К-в (психопатия)	«Гусь свиные не товарищи».
лопата, лошадь	Э-н (шизофрения, параноидная форма)	«Начинается на букву л».
часы, велосипед	М. (шизофрения)	«Часы измеряют время, а когда едут на велосипеде, измеряется пространство».

кретных значений слова. Это же задание позволило выявить и другую группу больных, которые выполняют его с большой легкостью, так как могут образовать любую связь, безотносительно к содержанию поставленной перед ними задачи. Условность рисунка становится столь широкой и беспредметной, что она не отражает реального содержания слова; больные могут не задумываясь предложить любую схему в качестве условного обозначения слова.

В таблице 9 приведены наиболее типичные образцы выполнения этого задания по типу бессодержательных, формальных связей. Таблица 10 показывает, что подобные выхолощенные связи большей частью возникают у больных шизофренией (64%).

Бессодержательный характер умственной деятельности больных обнаруживается и в ассоциативном эксперименте. Так, эксперимент, проведенный с 50 больными шизофренией, показал, что адекватные ответы наблюда-

Таблица 9

Примеры выполнения пиктограмм по типу формальных, бессодержательных связей

Слова, предложения для запоминания	Больные	Рисунки и объяснения
развитие развитие	М-в (шизофрения) Од-ов (шизофрения)	Две стрелки. Веревка. «Она может развиваться».
разлука сомнение сомнение	М-в (шизофрения) Э-н (шизофрения) Сим-в (шизофрения)	Лук. Рыба. «Сом». Ком глины. «У Глины есть романс «Сомнение», пусть будет глина».
девочке холодно	Л-ая (шизофрения)	«Л» «И тут, и там 4 есть буква д».
девочке холодно	Р-в (шизофрения)	Два квадрата. «Два слова вы сказали».
девочке холодно	К-в (шизофрения)	Точки и треугольник. «Означает снег ... Пусть треугольник будет девочка».
печаль	К-в (шизофрения)	Печать. «Начинается на пень».
печаль	Л-на (шизофрения)	Печка. «Начинается на л».

Таблица 10

Выполнение задания «составление пиктограммы» по типу бессодержательных, формальных связей

Диагноз	Количество больных	Общее количество выполненных рисунков	Количество бессодержательных рисунков
Шизофрения	150	1500	960 (64,0)*
Эпилепсия	35	350	30 (8,6)
Сосудистые заболевания головного мозга	105	1050	95 (9,0)
Травмы	140	1400	80 (5,7)
Олигофрения	10	100	—
Прогрессивный паралич	15	150	—
Маниакально-депрессивный психоз	10	100	—
Психопатия	30	300	99 (33,0)
Всего	495	4950	1264 (25,4)

* В скобках указано количество бессодержательных рисунков в процентах.

лись лишь в 30,4% случаев (всего было предъявлено 1050 слов). Почти половину ответов (45,8%) составляли ответы типа эхололий («колесо» — «колесница»), ответы по созвучию («лечение» — «течение»; «топор» — «бор»), ответы типа речевых штампов («пожар» — «шумел пожар московский»; «цель» — «цель оправдывает средства»). Попадались и ответы типа экстраординарных («луна» — «яд»). Ответные реакции, обозначающие конкретную функцию предмета или его конкретные свойства, имели место лишь в 11,4% случаев. Что же касается отказов от ответа (12,4%), то они были вызваны не затруднениями, как это имело место у больных первой подгруппы (снижение уровня обобщения), а большей частью негативистическим отношением к заданию.

Преобладание формальных, случайных ассоциаций, уход от содержательной стороны задания создают основу для того бесплодного мудрствования, которое характеризует подобных больных и которое носит в клинике название резонерства.

Эта особенность мышления подобных больных часто обнаруживается уже при самом простом умственном действии — описании сюжетных картинок. Больные не вникают в их конкретное содержание, а воспринимают их с точки зрения общих положений. Так, картинку, где изображена женщина, колющая дрова, один из таких больных описывает следующим образом: «Теорийка о назначении жизненных условий». Другой больной про эту же картинку говорит: «Здесь снято все для человека — это называется его жизненный путь»; третий больной объясняет: «Это женщина и ее судьба».

Симптом выхолощенного резонерства особенно отчетливо выступает при выполнении заданий, требующих словесных формулировок, например при определении и сравнении понятий (см. таблицы 11 и 12). Еще резче

Таблица 11

Примеры определения понятий больными с искажением процесса обобщения

Слова, предложенные для определения	Больные	Определения
часы	О-в шизофрения	«Механический предмет, вид предметности или объект логики».
часы	А-в шизофрения	«Импульс или пульс жизнеспособности всего человечества».
часы	З-на шизофрения	«Это измерительный по отношению к определенному свойству материи, как это в философии называется? Атрибут, что ли?»
шкаф	М-в шизофрения	«Это вещь, относящаяся к неживой природе; она имеет прикладное значение для сохранения других материальных частиц».
шкаф	А-в шизофрения	«Элемент жизненных условий».
шкаф	Д-на шизофрения	«Предмет для обихода, это скопление атомов».
лошадь	А-в шизофрения	«Существо, приближенное к взаимосвязи с людьми».
лошадь	К-и психопатия	«Это одушевленный предмет, он и сейчас необходим, хотя технический прогресс его изживает».
лошадь	К-и шизофрения	«Это одушевленный предмет, нет, лучше сказать, явление, помогающее человеку в его труде».

Таблица 12

Примеры сравнения понятий больными с искажением процесса обобщения

Слова, предложенные для сравнения	Больные	Высказывания больных
Дождь и снег	А-я шизофрения	«Предметы влажности. отличаются перемещением некоторых веществ в отношении скружности земли».
Обман и ошибка	А-я шизофрения	«Соотношение пожизненности всего человечества, отброс частиц неживых веществ, а ошибки — нецелесообразность развития по отношению к жизни на земле».
Обман и ошибка	К-я шизофрения	«Обман—это безнравственное поведение, уродливость касательно производства, а ошибка—это тоже уродливость, но позволительная. Ее нужно исправить, и тогда это безнравственное отношение к жизни».
Сани и телега	А-я шизофрения	«Видоизменение видности».
Сани и телега	П-я шизофрения	«Эти оба слова с точки зрения грамматики являются существительными, но сани в единственном числе не бывают, не говорят «сань», а телега бывает и в единственном числе».

этот симптом проявляется в опыте на объяснение пословиц. Больной Э. (более подробные данные о нем приведены ниже) подобным образом определяет смысл пословицы «Не все то золото, что блестит»: «Все же надо сказать, что не все то золото, что блестит. Эта пословица отдельная, вернее сказать, она скоро изживает себя. Здесь происходит обесценивание золота как металла, это с точки зрения философской. Сущность не в золоте. Возможно, что другой металл, не столь презренный, как золото, блестит и приносит больше пользы человеку. Луч света, падая на стекло, блестит, это тоже может принести пользу... Ну, там всякие радиолучи... Ну, а в общем, не надо смотреть на человека и на его дела с чисто внешней стороны».

Несмотря на то что больному доступна операция переноса, его высказывания лишь частично касаются определения метафорического смысла. В основном же больной резонерствует по поводу обсуждаемого предмета, в данном случае по поводу «ценности» золота, по поводу социально-этической проблемы, связанной с золотом («золото — презренный металл» и т. д.).

Подобные резонерские высказывания обусловлены, очевидно, разными причинами. С одной стороны, слово выступает для больного в различных значениях; отбора смысла, адекватного для данной конкретной ситуации, не происходит. С другой стороны, сама задача, поставленная перед больным (в данном случае — отнесение фраз к пословицам), не направляет его мысли, он исходит из более общих «принципов».

Описывая подобные нарушения мышления у больных шизофренией, Ф. В. Бассин [24] употребляет для их обозначения образное выражение «смысловой опухоль».

И. П. Павлов неоднократно отмечал, что пользование речью — это преимущество человека, но что оно вместе с тем таит в себе возможность отрыва от действительности, ухода в бесплодную фантазию, если за словом не стоят «ближайшие» проводники действительности. Логика течения мыслей должна контролироваться практикой, по образному выражению И. П. Павлова, «госпожей действительностью». Из-за отсутствия проверки практикой мыслительная деятельность больных становится неадекватной, их суждения превращаются, по выражению И. П. Павлова, в «умственную жвачку».

Возможно, этим объясняется и тот парадоксальный факт, что у подобных больных речь не облегчает выполнение задания, а затрудняет его: производимые больными слова вызывают новые, часто случайные ассоциации, которые больными не отторгаются. Выполнив в реальном действии задание правильно, больные нелепо рассуждают по поводу него.

Этот факт проявляется в эксперименте на отнесение фраз к пословицам и метафорам; больные часто выбирают адекватную фразу, но при этом совершенно бессмысленно объясняют свой выбор и после объяснения аннулируют свое правильное выполнение.

Таким образом, при выполнении экспериментальных заданий больные сближают любые отношения между

предметами и явлениями, даже если они не адекватны конкретным жизненным фактам. Реальные же различия и сходства между предметами не принимаются больными во внимание, не служат контролем и проверкой их суждений и действий и заменяются чисто словесными, формальными связями.

Для иллюстрации высказанных нами положений приведем несколько выписок из историй болезни и протокольные данные больных анализируемой подгруппы.

Больной П. (история болезни д-ра Гоголева), 1927 г. рождения. Диагноз: шизофрения.

До 1951 г. был практически здоров. Рос и развивался нормально. В школе и институте учился хорошо. В 1950 г. окончил ГИТИС. Начав работать по специальности, стал «взвинченным», суетливым, по ночам писал стихи. Вскоре дома начал рассказывать, что на работе «его травят», за ним следят переодетые агенты, что на него «действуют током на расстоянии, улавливают при помощи радиосети его мысли». Стал агрессивен. В таком состоянии был направлен в клинику 1 МОЛМИ, откуда был переведен в больницу им. Кашенко, где была проведена инсулинотерапия. Выписался оттуда с незначительным улучшением. Дома вел себя неправильно, был агрессивен по отношению к близким. Слышал множество различных звуков в голове. Заявлял, что он «приключен к радиосети». Стационарирован в больницу им. Ганнушкина.

Психический статус. При поступлении ориентирован. Вял. Временами сам с собой разговаривает, нелепо жестиккулирует, смеется. Иногда дурашлив, манерен, гримасничает. Временами возбужден, агрессивен, требует, чтобы его «отключили» от радиосети; говорит, что «голова его превращена в грандиозную приемно-передаточную станцию», что «окружающие знают его мысли». Видит какие-то «неясные сновидения» наяву. О своих переживаниях говорит крайне неохотно. Груб, злобен, напряжен. К своему состоянию относится без критики.

После проведения инсулиновой терапии состояние больного изменилось. Постепенно исчезли идеи отношения, в больнице стал относиться к ним, как к болезненному проявлению. Поведение стало упорядоченным, стал более общительным, доступным. Появилось желание вернуться домой.

В опыте на классификацию предметов больной объединяет карточки следующим образом:

1) Лыжник и свинья; объясняет: «Это означает противоположность зимы и лета; зима — это мальчик на лыжах, а свинья — на зелени».

2) Карандаш и козел: «Обе картинка нарисованы карандашом».

3) Самолет и дерево: «Это небо и земля».

4) Кошка, стол и слива: «Кошка на столе и слива тоже на столе»

5) Тетрадь, диван, книга: «На диване можно заниматься».

6) Часы, велосипед: «Часы измеряют время; когда едут на велосипеде — тоже измеряется пространство».

7) Вилка, лопата, стол: «Это все твердые предметы; их нелегко сломать».

8) Кастрюля, шкаф: «Здесь есть отверстия».

На вопрос экспериментатора: «А, может, можно по-другому разложить?», больной отвечает утвердительно, разрушает прежние группы, складывает в одну группу куст, кастрюлю, козла, объясняя: «Все начинаются на букву «к»».

Не менее своеобразен и способ выполнения больным задания на исключение лишнего предмета. Так, рассматривая карточку, на которой нарисованы три вида часов и монета, больной заявляет: «Здесь ничего неподходящего нет, это нужно уточнить. Если взять первую карточку, то у них у всех мера делимости — у них неподходящести нет совсем. Каждый предмет служит для выполнения определенных функций. Если возьмем монетку, то она служит мерой делимости, это принятое в человеческом сознании единое соизмерение чего-либо. Монета определяет ценность человеческого труда, часы определяют долготу». При необходимости выделить неподходящий предмет в группе «часы, весы, очки, термометр», больной заявляет: «Ведь с точки зрения философской все преходяще. Часы указывают на ускорение времени, на то, что все течет, все в движении, — их надо выделить».

При выполнении задания на определение понятия больной определяет слово «стол» следующим образом: «Стол — название непосредственно общежитейское. Предметы по отношению друг к другу будут считаться как мертвыми. По сравнению с природой можно сказать, что его делают из дерева, а дерево растет, оно существует в природе. Здесь оно погублено и несуществующее, стоящее неопределенным предметом, оно имеет в виду и качество, и количество». Этим определением больной ограничивается, и, помимо того, что «стол — мертвый предмет» и рассуждений о «загубленном дереве», он ничего не говорит по существу о предмете, который определяет.

Ассоциативный эксперимент выявляет большое количество ответов-штампов («пожар» — «шумел пожар московский»; «обман» — «зрения»).

Больной Э. (история болезни д-ра Г. Я. Авруцкого), 1928 г. рождения. Больной развивался здоровым ребенком. Отличался замкнутостью, не участвовал в детских играх, был всегда капризным. В школу пошел 8 лет, учился отлично. С 12—13-летнего возраста стал еще более замкнутым, не выносил общества людей. В годы войны жил в эвакуации в тяжелых бытовых условиях. По возвращении в Москву в 1945 г. обратил на себя внимание родственников: был очень замкнут, молчалив, пуглив, раздражителен. Поступил в железнодорожный техникум, но учиться не смог, несмотря на большие старания. Тщательно готовил уроки дома, но ничего не мог ответить на уроке — было «трудно думать», «мысли разбегались». Переменял несколько учебных заведений. В последнее время ничем не занимался, не стремился к какой-либо деятельности.

Появился страх перед людьми. Чувствует себя спокойнее, когда находится в одиночестве. Временами испытывает тягостное чувство, выражающееся в «трудности думания», мысли обрываются, перебивают друг друга. Иногда испытывает «наплыв мыслей». Особенно трудно ему думать тогда, когда он находится среди людей.

Казалось, что с ним должно произойти какое-то несчастье. Избегал ходить по улицам, так как ощущал на спине взгляд сзади идущего человека, испытывал при этом на спине ощущение холода, говорил о какой-то угрожающей ему опасности.

Считает себя талантливым человеком, свое будущее видит в служении искусству. Особое призвание имеет к кинематографии, пишет киносценарий, который «удивит мир». Этой цели решил посвятить свою жизнь, «готов терпеть любые лишения и муки».

Неврологическое состояние: без отклонений от нормы.

Психическое состояние. Больной правильно ориентирован в месте, времени, окружающей обстановке. Несколько развязен, самоуверен. Движения резкие, угловатые, порывистые. Во время беседы в лицо собеседника не смотрит. Легко вступает в контакт, на все вопросы отвечает свободно, без задержки. Речь быстрая по темпу, правильно построена, богата оттенками, плавными переходами, хорошо модулирована. Мимика адекватна. Пребыванием в больнице не тяготится, о родных не вспоминает, говорит, что не чувствует к ним привязанности. В отделении ничем не занят.

В опыте на классификацию предметов больной начинает правильно сортировать предметы на основании адекватного признака (люди, животные, растения), но вдруг останавливается и заявляет: «Но это я без аспекта, это обывательское деление, слепое, а ведь это же разные существа, со специфическими чертами. Надо под углом зрения актера смотреть, по принципу кино-съемки надо, чтобы они смотрели друг на друга... Медведь может увидеть букашку, слон — лошадь, но рыбы он не увидит, но зато рыба, выплывая, может его уви-

деть. Хотя, кажется, глаза у рыбы иначе устроены... Как это называется в зоологии?». Большой рассуждает по поводу предметов с точки зрения «фотосъемки».

Экспериментатор просит найти другой принцип деления. Больной говорит: «Можно и так сделать — подойти с точки зрения философской, с точки зрения превращения неживой материи в живую. Вещи — продукт человеческого труда. Люди, животные, растения — продукт природы... Или еще правильнее все в одну группу свалить — все это природа».

В опыте на опосредствованное запоминание (составление пиктограмм) больной образует следующие связи: для запоминания выражения «веселый праздник» рисует флаг, для слова «развитие» — две точки, большую и маленькую, для выражения «тяжелая работа» рисует круг («Это полет в стратосферу — трудное дело»). «Смелый поступок» долго обсуждает: «Что такое смелость? Это не одно и то же, что храбрость; храбрые люди обдумывают свои поступки, а смелые...». Больной думает и перестает выполнять задание. При предъявлении выражения «веселый ужин» больной говорит: «Ужин — это поглощение неорганической материи органическим существом; хотя и пища — органическая материя». Рисует кружик и стрелку: «Кружки — это материя, а стрелка — это переход одного вида материи в другую». Больной прерывает свои рассуждения: «Ну, если подойти с точки зрения актерской, надо вкусный ужин лишь символически изобразить».

Для запоминания слов «теплый ветер» больной рисует два четырехугольника и треугольник, объясняя: «Это два понятия: прилагательное и существительное. Конечно, с точки зрения режиссерской тут надо было бы другое изобразить, но ведь я не могу этого сделать».

В опыте на объяснение смысла пословиц больной легко и правильно справляется с заданием, приводит правильные примеры, но в варианте этого эксперимента, где ему приходится подбирать фразы к пословицам, допускает ошибки. Так, к пословице «Не все то золото, что блестит» (смысл которой больной правильно объяснил), он относит фразу «Золото тяжелее железа», объясняя: «По принципу отрицания: в пословице отрицается ценность другого блестящего металла, во второй фразе отрицается сравнение тяжести золота и железа».

Ассоциативный эксперимент обнаруживает сочетание адекватных ответных реакций с ответами типа привычных речевых шаблонов («падение» — «с пьедестала», «луна» — «как эта глупая луна»).

Приведенные экспериментальные данные показывают, что в мышлении больных описываемой подгруппы доминируют словесно-логические связи, которые не контролируются непосредственно данными, конкретными отношениями и недостаточно опираются на чувственные представления. Больные могли усвоить задания, требовавшие обобщения, они были в состоянии выделить общий признак, отвлекаясь от конкретных значений слова, но тот временный «отлет» от конкретных значений, который присущ всякому обобщению, приобретает у них утрированный, подчас гротескный характер.

Не только отдельные детали, но и более существенные отношения отступают на задний план, все многообразные, конкретные, полнокровные связи не учитываются. Мышление больного недостаточно адекватно отражает конкретное содержание вещей и явлений.

О нарушениях мышления у больных шизофренией писал Л. С. Выготский [51]. На основании проведенных им экспериментальных исследований он высказал предположение, что у них имеет место распад функции образования понятий, — последние снижаются до уровня комплексов, т. е. конкретных смыслообразований, — и что в основе этого лежит изменение значения слов.

Соглашаясь с Л. С. Выготским в том, что у больных шизофренией часто может обнаруживаться изменение значения слов, мы не можем согласиться, что в этих случаях речь идет о снижении понятий до уровня комплексов. Ведь комплекс в понимании Л. С. Выготского означает обобщение явлений на основании конкретных связей, конкретных представлений. Как показали наши эксперименты, это имеет место лишь у весьма ограниченной части шизофреников. В большинстве случаев нарушение процесса обобщения происходит не потому, что больные оперируют конкретными связями, а, наоборот, потому, что в их мышлении доминируют, как мы говорили выше, связи, неадекватные конкретным отношениям. В наших ранних работах, в работе Г. В. Биренбаум [31] указывается, что нарушение понятий у больных шизофренией носит своеобразный харак-

тер. Даже в тех случаях, когда их суждения конкретны, они не только отражают конкретные отношения между явлениями или предметами, а скорее означают сближение, сгущение отдельных случайных сторон предметов и явлений. (Мы тогда обозначали этот факт как «лабильность, недифференцированность структуры слова».) Это сближение происходит не только из-за нарушения понятий, но и потому, что у больных утрачивается направленность на объективное содержание задания, потому, что они часто выполняют поставленную перед ними задачу (не только экспериментальную, но и жизненную), исходя из особых установок, часто неадекватных в отношении данной ситуации. Иными словами, резонерские суждения больного определяются не столько нарушением его понятий, сколько стремлением подвести любое незначительное явление под определенную «концепцию».

Мы вернемся к этому положению в IV главе; здесь нам хотелось лишь подчеркнуть, что мы склонны это нарушение обозначить не как распад понятий, а как искажение процесса обобщения.

Резюмируя, можно сказать, что единый процесс отражения искажается как бы с двух сторон. Если содержание ассоциаций больных первой подгруппы (со снижением уровня обобщения) не выходит за пределы частных, единичных связей, если полученные ими непосредственные впечатления не синтезируются и связи словесно-логические не имеют доминирующего значения, то у больных второй подгруппы (искажение процесса обобщения) происходит обратное: связи словесно-логические мало опираются на конкретные свойства и признаки предметов и явлений. Если для мышления первой группы больных характерным является узкий круг связей, бедность ассоциаций, то для мышления данных больных характерно возникновение очень большого числа ассоциаций, но ассоциаций ненаправленных, случайных, а, главное, отражающих лишь чрезвычайно общие связи.

И в том, и в другом варианте нарушения процессов обобщения слово не является инструментом обобщения. Если в первом случае речь больных отражает лишь несущественные детали, то во втором случае она доходит до уровня бессодержательной абстракции.

НАРУШЕНИЯ ЛОГИЧЕСКОГО ХОДА МЫШЛЕНИЯ

Определение мышления как процесса применимо не только к общей теоретической характеристике мышления, но и к каждой отдельной мысли человека. Даже элементарные психические акты человека, такие, как ощущение и восприятие, являются процессами в том смысле, что они протекают во времени, обладают некоторой изменчивой динамикой, осуществляются как активная деятельность человека. Открытие рефлекторной основы всех этих, даже элементарных, актов особенно ярко обнаружило их процессуальную, многоэтапную структуру. В каждом акте мышления человека она выражена в максимальной степени.

Одной из особенностей мышления как высшей ступени познания является его опосредствованность. Конечно, осуществление этой опосредствованности обеспечивается правильной структурой понятий. Познание фактов, скрытых от непосредственного восприятия, возможно тогда, когда человек способен проанализировать, обобщить воспринимаемые факты. Однако осуществление этого опосредствования, этого перехода от одних суждений к другим связано также с наличием более или менее длинной цепи умозаключений. Именно цепь умозаключений, переходящая в рассуждение, является истинным проявлением мышления как процесса. Не случайно мы встречаемся во многих языках с выражением «потерять нить мыслей». Только правильная последовательность суждений дает возможность опосредствованно обобщать факты. В тех случаях, когда порядок умозаключений оказывается наиболее последо-

вательным, правильным, мы говорим о логичности рассуждений человека. И, наоборот, при достаточном усвоении материала и адекватности отдельных суждений мы говорим о нелогичности, если нет должной последовательности в изложении материала. Не случайно учащихся специально обучают тому, как должен быть обеспечен логически правильный ход мысли.

Известно, что маленькие дети, рассказывая о чем-либо, связывают одни элементы с другими «по впечатлению», по ассоциациям чувственного характера. В старшем возрасте им становятся доступными причинно-следственные связи, простые формы дедуктивных и индуктивных умозаключений.

Физиологической основой этого логически правильного мышления является доминирование связей второй сигнальной системы — в отличие от зачаточных форм наглядно-действенного мышления ребенка дошкольного возраста, которое осуществляется в основном по ассоциациям первосигнального характера.

При исследовании мышления, его формирования и распада недостаточно ограничиваться одним только анализом образования и распада понятий, одной только характеристикой интеллектуальных операций. Наши исследования показывают, что нарушение процесса обобщения является хотя и типичным, но не единственным вариантом нарушений мышления. Больше того, наиболее часто встречающиеся нарушения мышления не сводятся к распаду понятий; болезненные состояния мозга приводят чаще всего к динамическим нарушениям мышления.

Нарушению динамики мышления посвящено мало работ. Хотя во многих психиатрических исследованиях говорится о динамическом характере некоторых нарушений мышления, однако под этим подразумевается их обратимость. В нашей совместной с Г. В. Биренбаум работе [32], посвященной сравнительному анализу нарушений мышления у больных шизофренией и эпилепсией, мы ставили вопрос о различном характере динамики их мыслительной деятельности, указывая на инертность, «косность» мышления у больных эпилепсией и на чрезмерную лабильность течения мыслительного процесса у больных шизофренией. Отмечая, что проявления распада у больных обеих групп носят про-

тивоположный характер и что особенности этих нарушений нельзя отделить от особенностей аффективных структур; мы все же сами нарушения мышления сводили к распаду понятий. Рассматривая распад мышления в единстве с измененной аффективной динамикой, мы описывали разные проявления распада мышления в плане двух вариантов: псевдоабстрактных и чрезмерно конкретных суждений.

В работах, посвященных нарушению интеллектуальной деятельности при закрытых травмах мозга [108], [109], мы выделили вариант нарушений мышления, который заключается в поверхностности и уплощенности умственной деятельности больных, в быстром затухании мыслительного процесса. Этого рода нарушение мышления мы не относили к нарушению понятий и определили его как динамическое нарушение. Подобное нарушение мышления рассматривалось нами как проявление истощаемости психической деятельности больного, как проявление снижения «тонуса сознания».

Истощаемость интеллектуальных процессов больных с травмой головного мозга описывается в исследованиях В. М. Когана [130], Э. А. Коробковой [138], И. М. Костомаровой [148], изучавших трудоспособность подобных больных.

Дальнейшие исследования подтвердили положение о том, что истощаемость играет важную роль в генезе нарушений мыслительной деятельности больных с органическим поражением головного мозга. Вместе с тем они показали, что динамические нарушения мышления являются не только проявлением истощаемости, что природа их значительно сложнее, а варианты — значительно пестрее. Мы их обозначили как нарушения логического хода мысли.

Эти нарушения возникают по множеству различных причин и принимают в клинике самые разнообразные формы: в одних случаях они могут проявиться в виде так называемой «скачки идей» маниакального больного, в других — в виде «вязкости» мышления эпилептика, в «непоследовательности суждений» больных сосудистыми заболеваниями головного мозга, в «скальзываниях» больных шизофренией.

Настоящая глава посвящена анализу различных вариантов нарушения логического хода мышления.

§ 1. «Скачка» идей

Распространенным в психиатрии термином «скачка» идей обозначается особенность мышления, наблюдающаяся у больных маниакально-депрессивным психозом в маниакальной фазе болезни.

Маниакальное состояние характеризуется повышенным настроением и самочувствием, психомоторным возбуждением больных. Больные непрерывно громко говорят, смеются, шутят, сопровождая свою речь живой, экспрессивной жестикомией и мимикой. Они чрезвычайно отвлекаемы. Каждое новое впечатление, сказанное слово, воспринятый предмет направляют их мысли и представления, которые так быстро сменяют друг друга, что больные не могут регистрировать их в своей речи. Больные не успевают закончить одну мысль, как уже переходят к другой; иногда они выкрикивают лишь отдельное слово. Характерно, что несмотря на чрезвычайную отвлекаемость и разбросанность внимания, больные в маниакальном состоянии живо наблюдают за происходящим вокруг них, часто поражая своей сообразительностью и тонкостью отдельных замечаний.

Как правило, экспериментировать с больными в маниакальном состоянии не представляется возможным из-за резко выраженной отвлекаемости больных, исключаяющей их фиксацию на экспериментальной ситуации. Экспериментальному обследованию больные поддаются только в разных степенях гипоманиакального состояния, при котором можно отметить некоторые патологические изменения их мыслительной деятельности.

Осмысление ситуации, возможность анализа и синтеза у этих больных часто не нарушены, однако при выполнении любого экспериментального задания выступает большая поверхностность их суждений. Больные мало задумываются над вопросом, адресованным к ним, не вникают в смысл задания. Так, например, при сравнении понятий они часто отмечают их сходство и различие по внешним признакам. На вопрос, в чем общность и различие между понятиями «стол» и «стул», один из больных (со средним образованием) отвечает: «У них общее то, что у стола и у стула 4 ножки, разница — у стула спинка есть, у стола нет». Но этот же больной дает правильный и обобщенный ответ, если удается на-

править его на решение задачи. При раскладывании картинок в последовательном порядке такого типа больные сразу же осмысливают их сюжет, но вместе с тем допускают ошибки, раскладывая картинку в любом порядке. При отнесении фраз к пословицам гипоманиакальные больные часто выбирают фразы по сходству слов, а не по смыслу, хотя по существу эта интеллектуальная операция вполне им доступна. Если обратить внимание больных на неправильность ответов, они легко исправляют ошибки.

Но не только известная поверхностность суждений характеризует мыслительную деятельность больных в гипоманиакальном состоянии. Возникающие ассоциации носят хаотичный, случайный характер и не отторгаются. Отдельные слова вызывают новые мысли, которые больные тут же высказывают; любое возникающее представление, любое эмоциональное переживание получает свое отражение в речи больных. Если это нарушение выражено очень резко, то больные сосредотачиваются на экспериментальном задании лишь на коротких промежутках времени. Прекрасно понимая смысл пословицы, больные не могут ее объяснить. Нередко какое-нибудь слово пословицы вызывает «цепочку» ассоциаций; иногда больные, не объяснив пословицы, приводят подходящий пример из своей жизни; последний напоминает им еще что-нибудь сходное, и мысль больных протекает в случайных направлениях. Например, больной в гипоманиакальном состоянии объяснил пословицу «Не все то золото, что блестит» следующим образом: «Золото — это прекрасные золотые часы мне подарил брат, он у меня очень хороший. Когда мы вместе учились, мы ссорились, но потом жили мирно. Брат очень любил театр, мы видели с ним пьесу...» и т. д. Хаотичный характер ассоциаций помешал правильному объяснению пословицы, слово «золото» сразу повело к целой цепи воспоминаний. Но возможны и другие варианты, когда больные в своем объяснении опускают какое-нибудь звено. Так, например, другая больная сразу поняла смысл этой пословицы и в качестве примера, как потом удалось выяснить, хотела привести случай, когда яблоко, на вид хорошее, внутри оказалось гнилым. Однако больная этого случая не рассказала, а сразу начала говорить: «Яблоки, конечно, быва-

ют червивые. Вот, например, бывают такие сорта яблок, когда никогда этого не подумаешь... У нашей соседки мичуринские яблоки. Конечно, развитие мичуринского учения имеет большое значение...». Далее следуют разные воспоминания о знакомых мичуринцах и т. д.

Нередко нарушение логичности рассуждений носит у больных в гипоманиакальном состоянии несколько иной характер. Больные очень быстро и правильно решают мыслительные задачи, но сразу же после этого начинается речевой поток, совершенно не связанный с выполняемой работой. Иногда больному удается остановиться и предложить следующее задание, которое он правильно выполняет, а затем снова отвлекается чем-нибудь, о чем-то рассказывает. После «толчкообразного», импульсивного выполнения очередного умственного задания снова прорывается речевой поток, отражающий общее состояние повышенной активности больного. Такое чередование правильных решений и нелепых высказываний может длиться в течение всего исследования. Правильное и быстрое разрешение задачи как бы включено в оправу мыслей и высказываний, текущих по различным руслам.

Особенно резкие отклонения обнаружены в эксперименте на объяснение пословиц. Больная, находящаяся в гипоманиакальном состоянии, сравнивает две пословицы: «Ум хорошо, а два лучше» и «Живи своим умом». Она легко и быстро улавливает противоположное значение этих пословиц: «Это разные пословицы, здесь один ум дополняет другой, а вторая поговорка означает, что нужно уметь отстоять свое личное мнение». Однако сразу же после этого правильного объяснения продолжает свой речевой поток: «Артельное, конечно, лучше, чем индивидуальное... В нашем колхозе в прошлом году был хороший урожай, отец-тракторист убрал сверх плана много ржи... и я написала ему... Я люблю работать в поле».

Нарушение логического хода мышления подобного рода больных выступает и при выполнении экспериментальной пробы на классификацию предметов. Больные сразу понимают инструкцию, начинают правильно сортировать картинки на группы, часто по довольно обобщенному признаку, но любая возникшая ассоциация направляет ход их мышления в иное русло. Так, один

из больных, образовав группу животных, выделив группу людей, т. е. выполняя задание на уровне правильных обобщений, вдруг, увидев кузнеца, стал декламировать: «Мы кузнецы и друг наш — молот... Люблю... старые революционные песни... Песня—наш друг. А есть здесь среди карточек напоминающие песню, искусство вообще? Да, картинки неважно нарисованы: кто вам рисовал, художник? От слова «худ». Больной смеется, держит в руках картинку и не выполняет задание. Когда экспериментатор просит его обратиться к заданию, больной продолжает сортировать картинки, но уже не возвращается к прежнему принципу решения, а исходит из новых возникших у него ассоциаций: «Куда мне девать кузнеца, ведь здесь нет кузницы?». Увидев лошадь, больной говорит: «Пусть подковывает ее». Экспериментатор: «Вы же начали иначе раскладывать». Больной отвечает: «Да, я хотел людей отделить от животных» — и продолжает раскладывать по обобщенному признаку.

Больному был доступен смысл задания, больше того, он мог выполнить его на обобщенном уровне, но любой раздражитель (слово, произнесенное им самим или экспериментатором, наглядный раздражитель и т. п.) вызывал любые ассоциации и часто уводил от непосредственного задания. Неадекватным оказывалось само течение умственной деятельности. При направляющей помощи экспериментатора продукция больного часто могла быть даже адекватна поставленной цели (в конце концов больные правильно рассортировывали карточки или определяли понятия), но весь ход рассуждений, тот путь, по которому самостоятельно шел больной, выполняя задание, оставался неадекватным, неправильным.

Нарушение динамики мышления с очевидностью выступает в ассоциативном эксперименте, выявившем следующие особенности ассоциаций больных.

1. Ответные реакции больных носят многословный характер. Инструкция отвечать одним словом оказывалась для них временами невыполнимой. У некоторых больных многословные реакции преобладают (табл. 13). Так, у больных С-ва, Вер-на, Чип-на и М-ва многословные ответы встречаются в 13—14 случаях из 20-ти, а у больного Кр-го — даже в 16 случаях из 18-ти.

2. В том варианте ассоциативного эксперимента, где

инструкция требует отвечать не любым словом, а словом противоположного значения, обнаруживается большое число ненаправленных ответов (в среднем 32%; см. табл. 13). Возникает ассоциация, установившаяся в прежнем опыте больного, но неадекватная инструкции. Так, например, вместо того чтобы на слово «холод» ответить словом «тепло», больной отвечает словом «зима».

Как показывает таблица 13, из 14 больных лишь у 2 больных все ответные реакции были направлены; у 3 больных (Вер-н, Кр-й и М-в) половина ответов носила ненаправленный характер.

Таблица 13

Данные ассоциативного эксперимента (больные в гипоманиакальном состоянии)

Больные	Вариант I			Вариант II*		
	латентный период (в сек.)	количество ответных реакций	количество многословных реакций	латентный период (в сек.)	количество ответных реакций	количество ненаправленных реакций
1 С-в	1,5—2	20	13	2—2,5	20	6
2 К-к	1—2	20	5	1,5—2	20	8
3 В-н	1—2,5	18	13	1—1,5	20	10
4 Ч-н	1—1,5	20	14	1,5—2	18	8
5 Кр-й	1—2,5	18	16	1—1,5	18	11
6 Л-ва	1,5—2	18	7	1—1,5	20	3
7 С-й	1,5—3	20	8	1—2	20	0
8 Ч-о	1,5—2,5	20	10	1,5—2	20	0
9 Яр-й	1—2,5	20	11	1—1,5	20	7
10 М-в	1—2,5	20	13	1—1,5	18	9
11 С-н				1—1,5	20	8
12 П-ни				1—2	20	7
13 Р-на				1—1,5	20	6
14 К-на				1,5—2	20	6
Всего . . .		194	110 (57%)		274	89 (32%)

* Инструкция: «Отвечайте словом, противоположным тому, которое я произношу».

Наличие большого числа ненаправленных ассоциаций является отклонением от нормы. Как мы отмечали выше, уже И. М. Сеченов подчеркивал тот факт, что ассоциации здорового человека отличаются направленностью.

Ответные реакции здорового человека, выполняющего какие-нибудь действия, носят избирательный характер. Они возникают в зависимости от конкретного содержания задачи, от ее условий, неадекватные же ассоциации отторгаживаются. У наших же больных этот нормальный процесс отторгаживания неадекватных реакций существенно затруднен.

3. Латентный период близок к норме, иногда несколько ее превышает (1,5—2,5). На этот в известной мере парадоксальный факт в свое время обратил внимание Ашафенбург [36]. В этой связи следует специально отметить, что у ряда больных, дававших многословные реакции, временами имели место ответы типа персевераций. Это свидетельствует, очевидно, о том, что длительное возбуждение в речевых областях приводит к торможению в этих областях.

Сопоставление приведенных экспериментальных данных позволяет думать, что в основе «скачки» идей лежит повышенная лабильность корковых процессов. Процесс концентрации раздражительного процесса, возникающий при выполнении задания, вызывает не отрицательную индукцию, а патологическую иррадиацию.

§ 2. «Вязкость» мышления

Антиподом описанного нарушения является тот тип нарушений мыслительной деятельности, который известен в клинике как «вязкость» мышления. В этих случаях больные не могут менять способа своей работы, изменять ход своих суждений, переключаться с одного вида деятельности на другой.

Подобные нарушения часто встречаются у больных эпилепсией и у больных с отдаленными последствиями тяжелых травм головного мозга.

Эти больные иногда в состоянии работать, но делают это с частыми срывами, теряют прежнюю квалификацию и выполняют работу, не требующую приобретения и использования новых знаний. В психоневрологическую больницу они поступают с декомпенсацией дефекта, часто в связи со злоупотреблением алкоголем. В историях болезни отмечается, что больные принимают участие в трудовых процессах, читают газеты, проявляют часто интерес к жизни отделения; вместе с тем качество их умственной продукции невысоко, темп работы замедлен.

Экспериментально-психологическое исследование обнаруживает замедленность, тугоподвижность интеллектуальных процессов больных этой подгруппы. Даже в тех случаях, когда они могут обобщить материал, выделить основной признак в опыте на классификацию предметов, понять условность инструкции, они допускают ошибочные решения, если им необходимо переключиться на новый способ решения задачи. Изменение условий затрудняет их работу.

Эта тугоподвижность мыслительного процесса приводила в конечном счете к тому, что больные не справлялись даже с элементарными заданиями, если последние требовали переключения. Так, например, один больной в опыте на составление пиктограммы мог придумать условные обозначения для опосредствования слов, если он мог нарисовать «человека», и не мог этого сделать в тех случаях, когда ему казалось неудобным рисовать «человека».

Плохую переключаемость обнаруживают больные и в опыте на опосредствованное запоминание по другой методике. Выбрав для запоминания слова какую-нибудь карточку, больные не в состоянии подобрать для этого слова другую. Следовательно, решение задачи доступно больным, если оно выполняется только *одним определенным способом*.

Непереключаемость больных выступала даже в эксперименте на классификацию цветных картинок — в решении задачи, которая не требует сколько-нибудь сложного анализа и синтеза. Больные оказывались не в состоянии переключиться с выделенного ими признака на другой; объединяя картинки по признаку цвета, они не могут обобщить их по признаку формы.

Этот вид нарушения можно квалифицировать как *инертность связей прежнего опыта*. «Вязкость» мышления, являясь нарушением динамики мыслительной деятельности, в результате приводила к снижению уровня обобщения. Мыслительная деятельность больных распадалась и на уровне конкретных обобщений. Так, например, больные не только не объединяют в одну группу диких и домашних животных, но каждое из домашних животных выступает для них как единичный экземпляр. В результате само задание классификации не выполняется даже на конкретном уровне — больные «топчутся» на

месте. Подобное «топтанье на месте» часто приводит к тому, что даже в тех случаях, когда больные понимают условность задания классификации, они все же с трудом выполняют его, ибо сам процесс сортировки требует отторжения одних элементов, сопоставления с другими, т. е. известной гибкости оперирования, переключения.

Так, один больной выделяет много мелких групп по конкретному, но все же обобщенному признаку: домашние животные, дикие звери, обстановка (мебель), транспорт. Из карточек с изображением людей больной образует две группы: людей, занятых физическим трудом, и трудом умственным (к последним относит и лыжника).

Экспериментатор предлагает объединить некоторые группы, например домашних и диких животных, людей разных профессий. Больной соглашается, начинает заново сортировать карточки и, придя к прежнему способу, отстаивает его: «Пусть будет так». Больной, следовательно, понимает принцип классификации, предложенный экспериментатором, начинает даже действовать в указанном направлении, но не может переключиться на другой способ работы.

Такая же трудность переключения обнаруживается и в эксперименте по методу исключений. Так, один больной при предъявлении карточки, на которой изображены стол, стул, диван и настольная лампа, заявляет: «Конечно, все это мебель, это точно, а лампа не мебель. Но ведь на столе должна стоять лампа, если дело происходит вечером или хотя бы в сумерки... Ну, зимою рано темнеет, а тогда лучше удалить диван... Ежели есть стул — можно без дивана обойтись». На замечание экспериментатора: «Ведь вы же сказали сами, что лампа не мебель» — больной отвечает: «Конечно, правильно, надо выделить мебель, но лампа-то настольная, она на столе стоит. Я бы предложил выделить диванчик». Несмотря на то что экспериментатор несколько раз пытался направить больного в правильном направлении, несмотря на то, что сам больной не только понял, но и указал на принцип обобщения («мебель»), он в реальном действии — сортировке предметов — снова и снова возвращался к выделенному им свойству: «Лампа настольная, она должна стоять на столе». Больной не может переключиться с принятого им решения.

Конкретные связи прежнего опыта инертно доминируют в мыслительной деятельности больных и определяют весь дальнейший ход их суждений.

Из-за подобной инертности связей прежнего опыта больные часто не упускают при выполнении задания ни одной детали, ни одного свойства предметов и в результате не приходят даже к элементарному обобщению. Так, в опыте по методу исключений один из больных при предъявлении ему же карточки с изображениями стола, стула, дивана и настольной лампы долго рассуждает: «Безболезненно можно исключить стул, так как если большое количество людей, то можно сесть на диван. Это первый вариант. Второй вариант, если меньше людей... один человек, то можно исключить диван. Правда, он мягкий, удобный, а этот жесткий. Третий вариант — можно стол исключить и сесть на диван, что-то положить на стул и писать на нем. Конечно, это связано с неудобствами, но можно обойтись. Можно отделить лампу, так как она неоднородная, но, если это вечером происходит, нельзя...». Таким образом, больной даже в какой-то мере усвоил тот общий признак, на основании которого можно объединить предметы, так как понял, что лампа является «неоднородным» предметом, но не смог остановиться на этом принципе, так как тут же стал учитывать, что вечером лампу нельзя исключать. Из этого стремления к уточнению, из желания исчерпать при решении какого-нибудь вопроса все многообразие фактических отношений и возникает то своеобразное эпилептическое резонерство, проявляющееся в обстоятельности, излишней детализации, которое обозначается в клинике как «вязкость» мышления.

Особенно четко обнаруживается подобная инертность связей прежнего опыта при выполнении задания, которое требует более развернутого объяснения, — при определении понятий.

Для иллюстрации приведем два типичных определения простых понятий.

Больной Б-н (эпилепсия). *Шкаф*. Это предмет, в котором хранится что-то... Но в буфете тоже хранят посуду, еду, а в шкафу — платье, хотя и в шкафу часто хранят еду. Если комната маленькая и в ней буфет не помещается или если просто-таки нет буфета, то в шкафу хранят и посуду. Вот у нас стоит шкаф; справа — большое пустое пространство, а налево — 4 полки; там и посуда и еда. Это, конечно, некультурно, часто хлеб пахнет нафталином — это от моли

по́ршок. Опять же бывают шкафы книжные, они не столь глубоки. Полки их уже, полок много. Теперь шкафы вмуровывают в стены, но все равно это — шкаф.

Больной А. (эпилепсия). Стол. Стол сделан из дерева. Это не совсем верно, это нехорошо для понятия «стол», так как бывают столы не только из дерева, но и металлические, из кирпичей можно сделать стол. Стол — предмет, имеющий 4 ножки, на которых параллельно полу или земле лежит прямая доска; можно указать даже размер. Это общее понятие «стол», причем нужно сказать, что столы имеют разные назначения. Самое типичное — как они стоят, ножки могут быть разные. Далее, столы могут разделяться на кухонные и письменные, столы шведские со шкафчиками. Я говорю, что из имеющих определений ни одно не достаточно. Предмет, состоящий из ножек и крышки, причем крышка имеет прямой вид и находится на подпорках. Нужно сказать и о разной высоте. То, что служит для еды и работы, определяет высоту. Трудно определить ресторанные столы, они имеют большую высоту. Доска, установленная на подпорках, служащая для человека, но это может быть не стол, а доска. Стол характеризуется тем, что находится на определенной высоте от земли и удовлетворяет человека...

Приведенные иллюстрации показывают, что больные начинали правильно определять понятия «шкаф» или «стол», но тут же приводили всевозможные отклонения от своих определений, уточняли возможные их варианты, и в результате все этих уточнений и описаний больные так и не могли остановиться на каком-нибудь одном четком определении. Сами больные остаются неудовлетворенными своими объяснениями, потому что они казались им недостаточно полными.

Инертность конкретных связей прежнего опыта является и в ассоциативном эксперименте (вариант I — отвлечь любым словом, пришедшим на ум).

Двадцати больным эпилепсией было предъявлено 420 слов. Полученные данные показывают, что латентный период довольно значителен и составляет в среднем 6,5 сек., у отдельных больных он временами достигал 20—30 сек. Адекватные ответы составляют 48,4%, ответы синонимами — 8,3, отказы — 11,9% общего количества ответных реакций.

Обращает на себя внимание большое число запаздывающих реакций (31,4%); больные отвечают не на предъявляемое слово-раздражитель, а на прежнее. Например, ответив на раздражитель «пение» словом «молчанье», больной на следующий раздражитель «колесо» отвечает словом «тишина»; ответив на слово «обман» словом «вера», на следующий раздражитель «голова» больной реагирует словом «ложь». У некоторых больных

«запаздывающие» реакции встречались в 7—8 случаях из 20 ответных реакций.

«Запаздывающие» ответы наших больных являются существенным отклонением от нормального протекания ассоциативного процесса. Они свидетельствуют о том, что следовой раздражитель имеет большее сигнальное значение, нежели актуальный. Для уточнения механизма этих особенностей мы должны еще раз обратиться к анализу построения ассоциативного эксперимента.

Слово, которым испытуемый реагирует на раздражитель, не является единственной возникающей у него ассоциацией. Однако реагирование лишь одним словом объясняется тем, что инструкция экспериментатора, т. е. задание, предусматривает лишь одно и притом первое пришедшее на ум слово. Остальные возникшие при этом связи затормаживаются. Предъявление другого слова-раздражителя вызывает новые ассоциации, иначе говоря, ответная реакция больного обусловлена всякий раз актуальным раздражителем. Актуальность же раздражителя зависит от поставленной задачи — от инструкции.

В работах советских психологов изучалась зависимость образования ассоциативных связей от условий и содержания деятельности. А. Н. Леонтьев и Т. В. Розанова [176] показали, что при изменении смысла задания (инструкции) одни и те же раздражители вызывают различные ассоциативные связи. Закрепление и воспроизведение ассоциативных связей должны происходить именно в зависимости от поставленного задания.

В применении к нашей экспериментальной ситуации это должно означать, что только произнесенные в данный момент слова должны были вызывать ассоциативные связи, что только они должны были служить сигналом для ответной реакции. Ассоциации же, вызванные произнесенными ранее словами-раздражителями, не должны были актуализироваться: прежние раздражители должны были остаться нейтральными, утратить свое сигнальное значение.

У наших же больных действующий раздражитель не приобретает адекватного значения. В силу инертности нервных процессов наши больные отвечают на отзывчившее слово-раздражитель.

Аналогичные данные обнаруживает и второй вариант ассоциативного эксперимента, где больным (после про-

ведения основного эксперимента) предъявляются повторно слова-раздражители с инструкцией отвечать иным словом, нежели при первом предъявлении. Эксперимент выявил наличие персевераций (больные в 44% случаев отвечают вопреки инструкции тем же словом, что и раньше), отказы от ответа (10,7%). Адекватные ответы составляют 45,3% общего количества ответных реакций. Латентный период велик и равен в среднем 8,5 сек.

Этот вариант ассоциативного эксперимента вызывал у некоторых больных столь большое затруднение, что они временами не могли отвечать адекватным словом: персеверации являлись у них доминирующими реакциями (как, например, у больного Т., данные о котором приведены ниже).

Приводим для иллюстрации мыслительных нарушений больных с «вязкостью» мышления краткие выписки из истории болезни и данные экспериментально-психологического исследования.

Больной Т. (история болезни д-ра Л. Н. Балашовой), 1909 г. рождения, образование среднее. Диагноз: травматическая энцефалопатия. В 1941 г. перенес контузию без заметных последствий. В 1952 г. — ушиб головы с кратковременной потерей сознания. Появились упорные головные боли, бессонница, раздражительность, волновался по ничтожному поводу, плакал, снизилась работоспособность.

Психическое состояние: ориентирован, подчиняется режиму. В отделении незаметен, с больными мало общается. Общий фон настроения — пониженный. Жалуется на упорные головные боли, бессонницу, слезливость, рассеянность. Невынослив к резким раздражителям, плохо переносит шум и разговоры больных, вял, апатичен. Память больного снижена, круг интересов обеднен; не читает газет, не интересуется радиопередачами. Больной признан неспособным.

Во всех экспериментах больной медленно усваивает инструкцию и с трудом осмысливает материал задания.

В опыте на последовательное раскладывание картинок больной долго обдумывает: «Ехал дядя на телеге. Где он начинает ехать? Везде поломана здесь ось. Вот начало (№ 3). Пришел возчик к кузнецу и говорит: «Сломалось колесо». Здесь чинят (№ 4). Починил и поехал (№ 5). Ну, а эти... Нет, неправильно». Держит в руках картинку № 1: «Здесь он беспокоится... Да, это раньше». Начинает снова раскладывать: «Вот начало (№ 3), вот чинят (№ 4) и вот починили (№ 5). Опять не так... Как же это я?».

Пять раз больной раскладывал серию картинок и

всякий раз начинал с картинки № 3, пока экспериментатор не предложил ему начать с картинки № 1. Только тогда больной выполнил задание правильно и последовательно передал сюжет. Таким образом, при выполнении этого задания трудность заключалась для больного в том, что обозначив в качестве первого этапа сюжета картинку № 3, он не мог при последующем выполнении начать с другой, несмотря на то что оценивал свое решение как неправильное.

Выполняя задание на классификацию предметов, больной долго рассматривает картинки, перекладывает их с места на место, образует следующие группы: «обстановка комнаты» (относит в эту группу мебель, весы), «посуда», «домашние животные», «звери», «птицы», «транспорт» (сюда же относит и моряка: «он при пароходе»), «рабочие люди» (врач, кузнец, уборщица), «цветы», «деревья». Не знает, куда отнести жука, рыбу, лыжника, кустарник, термометр. Экспериментатор объясняет ему, что некоторые группы можно объединить. Больной долго думает. Экспериментатор предлагает обрывать группу людей и отнести туда же лыжника, а также объединить все виды растений. Больной соглашается и сам добавляет: «Правильно. Зря я так много групп сделал, можно многое объединить. Как же я не догадался?». Приступает к выполнению задания, образует группы: «обстановка комнаты», «посуда», «животные» (объединяет домашних животных, диких зверей и птиц); «растения» (объединяет деревья и цветы, но не включает кустарник); «люди» (врач, кузнец, уборщица, лыжник); моряка опять присоединяет к пароходу: «Он при пароходе». Жук, рыба, кустарник, термометр остаются нераспределенными по группам; весы опять попадают в группу обстановки. Экспериментатор просит проверить, правильно ли выполнено задание. Больной рассматривает все карточки, исправлений не вносит; когда же экспериментатор предлагает ему отнести рыбу к животным, больной не протестует; точно так же он соглашается отнести моряка к группе людей. Однако когда больного в третий раз просят проверить классификацию, он опять пытается отнести моряка к пароходу, отделить деревья от цветов, отнести весы к мебели. При дальнейших наводящих вопросах удается добиться правильного выполнения этого задания: больной раскладывает кар-

точки на три группы, но при этом все время стремится возвращаться к принятому им раньше способу решения.

Этот эксперимент также показывает, что больной не может переключиться с принятого им способа решения на другой. Хотя больной руководствовался при выполнении задания конкретными признаками, однако не доминирование частных, конкретных различий между предметами затрудняло правильный ход его суждений. Не случайно у больного нет высказываний о том, что нельзя объединять диких и домашних животных, как это часто имело место у больных, у которых мы наблюдали снижение уровня обобщения. Больше того, объединив диких и домашних животных, больной сам присоединяет к ним птиц. Следовательно, больной в состоянии найти обобщенный принцип решения, но он упорно не относит в эту группу жука, который раньше оставался вне группы. Точно так же, объединив деревья и цветы, он не присоединяет к ним кустарник, который раньше не входил в эту группу; образовав группу людей, больной не включает в нее моряка, оставив его, как и при первом выполнении, в одной группе с пароходом. Иными словами, больной повторяет те же ошибочные решения, которые были им допущены ранее из-за того, что он не в состоянии переключиться на другой способ решения задачи.

В опыте на опосредствованное запоминание по методу пиктограмм больной образует чрезвычайно однотипные связи — повсюду рисует человека. Для запоминания выражения «веселый праздник» больной рисует человека, несущего флаг; для слова «развитие» — большого и маленького человека; для выражения «тяжелая работа» — человека с тачкой. Для слов «темная ночь» больной оказался не в состоянии придумать рисунок: «Как же я изображу человека и темноту?».

Выполнение больным задания показывает, что он понимает условность рисунка (например, больной легко опосредствовал запоминание такого абстрактного слова, как «развитие», адекватно нарисовав большого и маленького человека), но не может, как мы указали выше, придумать какую-нибудь связь, где бы не фигурировал человек.

Данные ассоциативного эксперимента, проведенного с больным Т., обнаруживают:

1) высокий латентный период (в среднем 6,3 сек., в отдельных случаях он доходит до 15—21 сек.);

2) ограниченный круг возникающих ассоциаций; ответные реакции больного часто сводились к названию функции предмета или к его определению: «колесо» — «вертится»; «топор» — «рубить»;

3) инструкция отвечать иным словом, чем при предъявлении раздражителя, приводит к значительному повышению латентного периода (в среднем 10,5 сек.) и к отказам от ответа («Не знаю»);

4) наличие «запаздывающих» ответов; так, ответив на слово «пещера» адекватным словом «убежище», больной на следующий раздражитель «луна» отвечает «хижина».

Об инертном характере ассоциаций больного свидетельствуют и данные эксперимента по методу свободных ассоциаций. На предложение называть приходящие ему на ум слова больной продуцирует следующий ряд: «дом, крыша, труба дом, камень, крыльцо, крыша... я уже сказал... голубь, птица, опять дом приходит, высокий, низкий, лист, дерево, зеленое, стоит у дома, крыльцо, дорожка».

Сопоставление данных, полученных при помощи различных методов психологического исследования, показывает, что динамика мышления нарушается из-за чрезмерной инертности связей прежнего опыта; образовавшиеся не только в прежнем жизненном опыте, но и в экспериментальной ситуации связи не поддаются изменению.

Сопоставление данных наших экспериментов с клиническими наблюдениями позволяет думать, что в данном случае речь идет о нарушении подвижности корковой нейродинамики в сторону инертности. Ослабление подвижности нервных процессов в сторону инертности И. П. Павлов [220] характеризует как невозможность «быстро по требованию внешних условий уступать место, давать преимущество одному раздражителю перед другим». Рассмотренная выше подверженность последствию раздражителя, «запаздывающие» реакции могут свидетельствовать именно о невозможности «поспевать» за вновь появляющимися раздражителями.

И. П. Павлов неоднократно указывал, что подвижность является одной из основных характеристик нейро-

динамики здоровой коры. Об этом говорят и опыты М. К. Петровой, И. О. Нарбутовича, О. С. Розенталя и других на животных. Многие работы наших отечественных физиологов и психиатров посвящены этой проблеме. Так, например, С. Д. Каминский и В. И. Савчук [125] установили нарушение подвижности нервных процессов у больных гипертонической болезнью, Д. Е. Мелехов и В. М. Каменская [193] — при травмах головного мозга; А. С. Ремезова и М. И. Середина [283] — при эпилепсии.

В этих исследованиях, представляющих интерес в отношении клинико-физиологических показателей, не ставился, однако, вопрос о характеристике мыслительных нарушений больных. Между тем при решении вопроса о трудоустройстве больных оценка их интеллектуальной деятельности имеет большое практическое значение.

В ситуации эксперимента, так же как и в любой жизненной ситуации, выступают все новые стороны предметов и явлений, меняются условия деятельности. Для того чтобы правильно познать эти различные отношения, чтобы правильно действовать согласно изменившимся условиям, человеку нужно уметь переходить от одного способа действия к другому, он не должен оперировать застывшими, автоматически действующими операциями или способами.

Полноценность мыслительной деятельности заключается не только в том, что человек в состоянии выполнить ту или иную мыслительную операцию, проанализировать и синтезировать материал, выделить существенное, но и в том, что эта способность к правильным операциям является *устойчивым способом* реагирования. С другой стороны, способ решения задачи должен меняться в зависимости от изменяющихся условий. Синтез и обобщение только тогда проходят на высоком уровне, когда изменение условий может вызвать изменение реакций. Для того чтобы мышление адекватно отражало объективную действительность, необходимо, чтобы суждения человека отличались устойчивостью и одновременно способностью к изменчивости. Психологический эксперимент и позволяет создать условия, выявляющие эти особенности.

Таким образом, психологическое исследование боль-

ных с «вязкостью» мышления указывает на нарушение, которое является как бы «негативом» того нарушения, которое мы описали в предыдущем параграфе, — «скачки» идей. Если последовательность мышления больных в гипоманиакальном состоянии нарушалась из-за множества наплывающих ассоциаций, то логический ход мышления у только что описанных нами больных нарушался из-за того, что ассоциации не сменяли друг друга.

§ 3. Непоследовательность суждений

Характерная особенность этого нарушения заключалась в неустойчивости способа выполнения задания. Уровень обобщения в основном не был снижен; больные правильно усваивали инструкцию, хорошо анализировали и синтезировали материал, понимали переносный смысл пословиц и метафор. Однако адекватный характер суждений больных не был устойчивым. Выполняя экспериментальное задание, больные не удерживали правильный способ действий в течение длительного времени; правильные способы выполнения задания чередовались с ошибочными.

Так, например, результаты эксперимента по методу классификации показали, что у определенных групп больных обобщенный тип решения задания прерывается ошибочными конкретно-ситуационными сочетаниями. Таблица 14 показывает, что подобные колебания выражены у 81,6% больных сосудистыми заболеваниями мозга и у 68,2% больных, перенесших травму, а также у 66,7% больных с маниакально-депрессивным психозом¹. Они выражены и у 14,2% больных шизофренией в состоянии ремиссии.

Таким образом, неустойчивость использования определенного способа действия наблюдалась у больных при различных заболеваниях.

Состояние больных, вошедших в эту группу, характеризовалось как астеническое (за исключением больных шизофренией, на состоянии которых мы остановимся

¹ Несмотря на то что статистический анализ типов решения задания «классификация предметов» заставляет нас включить в данную группу больных маниакально-депрессивным психозом, мы считали бы более точным отнести этих больных к той группе, которая описана в параграфе о «скачке идей».

ниже). У них отмечалась повышенная утомляемость, раздражительная слабость, невыносимость к сильным раздражителям (яркому свету, громким звукам). В дневниках имеются записи, указывающие на расстройство сна, головные боли, колебания настроения. Во время бесед у больных часто появлялись на глазах слезы, они не выдерживали более или менее длительного умственного напряжения. Включаясь в трудовые процессы, больные вскоре бросали работу, заявляя, что устали, что она им надоела. Они быстро утомлялись при чтении, говоря, что плохо понимают прочитанное. Почти все больные были инвалидами II и III групп. Хотя большая часть больных до поступления в больницу продолжала работать, однако у большинства из них была снижена профессиональная квалификация.

Таблица 14

Решение задания «классификация предметов» по типу конкретно-ситуационных связей

Диагноз	Число обследованных больных	Число больных, допустивших ошибки
Шизофрения	155	22 (14,2)*
Эпилепсия	50	2 (4,0)
Сосудистые заболевания мозга	125	102 (81,6)
Травмы	170	116 (68,2)
Олигофрения	40	—
Энцефалит	20	—
Прогрессивный паралич	30	1 (3,3)
Маниакально-депрессивный психоз	15	10 (66,7)
Психопатии	30	6 (20,0)

* В скобках приведены соответствующие данные в процентах.

Остановимся несколько подробнее на способах действия этих больных при выполнении ими задания по классификации предметов. Больные легко усваивают инструкцию, применяют способ, адекватный условиям решения, начинают раскладывать карточки по обобщенному признаку, но спустя некоторое время оставляют правильный путь решения. Достигая в отдельных случаях высоких уровней обобщения, больные эпизодически

сбиваются на путь неправильных, случайных сочетаний. Эти колебания носили различный характер.

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

Больной Ш-в (закрытая травма головного мозга), который начал раскладывать карточки по обобщенным признакам, образуя группы растений, животных, вдруг начинает сомневаться, куда отнести мухомор: «Он же вредный, отнесу-ка в сторону». Точно так же он не знает, куда отнести жука: «Положу к книге и тетради, его же изучают в школе». После того как экспериментатор попросил больного работать внимательнее, он несколько растерянно сказал: «Подождите, Да, у меня есть здесь посуда, мебель, растительный мир... Конечно, к нему принадлежит и гриб, безотносительно к тому, вреден он или нет; а жука положу к животному миру». В конце концов у больного получаются следующие группы: люди, животные, растения, посуда, мебель, школьные принадлежности, предметы домашнего обихода. Экспериментатор просит объединить некоторые группы. Больной: «Людей с животными, да? Растения... Ну, а дальше как? Ведь остальное не объединишь: как же соединить домашнюю утварь с канцелярскими предметами, а?». Больной заметно устает, наступает легкий тремор рук, потливость. Экспериментатор начинает беседу на тему, не относящуюся к эксперименту. Спустя 5 минут больной по просьбе экспериментатора возвращается к работе и тут же самостоятельно правильно и обобщенно ее выполняет.

Больная Ш. (артериосклероз головного мозга), правильно выделив группу инструментов (пила, метла, лопата), кладет туда же кузнеца, «так как он нарисован с молотом в руке и вообще он работает, пользуясь разными инструментами». На вопрос экспериментатора: «А что у вас в этой группе?» (уборщица, моряк, ребенок, доктор) — больная отвечает: «Здесь люди», и сама сейчас же перекладывает кузнеца в группу людей.

Больной П. (артериосклероз головного мозга), правильно выделив группы людей, животных, мебели, одежды и т. д., добавляет к лежащему сверху изображению лыжника меховую шапку и ботинки, полагая, что, эти вещи лыжнику нужны. Когда экспериментатор пере-

спрашивает больного о том, как же называется эта группа, больной отделяет шапку и ботинки от людей, перекладывая их в группу одежды.

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

2. Ошибки больных состояли также в том, что логические связи подменялись случайными сочетаниями. Так, правильное выполнение задания по классификации предметов нарушалось тем, что больные объединяли объекты в одну группу невнимательно: нечаянно бросали карточки в группу, смежную с той, куда они собирались их бросить; относили карточки в определенную группу лишь потому, что она оказалась рядом лежащей.

Так, больной Ш. выделил группы «транспорт», «мебель», «животные». Начав выделять группу растений, он кладет туда же лежавшую рядом карточку с изображением стакана. Сам замечает свои ошибки, объясняя: «Это я по невниманию». Другой больной, объединяя группу «мебель», кладет туда рядом лежащий термометр, тут же замечает ошибку и исправляет ее.

3. Ошибочные решения больных проявляются в образовании одноименных групп: больные часто выделяют предметы по правильному общему признаку, но тут же начинают выделять почти аналогичную группу. Так, больной О-в выделил группу растений, в которую входят и овощи, и цветы, и фрукты, но тут же начал выделять еще одну аналогичную группу растений, в которую входят кусты и деревья.

Подобную неустойчивость способа решения обнаруживает и эксперимент по методу исключения. Больному предлагается карточка, на которой нарисованы кошелек, портфель, книга и сумка. Больной Ш. говорит: «Кошелек нужно в карман... Нет, портфель лишней. Книгу можно в портфель... Дайте подумаю... Книга лишняя, а в остальное можно вложить что-нибудь». Тот же больной при предъявлении карточки с изображениями часов, очков, весов и термометра говорит: «Очки лишние. А те остальные точно измеряют... Очками не измеряют». При предъявлении карточки «солнце, свеча, керосиновая лампа, электрическая лампочка» больной за-

являет: «Солнце надо исключить, оно — естественное светило... Но если днем, то и остальное не нужно».

Другой больной правильно выполнил задание на исключение лишнего предмета из группы, «часы, термометр, весы, очки», но сбился на более низкий уровень решения при предъявлении групп «шкаф, комод, этажерка, кровать». Нередко суждения больного относительно содержания одной и той же группы были то адекватны, то явно ошибочны.

Таким образом, сопоставление результатов экспериментов, проведенных по различным методикам (классификация, исключение и т. д.), обнаружило неустойчивость способа выполнения задания, которую мы определяем как «непоследовательность суждений». Эта неустойчивость приводила к колебаниям уровня умственных достижений больных.

При невыраженной степени заболевания подобная непоследовательность суждений поддается исправлению. Часто экспериментатору бывает достаточно спросить больного, что он делает, или просто выразить удивление по поводу его действий, т. е. привлечь внимание больного к ошибкам, чтобы больной самостоятельно и легко исправил их.

Следует отметить, что колебания достижений больных возникали в связи с самыми незначительными изменениями условий работы. На это указывают следующие факты, выявившиеся при анализе результатов эксперимента по методике «отнесение фраз к пословицам». Ряд больных, хорошо определявших переносный смысл пословиц, допускал грубые ошибки при необходимости отнести к ним адекватные по содержанию фразы (на этот факт мы указывали и в нашей работе, специально посвященной пониманию переносного значения [116]). Так, например, один из больных, поняв пословицу «Не все то золото, что блестит» и объяснив ее правильно, подбирает к ней неподходящую фразу: «Золото тяжелее железа», однако тут же исправляет ошибку, огорчается по поводу того, что допустил ее. Другой больной, правильно объяснив пословицу «Взялся за гуж, не говори, что не дюж», относит к ней фразу: «Не нужно откладывать дела в долгий ящик».

Особенно резкие колебания уровня достижений обнаруживались при выполнении заданий, которые требо-

ва́ли длительного удержания направленности мысли и постоянного отторгивания несоответствующих связей. Это выявлялось при проведении с больными этой группы варианта III ассоциативного эксперимента, где инструкция предусматривала направленность ответных реакций (больной должен был отвечать словом, противоположным по смыслу слову-раздражителю). Ответы наших больных часто теряют этот направленный характер. Так, один из больных на слово «скупой» отвечает «Плюшкин», на слово «забывать» — словом «рассеянность» и т. д.; здесь воспроизводится словесная связь, образовавшаяся в прежнем опыте больного, но не адекватная инструкция.

Как мы указывали в § 1 этой главы, наличие такого большого количества ненаправленных ответов является отклонением от нормального протекания ассоциативного процесса.

Напомним также, что задание отвечать словом противоположного значения не вызывало особых затруднений у больных со сниженным уровнем обобщения или с «вязкостью» мышления, хотя эти больные из-за малого круга знаний часто не находили подходящего слова. В одних случаях ответная реакция вообще отсутствовала, в других больные ограничивались отрицанием: «здоровый» — «нездоровый», «щедрый» — «нещедрый». Как мы уже отмечали, такие ответы свидетельствовали о скудном словарном запасе, о замедленности возникновения нужной ассоциации, но характер ассоциации оставался направленным; связи, неадекватные условию задания, не возникали. У больных же описываемой группы (с непоследовательностью суждений) оказалась недостаточной именно направленность ассоциаций.

Приведем для иллюстрации выписки из истории болезни и данные экспериментально-психологического исследования больных этой группы.

Больная С. (история болезни д-ра В. В. Громовой), 1907 г. рождения. Диагноз: мозговой артериосклероз, астено-депрессивное состояние. Раннее развитие протекало правильно. Училась хорошо. С 1950 г. считает себя больной: появились бессонница, повышенная раздражительность, головокружение. Продолжала работать, однако легко утомлялась, «стала рассеянной, путала».

Неврологический статус. Небольшой птоз правого века. Анизокория ($S > D$). Реакция на свет и конвергенцию удовлетворительная. Сухожильные и периостальные рефлексы равномерны, коленные

повышены ($D > S$), патологических рефлексов нет. В позе Ромберга легкое пошатывание. ЭЭГ не обнаруживает грубых изменений головного мозга.

Психическое состояние. Больная полностью ориентирована, предъявляет жалобы на усталость, головные боли, снижение памяти, плохой сон. В отделении бездеятельна. Отмечается невыносимость к шуму, неустойчивость настроения, слабодушие.

В опыте «классификация предметов» больная легко приступает к выполнению задачи, выделяет группы транспорта, мебели, посуды, но вдруг начинает сомневаться, куда отнести самолет: «Ведь остальной транспорт движется по земле, а этот воздушный. А, может, это самолет военный?». Больная перестает сортировать, однако тут же относит самолет к транспорту. Спустя короткое время правильно выделяет три группы: «животные», «растения», «неживая природа». В процессе сортировки не знает, куда отнести термометр: «Ведь больных-то здесь нет», и опять-таки через некоторый промежуток времени относит его к группе «неживая природа».

Аналогичные колебания обнаруживаются и в опыте «исключение предметов». Больной предлагается картинка, на которой нарисованы часы, термометр, весы и очки. Больная правильно исключает очки, мотивируя: «Остальными можно измерять». При предъявлении следующей картинки («свеча, лампа керосиновая, лампочка электрическая, солнце») больная пытается исключить керосиновую лампу, «так как сейчас во всех уголках нашей страны есть электричество». Таким образом, одно и то же задание больная решает то в обобщенном плане, то в конкретно-элементарном.

Ассоциативный эксперимент (вариант III) обнаруживает наличие ненаправленных ответов (табл. 15).

Описанные выше колебания умственных достижений наших больных, наблюдавшиеся в течение одного и того же эксперимента, особенно резко проявлялись к его концу. В некоторых случаях при улучшении состояния больного эти колебания исчезали.

При анализе природы колебаний уровня умственных достижений прежде всего вставал вопрос об их зависимости от сложности задания.

Нередко в литературе высказывалась мысль, что снижение уровня умственных достижений больных артериосклерозом головного мозга объясняется невозможностью для них организовать и опосредствовать свою

деятельность. Так, А. Е. Петрова [229] указывает на ослабление активного внимания больных. В интересной по собраным фактам статье С. Р. Сагаловой [274] мы находим положение, что ошибки в работе больных артериосклерозом мозга объясняются «неумением организовать структуру закрепления восприятия и воспроизведения». По мнению этого автора, достижения больных при выполнении умственного задания тем хуже, чем больше требований предъявляется к вычленению, к организации материала.

Таблица 15
Больная С. Данные ассоциативного эксперимента
(вариант III)

Слово-раздражитель	Латентный период (в сек.)	Ответная реакция
тупой	2	острый
тонкий	2,5	толстый
грязный	2,5	чистый
чужой	2,5	свой
низ	3	верх
крупный	3	<i>фрукт</i>
враг	1,5	<i>будет разбит</i>
младший	3	старший
высокий	1,5	низкий
твердый	2,5	<i>орех</i>
сухой	2	мокрый
красивый	1,5	<i>прелестный</i>
спокойствие	4,5	неспокойствие
сходство	3,5	различие
меньшинство	2,5	<i>подчиняется большинству</i>
забывать	3	<i>рассеянность</i>
скупой	2	<i>рыцарь</i>
легко	1,5	тяжело
победа	2	поражение
истина	2	<i>честность</i>

Данные нашего исследования показывают иную структуру нарушения умственной деятельности этих больных. Неравномерность их умственных достижений вызывалась не сложностью материала и не затруднениями при его организации. Наблюдаемые колебания часто обнаруживались и при выполнении самых элементарных заданий. Так, например, они отчетливо выступали при столь несложном задании, как удержание и воспроизве-

дение десяти слов. После первого воспроизведения экспериментатор просит испытуемого еще раз прослушать и снова повторить все те слова, которые ему удалось запомнить. Опыт повторяется 8—10 раз. Эксперименты, проведенные нами со здоровыми испытуемыми, показали, что количество удержанных слов нарастает с числом повторений. Если изобразить этот процесс воспроизведения в виде кривой, мы получим нарастающую кривую (рис. 1а).

Иную картину показывают кривые воспроизведения слов у наших больных (рис. 1 б, в, г): они обнаруживают резкие колебания числа воспроизведенных слов. Следует обратить внимание на то, что в определенные времена производится довольно значительное количество слов (больная С.: 7 при четвертом предъявлении; больной В.: 6 при третьем и восьмом предъявлениях; больная Л.: 7 при третьем предъявлении). С другой стороны, графики показывают, что уменьшение количества воспроизведенных слов не обязательно наблюдается к концу эксперимента (см., например, рис. 1 в). Характерной особенностью является здесь *неравномерный характер* процесса воспроизведения.

Аналогичную картину колебаний умственных достижений обнаруживают и данные, полученные при исследовании методом «корректирующей пробы» (по Бурдону). Больным предлагается лист, на котором напечатаны сплошные ряды букв (не в алфавитном порядке), две из них ему предлагается вычеркивать. Подсчитывается количество просмотренных испытуемым рядов и количество допущенных им ошибок. Графики (рис. 2) показывают количество ошибок на каждой минуте выполнения задания и также свидетельствуют о колебаниях умственных достижений, которые были выявлены у тех же больных в эксперименте на воспроизведение слов (см. рис. 1).

В работе В. И. Васильевой [43], проведенной в нашей лаборатории, показано, что подобные колебания выступают у больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга даже при такой элементарной деятельности, как поиски числа на таблицах Шульте. Обнаружено, что темп поисковых реакций у этих больных отличается неравномерностью.

Все эти данные свидетельствуют о том, что колеба-

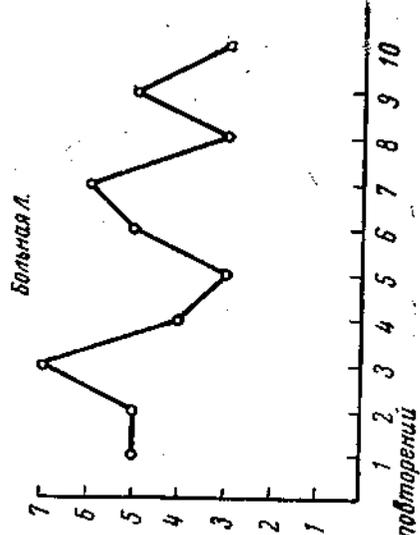
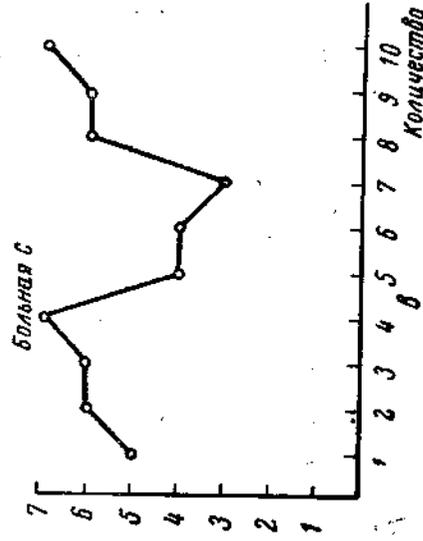
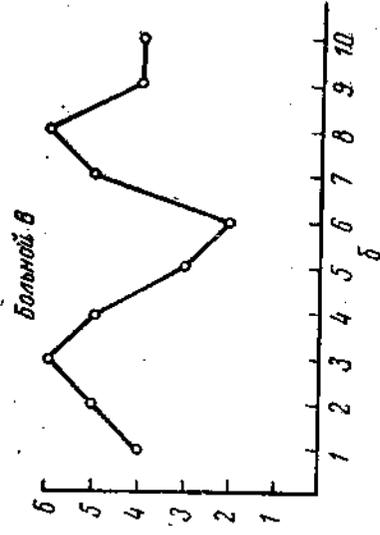
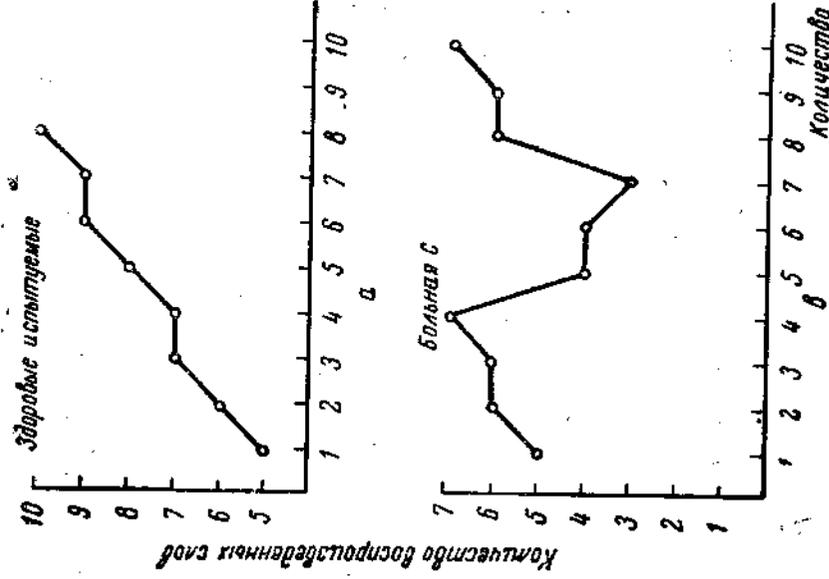


Рис. 1

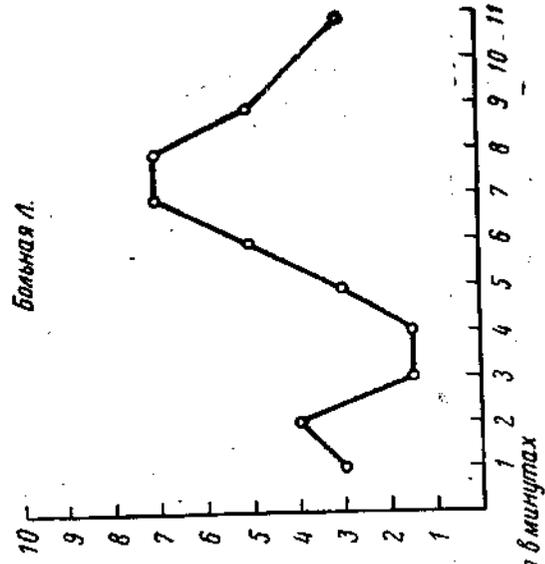
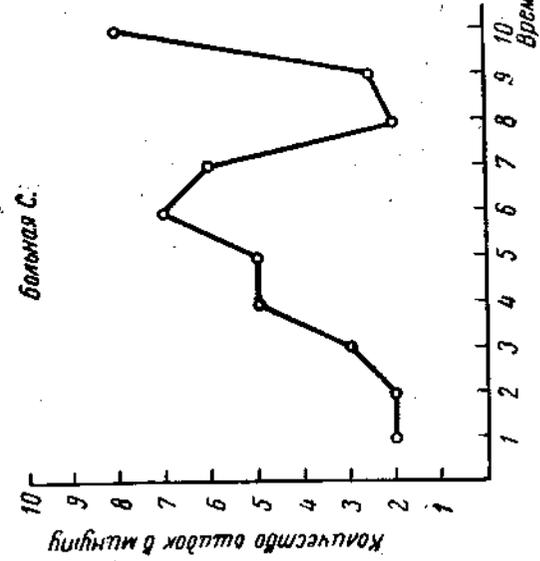


Рис. 2

ния умственных достижений описываемой группы больных зависят не от усложнения задания, не от отношения больного к заданию, не от неумения опосредствовать. Любой вид деятельности может быть на какой-то отрезок времени доступен больному и через некоторое время выполняться с большими или меньшими трудностями. Один и тот же эксперимент обнаруживает то высокий уровень достижений больного, логически выдержанный ход его мыслей, то непоследовательность суждений.

Нам представляется, что эти факты имеют принципиальное значение. Они свидетельствуют о том, что колебания умственных достижений в разных формах умственной деятельности являются проявлением более общего нарушения — неустойчивости умственной работоспособности. Именно колебания умственной работоспособности приводят к тому, что одни и те же больные то кажутся людьми полноценными, адекватно мыслящими и действующими, то производят впечатление людей, действия которых лишены целенаправленности.

Подобные колебания являются, очевидно, проявлением быстро наступающего истощения психического процесса больных. Эта истощаемость своеобразна, ее следует отличать от обычной истощаемости, которую мы наблюдаем у здорового человека. В последнем случае наступает замедленность темпа работы, нарастание количества ошибок к концу эксперимента. Об этом свидетельствуют эксперименты над здоровыми испытуемыми (взрослыми и детьми). Так, если испытуемый утомлен, он будет медленнее выполнять классификацию предметов, но будет выполнять ее на адекватном для него уровне. Истощаемость же психических процессов наших больных обуславливает временное изменение качества их умственных достижений, колебания уровня их умственной деятельности.

Можно предположить, что в основе истощаемости лежит процесс охранительного торможения, которое быстро наступает у наших больных. И. П. Павлов неоднократно указывал, что при сниженной корковой активности любое задание, вызывающее сосредоточенное раздражение определенного пункта, индуцирует торможение остальных частей коры. На сниженную реактивность корковых процессов указывают и данные патофизиологического исследования, которые выявили у этой

группы больных слабость раздражительного и тормозного процессов, быстро наступающее угасание выработанных условных рефлексов (С. Д. Каминский и В. И. Савчук [125]).

Ряд клинических симптомов, которые выглядят как нарушения отдельных, изолированных психических процессов, по существу являются по-разному оформленными проявлениями этого разлитого торможения. Так, когда больные жалуются, что они забывают прочитанное, забывают выполнить поручение, это часто выглядит как нарушение памяти; когда больные отмечают, что побочные, малозначащие факты (разговор соседей, тихо говорящее радио) мешают им работать, это выглядит как «распыление» внимания. В действительности же все эти симптомы являются проявлением единого нарушения — чрезмерно легко наступающего внешнего торможения.

Мышление больных данной группы оказалось нарушенным потому, что адекватный характер суждений не являлся устойчивым модусом реагирования. Больные могли правильно обобщать, синтезировать материал, применять способ работы, который адекватен условию задания, но этот правильный способ решения не удерживался на протяжении всего времени выполнения задания. Из-за легко наступающего торможения правильный ход мыслей больного прерывается: уровень обобщения больного становится на какой-то отрезок времени более низким, суждения больного становятся необоснованными. Нарушение процессуальной стороны мышления, нарушение его динамики меняло и его качественную сторону.

§ 4. «Откликаемость»

У определенной группы больных неустойчивость способа выполнения задания и связанные с ней колебания умственных достижений подчас выражаются в чрезвычайно утрированной, гротескной форме. Больной, который в течение какого-то промежутка времени правильно классифицировал предметы, затем допускал нелепые действия, начинал вдруг относиться к картинкам, как к реальным предметам (ставил картинку с нарисованным кораблем горизонтально: «А иначе он утонет», или раскладывал карточки «веером», как игральные карты). Другой больной, правильно разложив несколько карти-

нок в последовательном порядке, вдруг начинает строить догадки о причине поломки телеги и перестает выполнять задание. Спустившись на столь низкий уровень выполнения задания, больные лишь через значительный промежуток времени начинали выполнять задание правильно.

Подобные нарушения мышления мы обозначаем как «откликаемость». Она наблюдалась в основном у больных, страдающих тяжелой формой сосудистых заболеваний головного мозга (чаще гипертонической болезнью).

Этот феномен нередко наблюдается при тяжелых травмах мозга, осложненных нагноительным процессом (абсцессы или тяжелые менингоэнцефалиты).

В историях болезни в большинстве случаев отмечалось, что больные временами дезориентированы в месте и времени, не знают даже времени года, месяца; то они говорят, что находятся у себя дома, то на производстве, тут же добавляют, что здесь больница, что их лечат. Многие больные правильно ведут себя (как в больнице), но на вопрос о том, где они находятся, отвечают каждый раз по-разному: «Это больница... общежитие рабочих... вокзал... школа... люди в белых халатах — это учителя и врачи... старшие инженеры. Может быть, это театр, здесь лежат артисты, которые тоже заболели...» и т. п.

Больные с трудом воспроизводят факты и даты как из своего прошлого, так и настоящего, дают сбивчивые сведения о себе, не помнят имен близких, соседей, лечащих врачей. Они не критичны к своему состоянию, не замечают своих ошибочных действий и высказываний. На вопросы врача иногда отвечают правильно, наряду с этим говорят не по существу.

Речь больных нарушена. При более длительной беседе она временами становится бессвязной. Так, на вопрос о разнице между обманом и ошибкой один из больных отвечает: «Ошибиться можно и так, и иначе. Ошибиться можно и в понимании человека... Человек весь впился в это. Ты говоришь одно и другое... но по существу все нехорошо... Есть такое вещество, что делает сам по себе». Больные теряют нить мыслей, застревают на отдельных словах.

Поведение больных временами нелепо. Как отмечают их родные, до поступления в больницу они иногда

совершали неадекватные действия (больной оставлял открытым газ, надевал пиджак наизнанку и т. п.). Предоставленные самим себе, они редко обращаются с просьбами или просьбой, спонтанные высказывания у них большей частью отсутствуют. Некоторые из них суетливы, другие же по целым дням лежат в постели, ничего не требуя, ни на что не жалуясь, но те и другие по существу пассивны.

Описанные нарушения отличаются динамичностью. На протяжении короткого отрезка времени характер суждений и действий больных резко колеблется. Больные, которых можно было посчитать слабоумными, спустя небольшой промежуток времени обнаруживали сравнительную сохранность поведения, правильно отвечали на вопросы, реагировали на ситуацию и т. п. Другие больные, которые не могли назвать своего возраста, забыли имена близких, при дальнейшем исследовании вспоминали многое из своей жизни, правильно определяли время и место своего нахождения.

Своеобразие и динамический характер психических нарушений подобных больных часто затрудняли анализ их психического состояния, а потому различные авторы, занимавшиеся проблемой психических нарушений при гипертонии, трактовали их по-разному. В то время как В. С. Авербух [9] отмечает «уплощение» личности, В. Д. Зверева [100] оценивает эти нарушения как снижение «интеллектуальных функций», преимущественно памяти. Б. Д. Фридман [327] указывает, что психические нарушения при гипертонии носят характер глубокого органического слабоумия с кратковременными колебаниями сознания. Н. И. Озерцкий [213] описывает оскудение интеллектуальной деятельности, сужение критики и интересов.

Нам думается, что интеллектуальные изменения наших больных вследствие их неустойчивости, разнообразия и пестроты не укладываются в обычную картину органического слабоумия. Поэтому мы остановимся на них несколько более подробно.

Наблюдения за этими больными в ситуации эксперимента обнаружили их повышенную «откликаемость» на самые различные раздражители окружающей обстановки, к ним не адресованные. Услышав, что врач обращается к рядом сидящему больному, такие по существу

ко всему безучастные больные вмешиваются в разговор; любой шум, доносящийся с улицы, вызывает их замечания. Услышав, как в соседней палате распевают песню «Калинка-малинка», один больной неожиданно обращается к сестре: «Принесите мне малинового и брусничного варенья».

Часто «откликаемость» наших больных приобретала иную форму: больной влетает в свою речь названия предметов, которые находятся в поле его зрения, но не имеют отношения к содержанию его высказываний. Так, на вопрос, как он себя чувствует, один из больных ответил: «Спасибо, хорошо, немного вот стучит». (В соседней комнате стучали молотком). Другой больной списывая рассказ из книги, вписал совершенно не относящиеся к рассказу слова: «Желтый абажур». (Перед больным на столе стояла лампа с желтым абажуром.) У больных создавалась как бы вынужденная тенденция без отбора отражать в своей речи все то, что они воспринимают.

Этот симптом «откликаемости» отличался динамичностью, принимая временами резко выраженный характер, временами почти исчезая.

С особой отчетливостью феномен «откликаемости» обнаружился в ассоциативном эксперименте (вариант I), проведенном нами с 30 подобными больными. В качестве ответных реакций часто выступали названия предметов, находившихся перед глазами больных («вплетения»): при предъявлении слова «пение» больной отвечает словом «стол», на слово «колесо» — словом «очки» и т. п. Такие реакции составляли 22,4% общего количества ответных реакций (всего было предъявлено 550 слов-раздражителей). Высок был также процент ответов типа персевераций (19,6%) и лишь в 30,7% случаев имели место адекватные ответы. Подобная тенденция наблюдалась иногда и у больных других групп, однако достаточно было указания экспериментатора, чтобы больные начинали правильно выполнять инструкцию. У наших же больных указание экспериментатора вызывало правильные реакции лишь на короткое время; спустя небольшой промежуток времени больные опять называли предметы, попадающие в поле их зрения.

Эта тенденция выступала также и в том варианте ассоциативного эксперимента, где инструкция предусматривала особую направленность ответов, в частности, где

требовалось назвать определенное количество предметов определенного цвета (красного, зеленого). Эта задача может вызвать известные затруднения и у здоровых испытуемых: она предполагает активное «отбрасывание» тех слов, которые не соответствуют смыслу инструкции. В этих случаях испытуемые прибегают к различным приемам, которые должны облегчить припоминание необходимых слов (например, оглядываются вокруг себя, смотрят на окружающие предметы), но не пользуются ими для ответа, если они не соответствуют инструкции. Инструкция экспериментатора приобретает значение определяющего раздражителя; ответы здорового человека в ситуации эксперимента зависят от условий задания, от требования экспериментатора.

Наши же больные в этом эксперименте временами называли находившиеся перед ними предметы, хотя они отнюдь не были окрашены в требуемые цвета. Инструкция экспериментатора вызывала целенаправленные действия лишь на какой-то отрезок времени. Зависимость направленности ассоциаций наших больных от условий задания была чрезвычайно нестойкой. Любой объект, любая случайно услышанная фраза могли вызывать реакцию больных, неадекватную содержанию их деятельности, искажающую ход их суждений. Ряд нелепых мыслей и поступков больных был обусловлен подобной «откликаемостью».

Возможно, что в тесной связи с «откликаемостью» стояла и своеобразная колеблющаяся дезориентировка наших больных. Так, один из них сказал, что находится в ресторане, и тут же заявил, что здесь часовая мастерская. Оказалось, что в это время часовщик чинил часы. Спустя 5 минут этот же больной правильно заявил, что он в больнице. Другой больной на вопрос экспериментатора, где он находится, ответил: «Я в бумажной лаборатории, занимаюсь этим анализом этих а и б, б и а» (перед больным висел шкафчик с обозначением групп лекарств В и А). Спустя несколько часов у больного возникло новое толкование ситуации: он заявил, что находится в воинской части (больной увидел в окне проходившего мимо военного). Подобная двойная ориентировка имела место и у больного, описанного М. В. Зверевой [100], который утверждал, что находится в вагоне и в то же время в больнице.

Следует отметить, что быстрая «откликаемость» на внешние, случайные раздражители сочетается у этих больных с плохой переключаемостью. Данные ассоциативного эксперимента обнаруживают значительное число ответов типа персевераций.

Для иллюстрации вышесказанного приведем выписку из истории болезни и данные экспериментально-психологического исследования одного из больных этой группы.

Больной Л-в (история болезни д-ра Д. Б. Голант). Год рождения 1880. Инвалид. Образование высшее. *Диагноз клинический*: злокачественный артериосклероз с множественными очагами размягчения, преимущественно в левом полушарии; гипертонический синдром. *Диагноз патологоанатомический*: злокачественный церебральный артериосклероз со старыми и новыми размягчениями; обший артериосклероз.

Анамнез. Больной рос и развивался нормально; хорошо учился. Окончив сельскохозяйственный институт, работал старшим научным работником. Первые болезненные явления относятся к 1939 г. Появились головокружение, головные боли, чувство слабости. Было обнаружено повышенное кровяное давление. В 1947 г. были отмечены «странности поведения», «стал заговариваться», производил впечатление пьяного; обнаружилось расстройство речи типа амнестической афазии; перестал справляться с работой. В связи с неправильным поведением был помещен в больницу.

Неврологический статус. Зрачки равномерные, реакция на свет несколько вялая. Конвергенция ослаблена. Перистальные и сухожильные рефлексы значительно повышены. Мышечный тонус слегка повышен. Патологических рефлексов нет.

Психическое состояние. Во времени больной ориентирован, в окружающем недостаточно. Крайне медлителен, вял, растерян. Не сразу воспринимает обращенную к нему речь, отвечает после некоторой паузы. Движения замедлены. То сидит без дела, безучастно относясь к окружающему, то растерянно бродит по отделению, не находит свою кровать, стремится к двери. Не помнит содержания беседы, не может назвать даты важнейших событий из общественной и личной жизни. Наряду с этим неожиданно правильно называет свой возраст, год и место окончания вуза, имена своих преподавателей, последовательно рассказывает события детства, юности и первых лет работы. На вопрос: «Что вам делали в четверг?» — отвечает: «Фратерните». В дальнейшем правильно заявляет, что делал пункцию. Считает, что находится в поезде; врачей называет «метеорологами», лечащего врача — «Наполеоном». Спустя некоторое время заявляет, что он в больнице, что его окружают больные, просит выписать домой.

В опыте на классификацию предметов больной начинает сортировать карточки правильно, но вдруг перестает выполнять задание, начинает считать карточки, растерянно оглядывается: «Куда их положить, не оставить же беспорядок на столе?». Спустя короткое время

продолжает правильно сортировать, образовав группы животных, растений и неодушевленных предметов.

Установление последовательности событий. Больной долго рассматривает отдельные карточки, правильно начинает выполнять задание, но тут же, взяв в руки карточку № 3, заявляет: «Куда же они путешествуют? Это, вероятно, дровосек... А где же он... то есть, нет, пила где же? Они ее потеряли, надо ее найти». (Пытается при этом заглянуть под стол.) Спустя короткое время раскладывает карточки в адекватной последовательности.

Определение пословиц. Больной правильно объясняет пословицу «Куй железо, пока горячо»: «Работай быстро...». Тут же сбивается: «Вот это перо (указывает на лежащее на столе перо) надо делать, а вот надо ковать листочки» (смотрит в окно на дерево).

Ассоциативный эксперимент (вариант IV). Больному было предложено назвать 5 предметов красного цвета. Отвечает: «Вишня, мак, лампа, морковь, стена, кровь». На предложение назвать 7 предметов зеленого цвета больной говорит: «Трава, капуста, карандаш, бумага, часы, стакан, вода бывает зеленая, когда в ней тина, дерево зеленое». (Выделенные курсивом слова обозначают те предметы, которые больной видит перед собой и которые не окрашены ни в красный, ни в зеленый цвет).

При инструкции назвать 7 острых предметов больной отвечает: «Нож, бритва, перо, оно не острое, линейка, коса, карандаш, проволока». Ответная реакция больного часто направлялась теми предметами, которые были в поле его зрения.

Аналогичную картину нарушений обнаруживает и вариант 1 ассоциативного эксперимента (см. табл. 16). Речь больного нарушена; выступают явления амнестической афазии, персеверации. Временами же больной правильно называет предметы и правильно отвечает на вопросы. Приведем примеры.

Ответы больного при показе изображений предметов:

Пепельница — «Пепельница».

Пуговица — «Она общая рамка ordinaria».

Катушка — «Вернее игольница или просто рамка под простые иголки».

Воротник — «Галстук от простой иголки, то есть воротник».

Таблица 16

Больной Л.-в. Данные ассоциативного эксперимента
(вариант I)

Слово-раздражитель	Латентный период (в сек.)	Ответная реакция
хлеб	5	дом
лампа	5	крыша
пенне	2	<i>стол*</i>
колесо	2	<i>очки</i>
красота	5	<i>шарф</i>
война	2	<i>стол</i>
воздух	2	солнце
развитие	6	глаза
звонок	4	<i>папиросо</i>
пещера	2	<i>книга</i>
бесконечность	5	<i>чемодан</i>
луна	2	небо
брат	4	сестра
лечение	6	болезнь
топор	4	пила
падение	5	<i>ручка</i>
обман	6	<i>стена</i>
голова	5	<i>диван</i>
сомнение	6	ребенок
игра	5	футбол
цель	7	здоровье
глубина	12	<i>чернильница</i>
жестокость	15	<i>ручка</i>
совесть	15	больная

* Выделенные курсивом слова обозначают предметы, находящиеся в поле зрения больного.

Портсигар — «Под бумаги, наверное, папиросник. Наверно, до десяти штук папирос сюда входит. У меня постоянно штук под десять папирос».

Галстук — «Штук под десять папирос то же самое. Что это — не знаю. С чего обыкновенный маленький портсигар на десять папирос, штук под десять папирос».

Запонка — «Это маленький портсигар для застешки десять штук портсигар. Или иллюминационный патрон, запонка».

Двадцатикопеечная монета — «Это, конечно, 20 копеек».

Морковь — «У меня, что ли, была или нет, не знаю, что это... Морковь, 20 копеек».

Шпильки — «Такое универсальное приспособление для ниток».

Стул — «Это физика сидения. Я сижу на сидении стула. Это деревянный стул».

Характер речи больного в диалоге:

Экспериментатор. Вы были на войне?
Больной. Да. Был в Австро-Венгрии.
Экспериментатор. Где вы находитесь?
Больной. Дом из себя представляет воинскую часть.
Экспериментатор. Где вы со мной виделись?
Больной. Откровенно говоря, не припоминаю, кажется, дома.
Экспериментатор. Что вы завтракали?
Больной. Рыбу разварную и еще ничего (соответствует действительности).

Экспериментатор. Вы уже обеды? (занятия происходят после завтрака).

Больной. Да.

Экспериментатор. Что вы ели на обед?

Больной. Не целую часть такой вот отсеченной рыбы.

Экспериментатор. Где вы находитесь?

Больной. В Австро-Германской территории, условия Австро-Германской территории — это будут условия.

Экспериментатор. Что вы делаете у нас?

Больной. Здесь делаю, как вам сказать, целиком я занят исключительно условиями, я занят.

Экспериментатор. О чем я спрашиваю?

Больной. Понимаю сейчас разрешение того вопроса, который стоит передо мной.

Экспериментатор. Что вы здесь делаете?

Больной. Привезли меня — вот зачем, чтобы лечиться.

Экспериментатор. Здоровы вы или больны?

Больной. Безусловно, здоровый.

Экспериментатор. Как вы думаете, кем я работаю здесь?

Больной. У вас специальность врача. Вы лечите больных.

Экспериментатор. Вы здоровы или больны?

Больной. Безусловно, больной.

Экспериментатор. Почему вас привезли сюда?

Больной. Видите, мне непонятно, мне трудно отвечать, потому что привезли, чтобы лечиться.

«Откликаемость» наших больных является резким отклонением от нормального хода мыслительного процесса. Не всякий предмет, который находится в поле зрения, служит источником для возникновения представлений, мыслей, действий. Нормальный мыслительный процесс предполагает умение отвлекаться от посторонних раздражений, нарушающих стройное течение мысли. У наших же больных любой объект может выступить в качестве сигнального раздражителя и направить их мысли и действия.

Описывая это явление в своих ранних работах, мы определили его как феномен «полевого поведения», желая подчеркнуть его нецеленаправленность и случайный характер. Квалифицируя этот симптом в понятиях гештальтпсихологии, мы не могли дать ему объяснения.

Описанный феномен «откликаемости» может быть объяснен с позиций учения И. П. Павлова о гипнотических фазах.

«Откликаемость» наших больных указывает на то, что у них исчезает та тонкость анализа, которая свойственна корковой деятельности здорового человека. Можно предположить, что быстрая «откликаемость» больных, диффузность их суждений, резкие колебания умственных достижений связаны с такими изменениями высшей нервной деятельности, которые И. П. Павлов характеризовал как гипнотические фазовые состояния.

Говоря о гипноидных фазах, И. П. Павлов указывал, что у человека проявления этих фаз могут быть иными, чем у животных: «Когда дело касается более сложных форм гипнотического состояния, понятно, что провести полную параллель между животными и человеком становится трудно» [217, т. IV]. Сила раздражителей для человека зависит от их социального значения. Поэтому в ситуации психологического исследования слово, просьба или инструкция экспериментатора должны иметь для больного большую силу, чем индифферентный предмет (например, абажур лампы) или случайно услышанная фраза. У наших же больных происходит как бы уравнивание значения раздражителей.

Уместно отметить, что исследования С. Д. Каминского и В. И. Савчук [125], посвященные изучению условно-рефлекторной деятельности больных гипертонической болезнью и проведенные частично на ряде описываемых нами больных, выявили наличие у них фазовых состояний.

Наличием гипнотических фаз можно объяснить и некоторые другие нарушения психической деятельности больных, которые могут на первый взгляд казаться изолированными нарушениями памяти этих больных, занимавшими в их клинической картине ведущее место.

Мы говорили выше о том, что больные с «откликаемостью» часто не могут рассказать о своей жизни, не помнят своих соседей, не оценивают временных соотношений. Почти всегда клиническая оценка этих больных дается в понятиях амнестического симптомокомплекса или амнестического слабоумия. Если, однако, расчленить процессы усвоения нового на классическую триаду: «усвоение, удержание, воспроизведение», то оказывает-

ся, что больше всего у больных страдает последнее. Все образы, представления и впечатления преподнесенного им материала рано или поздно обнаруживают свое существование в их мыслительном потоке. Больной, например, не может повторить басню, он «забыл» ее, но в дальнейшей беседе, иногда спустя несколько дней, удается в ином контексте выловить, «выудить» по обрывкам все мелкие детали этой басни.

Точно так же, когда больной Ш. была прочитана басня, она не смогла повторить ее. Тогда ей рассказали другую, более легкую, с просьбой повторить. Больная в ответ неожиданно удачно рассказала первую басню. Следовательно, процесс усвоения у этих больных не был грубо нарушен. Очевидно, концентрация усилия на воспроизведение приводила к торможению этой деятельности.

О том же свидетельствуют и расстройства речи больных данной группы — амнестические западения (и парафазии). Больные часто не находят нужного слова в момент, когда усиленно ищут его, но нечаянно произносят его после, когда перестают искать. На это явление указали еще в 1938 г. П. Я. Гальперин и Р. А. Голубова [57]. Используя методический прием переключения усилия, авторы экспериментально доказали роль запредельного торможения как основного механизма парафазии. Разумеется, аналогично может быть понята и некоторая забывчивость больных. Они часто теряют и не могут найти вещи, лежащие у них буквально перед глазами; эти вещи потом «сами находят», когда больные перестают их искать.

Говоря о парафазиях, следует отметить, что в наших случаях это были не только отдельные ошибочные слова или названия предметов. Исследования, проведенные нами совместно с С. Я. Рубинштейн [116] над больными с тяжелыми сосудистыми заболеваниями мозга, выявили, что речь этих больных строилась в каком-то непонятном, исковерканном стиле, а в отдельных случаях нелепость ответов доходила до такой степени, что возбуждала сомнение в наличии шизофренической «разорванности», Ганзеровского синдрома и т. д.

Так, один из больных на вопрос, сколько будет 3×4 отвечает: «Это заразная вещь». Больному показана картинка, на которой изображен хозяин телеги, огорченный

тем, что колесо слетело с оси. Больной говорит: «Свекля, она могла быть спрессована, но во всяком случае это не жидкая вещь...». Больному показали петуха, он говорит, что это яблоко. Вслед за тем ему дают очки, и больной отвечает, что это ножка от яблока. Здесь отчетливо видно сплетение: «яблоко» застряло персеверативно, а слово «ножка» возникло при взгляде на дужки очков.

Отвечая таким образом, больной не замечал и не исправлял своих ошибок, однако он огорчился своей несостоятельностью в целом. Он упрекнул врачей за то, что они рассмеялись, и сказал им, что они (врачи) «должны были кричать ура!». Как потом выяснилось, больной хотел сказать, что врачи должны не огорчать больного смехом, а вселять в него оптимизм и бодрость. Откуда же возникли слова «кричать ура»? Возможно, что это парафазия, обусловленная тем, что аффективная потребность выразить мысли опережает инертную речевую функцию. Больной не находит точного, нужного ему слова, а пользуется диффузным, смутным образом.

Особый интерес представляют образцы самостоятельных высказываний или изложений, даваемых больными. При непосредственном восприятии они укладываются в общую картину дезавтоматизации психомоторных актов, но при изолированном повторении текста не могут быть приняты за шизофреническую выхолощенность и бессвязность. Так, например, больной М. объясняет пословицу «Не плюй в колодец, пригодится воды напиться» следующим образом: «Не плюй в колодец... Слышал, слышал, но только напивается так, что... Кто бывает... а кто не бывает, не сознается, тот не нужен, не нужен, прямо не нужен, и сейчас я скажу в открытую, не нужен(?)... Видите как, я скажу так, совершенно верно и должно быть. Это должно быть в данный момент... Куда хочешь и плюй, и если кто плюет и хороший человек и что делает, ну, все равно, без различия... без различия... Есть законное основание, один ничего не сделаешь... а есть власть, которая... только надета. Где работает известный орган, а не то что(?)... Совершенно верно, этот человек рассуждает совершенно другое... совершенно другое... Есть человек, который рассуждает по-другому(?)... Ну, туда, сюда... и что это пустяки, грош цена, я считаю... грош цена не то что-нибудь, это грош человеку, который глядит туда; сюда. Наоборот, надоть гля-

деть и надо все-таки человек... все-таки жить должен чем-нибудь... и жить теперича уж никуда не денешься, никуда не денешься, а есть люди, которые живут и туда и сюда, куда хочешь...».

Пословицу «Не все то золото, что блестит» больной объясняет так: «Золото блестит, а остальное нет. Есть сейчас искусственное золото. Оно блестит, но не все время. Куда ее брось, в грязь, в мусор какой-нибудь. А если бросить искусственную вещь, она блестит, покамест вы ее держите, а как она попала в мусор, так он потерял и блеск. (К человеку можно применить?). Его покрасят, напмадят, он и блестит... прошел, поворочался, блеск пропал».

Конечно, не у всех больных с «откликаемостью» отмечаются столь грубо выраженные симптомы, как описанное только что нарушение памяти или речи. Но даже и в тех случаях, когда столь массивные нарушения отсутствуют, мыслительная деятельность больных характеризуется диффузностью и чередованием различных уровней ее организации¹.

Если правильно наше предположение о том, что патофизиологической основой описанных нарушений является наличие запредельного торможения, то можно допустить, что у больных этой группы торможение теряет на время свое охранительное значение.

И. П. Павлов неоднократно высказывал мысль о том, что процесс торможения не только прекращает деятельность, но и способствует ее восстановлению; по выражению В. Г. Фольборта [324], «торможение является возбудителем восстановления».

Своими исследованиями Г. В. Фольборт показал, что при развитии патологических явлений может произойти разрыв между процессом истощения и восстановления, когда «процесс истощения не вызывает процесса восстановления, а процесс торможения перестает быть возбудителем восстановления» [324].

¹ По клинической картине описанный нами синдром ближе всего к описанным И. Г. Равкиным [247] протрагированным оглушенным состояниям сознания, но отличается от них отсутствием повышения порогов восприятия и большей лабильностью симптоматики. Г. В. Биренбаум и К. В. Шеханова (неопубликованное исследование) отмечали аналогичные клинические состояния у больных шизофренией в виде осложнения после судорожной терапии. Т. И. Гольдовская [73] — у больных в постинфекционном состоянии.

«Откликаемость» наших больных нельзя смешивать с отвлекаемостью, которая имеет место у детей младшего возраста. Известно, что любой объект, любой звук привлекает внимание маленьких детей. По своему внешнему проявлению эта отвлекаемость иногда может иметь много общего с описанным выше феноменом. Сторонники взгляда, согласно которому болезненные явления представляют собой возвращение к филогенетически более ранним способам реагирования, могли бы, казалось, найти в этом феномене подтверждение своих взглядов.

В действительности же генез отвлекаемости ребенка совершенно иной. В ее основе лежит усиленный ориентировочный рефлекс, т. е. высокая степень активности коры. Отвлекаемость ребенка дает ему возможность образовать большое количество временных связей, на основе которых потом вырастает целенаправленная деятельность. «Откликаемость» же наших больных является следствием снижения уровня активности коры и способствует разрушению целенаправленности умственной деятельности.

Таким образом, на примере феномена «откликаемости» можно показать, что психопатологические явления, внешне сходные с некоторыми формами детского поведения, отличаются от них по своему генезу.

§ 5. «Соскальзывания»

В клинических описаниях расстройств мышления при шизофрении часто встречается термин «соскальзывание», но, насколько нам известно, специальные исследования этого явления не проводились. Выделить этот симптом нарушения мышления удастся лишь у сравнительно сохранных больных, так как в противном случае «соскальзывания» как бы перекрываются иными, более грубыми ошибками. «Соскальзывания» заключаются в том, что, правильно решая какое-либо задание или адекватно рассуждая о каком-либо предмете, больные неожиданно сбиваются с правильного хода мыслей по ложной, неадекватной ассоциации, а затем вновь способны продолжать рассуждение последовательно, не повторяя допущенную ошибку, но и не исправляя ее.

Так, например, один из больных, правильно усвоив принцип классификации и последовательно руковод-

ствуясь им в длительном рассуждении, неожиданно сбивается на нелепое объединение в одну группу ландыша и корабля: «Их надо положить вместе, так как диаметр мачты равен в разрезе диаметру стебелька ландыша». Другой больной, правильно выполнявший задание на опосредствованное запоминание, для слова «обед» выбрал карточку, на которой нарисован обруч: «Оба начинаются на букву «о». В дальнейшем больной выполнял задание адекватно.

Подобные ошибочные действия не являются проявлением торопливости, невнимательности больного в работе. В ответ на специальный вопрос экспериментатора больной спокойно объясняет свои действия, и эти объяснения тем более поражают своей несурзастью, что высказываются наряду с правильными, последовательными рассуждениями. Но для самого больного эта несурзасть незаметна, и ошибку он не исправляет.

Характерным для подобных «соскальзываний» является внезапность, эпизодичность их появления: последовательность суждений больного нарушается лишь на какой-то отрезок времени; в остальном мыслительная деятельность больного может оставаться ненарушенной.

Характер ассоциаций у больных с симптомом «соскальзываний» своеобразен. В ассоциативном эксперименте часто проявляются случайные ассоциации («луна» — «мед», «звонок» — «роза» и т. п.).

Для иллюстрации приведем выписку из истории болезни и данные экспериментально-психологического исследования больного Ш.

Больной Ш. (история болезни д-ра Г. Я. Авруцкого), 1932 г. рождения. Диагноз: шизофрения. Из анамнеза: дед и тетка больного были больны шизофренией. Рос тихим, замкнутым, учился неровно. Бродяжничал, злоупотреблял алкоголем. Последние годы работал слесарем на заводе, учился в вечерней школе. Товарищи по работе характеризовали его как молчаливого, дисциплинированного, хорошего работника. Первые признаки психических нарушений появились в 1953 г.: стало казаться, что окружающие на него «пристально поглядывают», о нем говорят, «что-то узнали о нем»; казалось, будто его гипнотизируют. В голове «появилась путаница мыслей». Окружающее представлялось измененным, потерялось чувство реальности. Бросил работу, учебу в вечерней школе, искал гипнотизера; казалось, что «только он может спасти». Был стационарирован в Психиатрическую больницу им. Ганнушкина. (Лечение инсулином дало хороший эффект. У больного появилось критическое отношение к болезненным переживаниям, он возвратился на работу; с работой стал справляться хорошо.)

Со стороны внутренних органов и нервной системы — без существенных отклонений от нормы.

Психическое состояние. Ориентирован правильно. В отделении держится в стороне от больных, бесцельно бродит, мало доступен, подозрительно относится к окружающим. Все кажется измененным, не может понять, что с ним происходит, он «стал другой», «сам я как будто и не живу», «все изменилось и вокруг, и внутри меня». Больному кажется, что с ним должно случиться «что-то страшное». Без конца что-то обдумывает, много размышляет: «Я думаю о себе и о людях», «о жизненных вопросах». Считает, что находится под гипнотическим воздействием врачей или «черных друзей».

Выполняя задание по классификации предметов, больной руководствуется обобщенным признаком, но вдруг, образуя группу растений, относит трамвай с надписью «Садовое кольцо» к группе овощей, «так как здесь «Садовое кольцо» написано». Сразу же вслед за этим продолжает классификацию, правильно доводит ее до конца, но оставляет ландыш и корабль вместе.

В опыте на исключение лишнего больной выполняет задание правильно. Так, при предъявлении карточки «солнце, свеча, электрическая лампочка, керосиновая лампа» он исключает солнце, так как «это естественный свет», а остальные предметы — искусственный. Однако тут же при предъявлении карточки, на которой нарисованы часы, весы, термометр и очки, неожиданно заявляет, что «весы и очки надо в одну группу отнести, так как здесь загнуто» (больной показывает место загиба на весах и очках).

Тот же больной в опыте на опосредствованное запоминание с большой легкостью усваивает задание; для запоминания слова «разлука» берет карточку, на которой нарисован конверт, для слова «дорога» — изображение дерева, для слова «игра» — самолета («ребята любят играть в летчика») и тут же для слова «пожар» выбирает рисунок пера: «Первая буква п...».

При составлении пиктограмм больной образует обобщенные адекватные связи (для запоминания выражения «веселый праздник» рисует гармонь, для запоминания слова «сомнение» рисует вопросительный знак). Наряду с этим для запоминания слова «печаль» изображает печать; для выражения «смелый поступок» рисует кусок мела; для запоминания выражения «вкусный ужин» ставит два квадрата: «Два слова...».

Ассоциативный эксперимент обнаруживает невысокий латентный период (1,5—2,5 сек.), большое количе-

ство ответных реакций по созвучию («топор» — «мотор», «море» — «горе» и т. п.).

Больной правильно объясняет переносный смысл пословиц, правильно относит к ним соответствующие фразы.

Таким образом, и у больных с «соскальзываниями» процесс обобщения и отвлечения не нарушен. Они могут правильно синтезировать материал, правильно выделить существенный признак. Вместе с тем на какой-то отрезок времени правильный ход мышления у них нарушается вследствие того, что больные в своих суждениях начинают руководствоваться случайными, несущественными в данной ситуации признаками.

* *
*

Описанные в данной главе нарушения мышления наблюдались, как мы видим, у больных с различными заболеваниями; эти нарушения носят различный характер, степень выраженности их тоже различна.

На первый взгляд объединение столь разнородных видов нарушений мышления, как «скачка» идей, «откликаемость», «вязкость» мышления, непоследовательность суждения, «соскальзывания», кажется необидительным, особенно в свете клинических задач, направленных на поиск видов нарушений мышления, характерных для отдельных форм заболевания. Однако нужно иметь в виду, что полноценность мыслительного акта зависит не только от уровня обобщения, но и от последовательности и взаимосвязи суждений, т. е. от характера динамики мыслительного процесса. Мышление больных, вошедших в рассмотренные выше группы, характеризуется именно тем, что единая линия суждений, их последовательность была у больных нарушена.

Хотя отдельные мыслительные операции (сравнение и различение, обобщение и отвлечение и т. п.) были относительно сохранены, подобные нарушения процессуальной стороны мышления оказывали отрицательное влияние на умственные достижения больных, на результативную сторону их мышления. Целенаправленность мышления, в начале не нарушенная, затем теряется (или эпизодически ослабляется), и мыслительный процесс перестает быть адекватным заданию.

В описанных случаях нарушение целенаправленности выступало в известном смысле как производное от нарушения динамики мышления. Однако клиническая практика показывает, что нецеленаправленность может выступать в качестве самостоятельного и стойкого нарушения мышления. Такое нарушение мышления встречается у больных, у которых психическая болезнь приводит к нарушениям личности в целом и мышление перестает регулировать поведение.

Глава VI

НАРУШЕНИЕ ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОСТИ МЫШЛЕНИЯ

Чтобы проникнуть в глубь вещей и явлений, отразить их сущность и закономерные связи между ними, человеческая мысль должна быть активной, направленной на объективную реальность, на разрешение проблемы — она должна быть целенаправленной. Утрата целенаправленности мышления приводит не только к поверхностности и незавершенности мышления, но и к тому, что мышление перестает быть регулятором действий человека.

О мышлении как регуляторе действий писал уже И. М. Сеченов: «Разумность мысли начинается только с того момента, когда она становится руководителем действий, то есть когда познаваемое отношение кладется в основу последних. Тогда действия, получая цель и смысл становятся целесообразными, а руководитель получает характер направителя их» [286; 348].

Конечно, положение о том, что мышление является регулятором действий, не следует понимать так, будто мышление можно рассматривать как источник, как движущую силу поведения. Ф. Энгельс говорит: «Люди привыкли объяснять свои действия из своего мышления, вместо того чтобы объяснять их из своих потребностей (которые при этом, конечно, отражаются в голове, осознаются), и этим путем с течением времени возникло то идеалистическое мировоззрение, которое овладело умами в особенности со времени гибели античного мира» [2; 139].

Следовательно, источником человеческого действия являются осознанные потребности, возникшие в результате общественно-трудовой деятельности человека.

Потребность, осознанная человеком, выступает для него в виде ряда конкретных жизненных целей и задач. Реальная деятельность человека, направленная на достижение этих целей и разрешение данных задач, регулируется и корригируется мышлением. Мысль, пробужденная потребностью, становится регулятором действия; для того чтобы мышление могло регулировать поведение, оно должно быть целенаправленным и критичным.

Не существует мышления, оторванного от потребностей, стремлений, установок, чувств человека, т. е. от личности в целом. При тяжелых формах душевных заболеваний, разрушающих личность, на первый план выступают нарушения таких свойств мыслительной деятельности, которые в первую очередь обеспечивают регуляцию поведения человека, т. е. страдают критичность мышления, его целенаправленность. В наиболее тяжелых случаях расстройств мышления происходит совместное нарушение целенаправленности и критичности.

§ 1. Нарушение регулирующей функции мышления в норме

Известно, что вполне здоровые люди совершают ошибочные действия под влиянием страстей или даже менее выраженных переживаний. Можно было бы привести бесконечное количество примеров того, как люди перестают владеть собою, становятся некритичными, совершают нелепые и нецелесообразные поступки, принимают неадекватные решения, неправильно оценивают окружающих людей и ситуацию.

В одних случаях суждения человека под влиянием чувства становятся ошибочными и неадекватно отражают действительность. Возникают аффективно обусловленные ошибки мышления, описанные Блейлером [32]. В других случаях мысли, оценочные суждения человека остаются правильными, но перестают регулировать поведение. Возникают неадекватные поступки, действия. Теряется та самая «разумность мысли», о которой писал И. М. Сеченов.

В обоих случаях обнаруживается недостаточность мышления как такового. К ним применимы слова П. Б. Ганнушкина: «Чтобы чувства взяли верх над разумом, надо, чтобы разум был слаб» [64].

Эти расстройства мышления выступают эпизодически и избирательно по отношению к определенному кругу явлений. Мышление человека в таких случаях не теряет своей регулирующей функции в целом, оно лишь оказывается несостоятельным перед лицом большой страсти или в особо острой ситуации.

Неадекватность суждений в подобных случаях выступает в отношении определенного объекта и не становится свойством мышления самого мыслящего человека. Уход от цели, совершение поступков, идущих вразрез с личностными устремлениями, целями и намерениями человека, возникает только при определенной ситуации и не является постоянной характеристикой мышления человека. В этом отличие данной формы нарушения целенаправленности от нарушений, которые будут рассмотрены.

Обусловленные влиянием страстей ошибки либо отклонения направленности мышления представляют собой очень большую, сложную проблему, к сожалению недостаточно изученную в современной психологии. В свое время Груле указывал на то, что под влиянием сильного аффекта у здоровых людей может возникнуть состояние, близкое к «спутанности» [411]. Нарушения познавательной деятельности у здоровых людей при травмирующей ситуации описаны А. М. Шуберт [348]. Она ставит вопрос о сходстве некоторых форм поведения и мышления у здоровых, но охваченных отчаянием людей, с действиями и мыслями больных в реактивном состоянии.

Далее мы рассмотрим полученные нами данные о нарушениях критичности и целенаправленности мышления у душевно больных людей.

§ 2. Нарушения критичности мышления

Вопрос о критичности мышления был предметом специального изучения в психологии, однако он решался только в общем плане. С. Л. Рубинштейн [257] подчеркивает, что только в процессе мышления, при котором субъект более или менее сознательно соотносит результаты мыслительного процесса с объективными данными, возможна ошибка и что «возможность осознать ошибку является привилегией мысли». Выделяя качества ума, Б. М. Теплов указывает на критичность и оценивает ее

как «умение строго оценивать работу мысли, тщательно взвешивать все доводы за и против намечающихся гипотез и подвергать эти гипотезы всесторонней проверке» [311].

С особой остротой выступает проблема критичности мышления при анализе различных психопатологических явлений. Во всех учебниках и монографиях, в которых трактуется вопрос о слабоумии, на первом плане упоминается нарушение критичности (В. А. Гиляровский [68], М. О. Гуревич и М. Я. Серейский [77], С. С. Корсаков [144], Э. Крепелин [432], В. П. Осипов [216], Г. Е. Сухарева [308]). Понятие критичности является весьма существенным при психопатологическом анализе. Это видно из того, что оценка состояния больного и диагноз заболевания часто основываются на наличии или отсутствии критичности мышления.

Понятие критичности в психопатологии неоднозначно; часто имеется в виду критичное отношение к бреду, к галлюцинациям и другим болезненным переживаниям. Мы же хотим подвергнуть анализу тот вид критичности, который состоит в умении обдуманно действовать, проверять и исправлять свои действия в соответствии с объективными условиями.

* *
*

При выполнении экспериментального задания по классификации предметов обнаружилась особая группа ошибок, которую можно было характеризовать как бездумную манипуляцию предметами. Не вслушавшись в инструкцию, бегом взглянув на карточки, больные начинали раскладывать предметы по группам, не проверяя себя. Так, например, один из больных начинает складывать в одну группу карточки, лежащие рядом: «медведь», «термометр», «лопата», «шкаф»; в другую группу собирает карточки, находящиеся по краям: «гриб», «птица», «велосипед».

По существу говоря, само задание не выступило для больного как таковое. Таблица 17 показывает, что подобное выполнение задания выявилось у 60% больных прогрессивным параличом, у части больных с травмами головного мозга (20%) и у части больных сосудистыми заболеваниями головного мозга (11,2%).

Таблица 17

Необдуманное, бесцельное раскладывание карточек (манипуляция предметами) в эксперименте «классификация предметов»

Диагноз	Количество обследованных больных	Количество больных, допустивших ошибки
Шизофрения	155	3 (1,9)*
Эпилепсия	50	1 (2,0)
Сосудистые заболевания мозга	125	14 (11,2)
Травмы	170	34 (20,0)
Олигофрения	40	2 (5,0)
Энцефалит	20	—
Прогрессивный паралич	30	18 (60,0)
Маниакально-депрессивный психоз	15	1 (6,7)
Психопатии	30	—

* В скобках приведены соответствующие количественные данные в процентах.

При указании экспериментатора, что группы надо отбирать по смыслу, чтобы карточки подходили друг к другу, больной правильно сортирует карточки, выделяя группы по обобщенному признаку (животные, мебель, люди, растения) ¹.

В картине заболевания больных описываемой группы отсутствовали острые психотические симптомы. При поверхностном исследовании эти больные производили

¹ Ввиду того что ошибочные действия и решения больных носят случайный характер, нам не кажется правомерным дать более детальную количественную сводку этих ошибок: объединение этих случайных ответов носило бы произвольный характер. Так, в таблице 17 приведены указания на то, что только 20% больных травмами головного мозга выполнили задание «классификация предметов» по типу манипуляций предметами. Между тем до такой степени бездумных действий доходили далеко не все описываемые нами в § 1 больные. Однако изучение клинических данных поведения больных в больнице и в мастерских трудовой терапии, анализ совокупности экспериментальных данных выявили элементы не критичности мышления у значительно большего числа больных.

Поэтому мы решили для характеристики мышления этих больных привести более полное описание поведения больных и наиболее типичные образцы выполнения ими экспериментальных задач и привести лишь количественные данные выполнения задания «классификация предметов».

впечатление относительно сохранных людей. Они усваивали предъявляемые им вопросы, были ориентированы в месте и времени, в общественных событиях, принимали участие в трудовых процессах, выполняли отдельные поручения, читали книги, запоминали прочитанное, слушали радио. Однако при ближайшем наблюдении можно было отметить неадекватность их поведения. Вслушиваясь в их беседы с родными, можно было установить, что они правильно отвечали на вопросы, но сами их не задавали, не интересовались жизнью своих близких, не говорили о своих планах на будущее. Начав читать книгу, они тут же ее бросали, чтобы взяться за другую, случайно попавшую в их поле зрения. По данным С. Я. Рубинштейн [268], исследовавшей поведение подобных больных в условиях работы в мастерских трудовой терапии, больные допускали в работе ошибки, не замечая их. В тех же случаях, когда инструктор мастерских указывал им на допущенный брак, они не огорчались и не пытались его исправить. «Сойдет», «Ничего, пусть будет так» — были их обычные реплики.

Это безразличное отношение к своим ошибкам достигало у некоторых больных самой нелепой формы. Так, например, один больной, сохранивший навык счета, при вычислении возраста своей дочери допустил столь грубую ошибку, что дочь оказалась моложе его на два года. Когда же экспериментатор обратил внимание больного на абсурдность его вычисления, он, не смутившись, ответил: «Все может быть».

Больные легко соглашались с любым, даже абсурдным суждением, легко и бездумно подчинялись всякому предложению другого человека. Так, один из больных накануне серьезной операции без всяких возражений согласился с предложением товарища уйти из хирургического корпуса, чтобы выкупаться в ненастную, холодную погоду в озере.

Никаких недостатков или нарушений умственной работоспособности эти больные никогда у себя не отмечали, ни на что не жаловались, не тяготились пребыванием в больнице, не просили о выписке. Они пребывали большей частью в хорошем настроении, не думали о своей будущей судьбе, не строили планов.

Особенно резко выступало «бездумное» поведение больного в психологическом эксперименте. Как мы го-

ворили выше, больные, не взглянув как следует на предлагаемый материал, начинают работать. Например, больной, которому показывается серия картинок, изображающих нападение волков на мальчика, идущего в школу, едва взглянув на картинку, отвечает: «Мальчик лезет на дерево, хочет нарвать яблок, вероятно». Экспериментатор: «Посмотрите внимательнее». Больной: «Мальчик спасается от волков». Другой больной, едва выслушав просьбу экспериментатора объяснить пословицу «Куй железо, пока горячо», отвечает: «Да, да, железо должно быть расплавленным, иначе оно не ковко» — и тут же объясняет правильно: «Не надо откладывать дело в долгий ящик».

Больные могут осмыслить содержание басни, условный смысл инструкции, понять переносный смысл пословицы, вычлнить обобщенный признак и вместе с тем допустить грубейшие ошибки, действовать не в направлении инструкции, неправильно отнести фразы к пословице. Следовательно, больные могли понимать условие задания и действовать вразрез с этим пониманием. При этом ошибки возникали не из-за истощаемости больных, не из-за быстро наступающей тормозимости так как выступали не в конце эксперимента, а большей частью в начале. Эти ошибки исчезали, если экспериментатор заставлял больного проверять свои действия.

Больные не замечали своих ошибок; больше того, когда им на них указывали, они не пытались вникнуть в смысл задания и исправить ошибку. «И так сойдет», «Ладно, пусть будет так» — были обычными репликами больных на замечания экспериментатора.

При контрольных вопросах и внешней организации работы со стороны экспериментатора больной мог осмыслить даже более сложные задачи. Таким образом, деятельность больных характеризовалась отсутствием самоконтроля и безразличным отношением к тому, что они делали. В качестве иллюстрации приведем выписки из истории болезни и данные экспериментально-психологического исследования.

Больной М., 1890 г. рождения. Диагноз: прогрессирующий паралич. Больной рос нормальным. Успешно окончил медицинский факультет, работал врачом-хирургом. В возрасте 26 лет перенес заболевание сифилисом. В возрасте 47 лет выявились первые признаки душевного заболевания: производя операцию, допустил грубейшую

ошибку (ушил толстую кишку в желудок), что стоило больной жизни. При судебно-психиатрической экспертизе был установлен диагноз «прогрессивный паралич». После проведенного лечения пытался продолжать работу врача, но на работе не удержался.

Психическое состояние. Правильно ориентирован, доступен. Многоглаголив, с больными часто болтлив. Знает о своем заболевании прогрессивным параличом, но относится к этому факту с большой легкостью. Постоянно повторяет, что у него «остаточные явления после перенесенного прогрессивного паралича», но они «ничтожны», это «мелочь», которая не мешает ему работать хирургом. Вспоминая о своем грубейшем хирургическом промахе, с улыбкой, как бы мимоходом, говорит, что «допустил некоторую ошибку, у всех бывают такие случайности». В настоящее время считает себя здоровым («как бык», — говорит больной). Убежден, что может работать хирургом, главным врачом больницы. В то же время больным отделением дает самые нелепые советы. Не стесняясь, рассказывает всем, что познакомился со своей женой в пивной и что «по профессии она тогда была проститутка».

Уже при выполнении самых простых заданий больной допускает грубые ошибки, не делая при этом никаких попыток исправить их. Так, больной правильно понимает смысл пословицы, но тут же относит к ней несоответствующую фразу: «Я немного ошибся, ну и что же?».

Задание «классификация предметов» начинает выполнять, не дослушав инструкции: «Что же, это вроде домино»; пытается подойти к заданию, как к игре в домино, прикладывает картинки, на которых нарисованы вазы, мебель, так, как этого требуют правила игры в домино, тут же спрашивает: «А как узнать, кто из нас выиграл? А мы играем ведь не на деньги, их у меня нет». Выслушав вторично инструкцию, правильно выполняет задание.

При выполнении задания «установление последовательности событий» вначале пытается объяснить каждую из картинок, при этом выдумывает сюжет, не вытекающий из содержания картинок. Взглянув на картинку № 2, говорит: «Вот тут кто-то пошел гулять. Он пошел на свидание... Ну, куда же он мог пойти? Очевидно, там его ждет кто-то, вероятно женщина... Или, может быть, это деловое свидание. А вот это (картинка № 5) уехал дядя. Этот остался один, скучает, конечно, но по ком? Может, по той, к которой он спешил на свидание? Ну, а тут что? Сломалось колесо? Да, значит, нерадивый хозяин».

Экспериментатор прерывает рассуждения больного,

предлагая ему разложить картинки в последовательном порядке, исходя из сюжета. Больной выполняет задание.

При выполнении задания «отнесение фраз к пословицам» больной правильно объясняет пословицы «Не все то золото, что блестит» и «Семь раз отмерь, один раз отрежь», но неправильно относит к ним фразы: «Золото тяжелее железа» и «Если отрезал неправильно, нечего винить ножницы».

Эксперимент на опосредствованное запоминание по методу пиктограмм выявил следующее. Больной не вслушивается в условие задания: «Вы хотите, чтобы я передал в рисунке ваши слова? Я ведь не художник». Экспериментатор еще раз объясняет смысл задания, предлагает больному внимательно выслушать инструкцию. Больной говорит: «Ах, так надо, значит, только как эмблему изобразить? Что же, это легко». Он образует связи довольно обобщенного порядка: для запоминания выражения «веселый праздник» рисует флаг, для слов «темная ночь» — заштрихованный квадрат, для запоминания выражения «голодный человек» рисует тощего человека. При этом больной постоянно отвлекается от задания, пытается вступить в беседу с врачом о не относящихся к делу предметах.

Несмотря на то что экспериментатор все время подчеркивает, что это задание предлагается ему с целью проверки его памяти, больной несколько не удивляется, когда экспериментатор, якобы заканчивая опыт, прощается с больным, не попросив его воспроизвести предложенные слова. Точно так же больной не смущается, когда при последовавшей проверке обнаруживается, что он запомнил лишь незначительное количество слов (из четырнадцати только пять). На замечание экспериментатора, что он мало запомнил, больной отвечает с улыбкой: «В следующий раз запомню больше».

Больной Т. (история болезни д-ра Роммель), 1934 г. рождения. Инвалид второй группы. Диагноз: травматическое слабоумие. Больной рос и развивался нормально, окончил 6 классов, работал слесарем. Был активным, общительным. В 1950 г. был сшиблен на улице машиной; имела место длительная потеря сознания. Два месяца в тяжелом состоянии лежал в Институте им. Склифасовского. Последующие полгода не работал в связи с головными болями, быстрой утомляемостью, общим плохим самочувствием. В дальнейшем отмечалось нарастание вялости, сонливости, много лежал, злоупотреблял алкоголем, вступал в драки, был агрессивен по отношению к близким. Часто стационарировался в психиатрические лечебницы.

Неврологический статус. Легкая асимметрия лица, тремор век, вытянутых пальцев рук. Сухожильные и периостальные рефлексы оживлены: в верхних конечностях $D > S$, в нижних $S > D$.

Психическое состояние. Считает себя психически здоровым, «только хрящ у носа болит». Пребыванием в больнице не тяготится: «Мне все равно, где жить». К окружающему относится без всякого интереса, во время посещения родных не проявляет к ним никакого интереса, не беспокоится о больной матери, не справляется о своем ребенке. В отделении весел, благодушен. С врачами держится развязно; увидев во время беседы с врачом, что больные начали какую-нибудь игру, тут же прерывает беседу на полуслове и следует за другими. Под влиянием уговоров товарищей больной играет в домино, но через несколько минут, не окончив игры, бросает ее. К результатам игры равнодушен. Больной легко внушаем, выполняет все просьбы товарищей, подражает им; под влиянием их настоящий часто совершает бестактные и даже нелепые поступки. В любое время по первому требованию больных танцует, поет. По просьбе одного из них без всякого смущения отнял стул у посетителя. Благодаря уговорам врача больной начал работать в лечебно-трудовых мастерских, но работа быстро надоедает ему, он тут же ее бросает, переключаясь на любое занятие других больных. Больной хорошо спит, но, услышав, как другие больные просят снотворное, тоже требует дать ему «лекарство для сна».

Данные *патофизиологического исследования* (безусловные сосудистые реакции и электрическая активность коры головного мозга), проведенного В. М. Каменской, указывают на лабильность корковых процессов с явлениями патологического возбуждения в базальных отделах мозга.

Уже при решении простейшей задачи — описать сюжетную картину — обнаруживается специфика интеллектуальной деятельности больного Т. Больному предлагается рассказать содержание известной картины Ярошенко «Узник». Больной: «Тут нарисован человек». На вопрос экспериментатора, что это за человек, больной отвечает: «Не знаю, может быть служащий какой-нибудь». Экспериментатор: «Где он находится?» Больной: «Почем я знаю? У себя на квартире, а может, в учреждении». Экспериментатор старается направить внимание больного на характерные детали картины: «Посмотрите внимательно, обычное ли здесь окно?». «Он заключенный», — говорит монотонно больной, не выражая ни малейшего удивления по поводу своей ошибки.

Следующая предъявленная картина («Каток») изображает человека, проваливающегося в прорубь, и толпу людей, на лицах которых изображен испуг. Больной описывает: «Здесь люди, они идут куда-то или гуляют». Он не замечает того, что выражения лиц людей

не соответствуют ситуации прогулки. Однако стоило экспериментатору направить внимание больного на задание, как он правильно объяснил сюжет картины.

Бездумные действия больного выступают еще нагляднее при выполнении задания «классификация предметов». Больной то объединяет в одну группу карточки, лежащие рядом, то делит их на равные «стопочки», то пытается ими «играть в домино».

Больной К. (история болезни госпиталя 3120), 1922 г. рождения, развивался нормально, окончил 4 класса сельской школы, потом курсы крановщиков, работал крановщиком на заводе. 23 марта 1943 г. получил сквозное пулевое ранение обеих лобных долей. Было отмечено истечение мозгового вещества из входного и выходного отверстий. Через день после ранения произведена операция удаления многочисленных костных осколков, внедрившихся в мозговое вещество левого лобного полюса. Послеоперационное течение — гладкое. Спустя полтора месяца в *неврологическом статусе* отмечалось: нарушение конвергенции, особенно слева, спонтанный нистагм, при отклонении глазных яблок, сглаженность правой носогубной складки. Сухожильные рефлексы справа повышены, патологических — нет. Все виды чувствительности в пределах нормы. Координация — норма.

Психическое состояние. Больной правильно ориентирован в месте, времени и окружающей обстановке. Правильно рассказывает о событиях прошлой жизни. Знает о своем ранении, но считает его легким, не отмечает никаких отрицательных последствий ни в своем физическом, ни в психическом состоянии. Предполагает, что будет возвращен в свою строевую часть.

Доступен, словоохотлив, безмятежно весел. Беспрекословно подчиняется режиму, но если товарищи предлагают ему какое-либо мероприятие, нарушающее режим, так же беспрекословно следует за ними. По просьбе товарищей часто играет на балалайке, напевает, но, будучи предоставлен самому себе, долго бездейственно сидит молча.

По назначению врача больной начал работать в мастерских трудовой терапии. Охотно брался за любую, даже самую тяжелую работу, так что за ним приходилось следить и запрещать ему некоторые виды труда, указывать на необходимость прекратить работу. Однако, выполняя по указанию инструктора любые отдельные задания, К. никогда не интересовался результатом работы в целом, не заботился о качестве выполняемого дела. Часто, начав какую-нибудь работу, он выходил покурить и затем забывал вернуться в мастерскую. То и дело портил материал и ломал инструменты не потому, что не умел ими пользоваться, а вследствие бездумного, безответственного отношения к делу; не сер-

дился и не огорчался, когда инструктор или товарищи сердились на него из-за брака в работе. Однажды, ссоришись на швейной машине две части одежды так, что лицевая сторона оказалась пришитой к изнанке, в ответ на замечание рассмеялся и заявил: «Сойдет!».

После прохождения ВВК больной был снят с военного учета и признан инвалидом третьей группы; собирался поехать к дяде, потом решил ехать в гости к соседу по палате. Без колебаний согласился остаться в госпитале на должности санитаря. С момента выписки больного из госпиталя неправильность его поведения стала особенно очевидной. Если раньше в условиях определенного режима и обеспеченного больничного существования больной не выделялся из среды товарищей, то теперь его поведение оказалось резко неадекватным. В то время как раненые в дни выписки из госпиталя активно беспокоились об организации своего быта, К. остался совершенно равнодушным.

Обязанности К. как санитаря заключались в том, что он вместе с другими переносил больных из корпуса в корпус. Он очень хорошо, не жалея своих сил, выполнял эту работу, пока за ним наблюдали, но стоило кому-нибудь отвлечь его внимание, позвать его, он мог оставить носилки «на минутку» и затем вообще не вернуться. Его перевели на работу истопника, но в первый же день работы он ушел по зову товарища в кино, а затем лег спать, оставив работу невыполненной. На протяжении нескольких месяцев, пока больной действовал «под диктовку», он хорошо работал, вызывал симпатии окружающих своим неизменно добродушным, покладистым нравом. При малейшей же самостоятельности обнаруживал безответственность, неправильность поведения, от которой страдал сам и страдала его товарищи по работе: забыл получить продуктовые карточки, раздал ящик чужих запасов, уходил среди рабочего дня с работы, чтобы выполнять нелепые поручения слабоумных больных. Однако в кругу семьи, под наблюдением родных, его поведение было сравнительно полноценным. (Данные исследования С. Я. Рубинштейн.)

Приведем некоторые данные экспериментального исследования больного. В эксперименте на классификацию предметов К., даже не дослушав до конца инструкцию, начинает раскладывать карточки в аккуратные

стопочки, рассматривает их. Однако после настоятельных повторных инструкций выполняет задание правильно. Очень демонстративно особенности поведения больного выявились при выполнении задания «установление последовательности событий» (серия картинок, изображающих поломку и починку колеса). Больной описывает первую полающую картинку, раскладывает картинку без всякой последовательности, но спустя некоторое время по просьбе экспериментатора внимательно относиться к работе правильно выполняет задачу. Если удается направить внимание больного на выполнение задания, он может его выполнить, даже если оно требует довольно сложного анализа и синтеза (больной понимает переносный смысл пословиц, устанавливает аналогичные отношения и т. д.).

Неправильными были действия больного и при складывании куба Линка. Задача состояла в следующем: испытуемый должен сложить большой деревянный куб из 27 кубиков, располагая их в три ряда по 9 кубиков в каждом ряду. Грани каждого кубика окрашены в желтый, красный или зеленый цвета. Надо было составить большой куб так, чтобы все его стороны были окрашены в красный цвет. Комбинации цветов определяют место каждого маленького кубика в большом кубе.

Это задание требует планирования действий, тщательного и постоянного контроля и обязательной коррекции в случае ошибок. Наш больной не был в состоянии справиться с этим заданием. Усвоив смысл инструкции, он правильно подбирал кубики лишь на сторонах большого куба, обращенных к нему, и не заботился о других сторонах.

Больной Ч.в. 1906 г. рождения. Развивался нормально, работал счетоводом. После окончания техникума работал начальником цеха. В военное время окончил курсы лейтенантов.

Из краткой истории болезни, составлявшейся по этапам эвакуации, известно лишь следующее: в январе 1943 г. больной был ранен осколком в лобную область. Длительность потери сознания неизвестна. Отмечено выпадение мозгового вещества из раны, отек век обоих глаз. Диагностирован асептический менингоэнцефалит. Была проведена операция удаления костных секвестров и экстрадуральной гнойной полости.

Неврологический статус. Реакция на свет и конвергенцию живая. Движения глазных яблок в полном объеме. Язык при высовывании уклоняется несколько вправо. Амимия. Все виды чувствительности сохранены. Сухожильные рефлексы живые, справа повышены. Па-

тологических рефлексов и клонусов нет. Координационные пробы выполняется хорошо. В позе Ромберга — легкое пошатывание.

Психическое состояние. Правильно ориентирован в месте, времени и окружающей обстановке. Обладает хорошей живой речью. По просьбе врача связно изложил в письменной форме анамнестические данные, соответствующие объективным данным. Знает дату своего ранения и правильно считает его причиной направления в госпиталь. Не может, однако, отметить никаких изменений своего самочувствия и психического состояния после ранения. Никогда не ощущает ни головной боли, ни какой-нибудь слабости, считает себя здоровым (даже в период повторной операции и после нее).

Запас общеобразовательных знаний и представлений больного сохранен. Легко считает, пишет изложения давно прочитанных книг или впервые услышанных рассказов. Сохранились прежние трудовые навыки и умения больного.

Поведение его в отделении казалось на первый взгляд правильным: больной безупречно подчиняется режиму, выполняет все назначения врача и персонала. Однако, выполняя всевозможные задания, больной оставался совершенно безучастным к тому, насколько успешны или правильны его действия.

Больной не обнаруживал заинтересованности в оценке его умственных способностей, не радовался похвале, не огорчался порицаниям. В мастерской, несмотря на сохранность трудовых навыков и умений, больной часто производил брак, так как не обдумывал своих действий заранее, не проверял себя. При замечаниях инструкторов больной, однако, быстро спохватывался, понимал суть ошибки, исправлял ее. В то же время когда ему однажды указали на абсолютную негодность сделанного им изделия, больной тем не менее долгое время продолжал аккуратно обрабатывать и отделывать это бессмысленное творение.

Не интересовался ни состоянием своего здоровья, ни перспективами пребывания в госпитале, не переписывался с семьей. Ни разу не спросил врача ни о цели предстоящей операции, ни о ее результатах.

На вопрос, почему он ни разу после ранения не написал семье (жене, матери, ребенку), ответил, что не имеет бумаги. Получив бумагу, письмо все же не написал, но по прямому предложению врача тут же написал и отправил в основном разумное, хотя и малосодержательное письмо.

Больной относится к разным людям одинаково. Он ни с кем не дружит, ни к кому никогда сам не обращается, но на вопросы всегда отвечает, просьбы и поручения неизменно выполняет,

Таким же было отношение больного к событиям разной важности. Будучи подготовлен к операции, за час до нее, больной внезапно исчез из хирургического корпуса, так как полагал, что перед операцией он еще успеет заняться трудовой терапией.

Своим пребыванием в больнице не тяготился, не строил никаких планов на будущее. Он так же охотно соглашался остаться в госпитале, как и выписаться в часть или поехать домой. (Данные исследования С. Я. Рубинштейн.)

Данные экспериментально-психологического исследования больного Ч. также показали отсутствие контроля своих действий.

Больной правильно выделяет признак, по которому следует классифицировать предметы; в опыте на составление пиктограмм образует адекватные связи для запоминания слов. Вместе с тем, справившись с этими заданиями, требующими довольно сложного синтеза и обобщения, он не в состоянии выполнить более простое задание: разложить в последовательном порядке серию картинок «Починка колеса». В результате у него образуется следующий ряд: картинка № 4 — «Здесь чинят телегу»; № 2 — «Человек пошел погулять»; № 1 — «Огорчается, потому что ось сломалась, получилась авария»; № 3 — «Здесь они вдвоем гуляют»; картинка № 5 — «Здесь едут». Экспериментатор предлагает посмотреть внимательнее, повторяет инструкцию, указывает на первую картинку как на изображение начала, — и больной тут же правильно выполняет задание.

Поняв правильно смысл пословиц, больной неправильно относит к ним фразы.

Особенно четко выступали ошибочные, случайные решения больных в заданиях, простых по своему содержанию, но требующих контроля за своими действиями не только в конце работы, но на каждом отдельном этапе выполнения задания. Для иллюстрации приведем данные из дипломной работы В. И. Урусовой-Белозерцевой, проведенной под нашим руководством на кафедре психологии МГУ.

Больным предлагаются небольшие рассказы с пропущенными отдельными словами; испытуемые должны заполнить эти пропуски (вариант методики Эббинггауза). Были предложены следующие рассказы.

1. Лев стал ... и не мог ходить на ... Тогда он решил жить хитростью: залег в своей берлоге и притворился ... И вот другие звери стали приходить и навещать больного ... А когда они приходили, он набрасывался на них и ... Пришла лисица, но в берлогу не вошла, а остановилась у ... Лев спросил у нее: «Чего же ты не войдешь ко мне?» А ... отвечала: «Я вижу много следов, которые ведут к твоей ... но не вижу ... которые вели бы обратно».

2. ...захотел напиться и спустился вниз к ручью. Волна захлестнула его, и он начал... Пролетавшая мимо голубка заметила это и бросила ему в ручей ветку. Муравей взобрался на эту... и спасся. На следующий день муравей увидел, что охотник хочет поймать... в сеть. Он подполз и укусил... в ногу. Охотник вскрикнул от боли и выронил сеть. Голубка вспорхнула и улетела.

3. Один человек заказал пряже тонкие... Пряжа спряла тонкие нитки, но человек сказал, что нитки... и что ему нужны нитки самые тонкие. Пряжа сказала: «Если тебе эти не тонки, то вот тебе другие», и она показала на... место. Он сказал, что не видит. «Оттого и не видишь, что они очень тонки. Я и сама их не вижу». Дурак обрадовался и заказал себе еще таких... а за эти заплатил деньги.

По данным дипломной работы В. И. Урусовой-Белозерцевой, из 18 больных описываемой нами группы лишь четверо сначала прочитали рассказ; остальные 14 испытуемых заполнили пропуски «с ходу», не обращая внимания даже на следующую за ними фразу.

Следует отметить, что контрольные опыты, проведенные над больными со снижением уровня обобщения, выявили иную картину: даже те больные, которые плохо справлялись с заданиями, всегда прочитывали весь рассказ, обдумывали вставляемое ими слово.

Приводим образцы выполнения этих задач больными описываемой группы¹.

Больной Т. Один человек заказал пряже тонкие *руки* (нитки). Пряжа спряла тонкие нитки, но человек сказал, что нитки *нет* (толсты) и что ему нужны нитки самые тонкие. Пряжа сказала: «Если тебе эти не тонки, то вот тебе другие», и она показала *другое* (пустое) место. Он сказал, что не видит. «Оттого и не видишь, что они тонки, я и сама их не вижу». Дурак обрадовался и заказал себе еще таких *две руки* (ниток), а за эти заплатил деньги.

Больной Ч. Один человек заказал пряже тонкие *носки*. Пряжа спряла тонкие нитки, но человек сказал, что нитки *тонкие* и что ему нужны нитки самые тонкие. Пряжа сказала: «Если тебе эти не тонки, то вот тебе другие», и она показала на *нитки* место. Он сказал, что не видит. «Оттого и не видишь, что они очень тонки, я и сама их не вижу». Дурак обрадовался и заказал себе еще таких *ниток*, а за эти заплатил деньги.

Больной Т. Лев стал *рычать* (стареть) и не мог ходить на

¹ В скобках приведены слова, которые должны были быть вставлены.

охоту. Тогда он решил жить хитростью: залег в своей берлоге и притворился *спящим* (больным). И вот другие звери стали приходить навещать больного *олена* (льва). Когда они приходили, он набрасывался и съедал их.

Анализируя ошибочно вставленные слова, В. И. Урусова-Белозерцева отмечает следующие типы ошибок: а) вставленные слова можно употребить лишь в контексте с ближайшими словами, в отрыве от последующих слов и всего сюжета в целом; б) вставленные слова носят совершенно случайный характер; в) вставленные слова взяты из других рассказов; г) слова подходят по смыслу, но не согласованы грамматически.

Как и в других ситуациях, больные, допуская множество ошибок в процессе выполнения задания, не замечают несоответствия отдельных частей рассказа, не пытаются анализировать материал, а когда и замечают несоответствия, противоречия, зачастую не пытаются вникнуть в смысл, найти и исправить ошибку. Когда экспериментатор указывает на ошибочность решения, больной Т. отмечает: «Здесь надо что-то другое. Ну, пусть будет так!».

Следует отметить, что больные никогда не обращаются к экспериментатору с просьбой помочь разобраться в задаче, чтобы правильно ее решить. На вопросы экспериментатора к испытуемым, правильно ли выполнено задание, некоторые из них отвечают: «Не знаю, правильно ли», «Откуда же я знаю? Вы больше знаете, что я могу знать!»; другие говорят уверенно: «Правильно!», «Абсолютно верно». Но ни один испытуемый не заявил, что он не смог решить, что он не справился с задачей.

Нелепые решения задач вызывались не снижением уровня обобщения больных, не распадом их умственных операций. Больные могли, если их заставляли, обдумать, правильно заполнить пропуски; ошибочное выполнение было очень часто проявлением их общего бесконтрольного поведения.

Сопоставление экспериментальных данных с данными клинического исследования описываемых больных обнаруживает единую структуру нарушений их психической деятельности. Грубые, случайные ошибочные решения больных, невозможность учета своего опыта и своих возможностей в эксперименте, бездумное поведение больных в клинике и в трудовой ситуации, отсут-

ствие отношения к своей работе — все это указывает на то, что действия наших больных не регулируются мышлением, не подчинены личностным целям. Поведение больных не было обусловлено адекватным отношением к окружающим людям, а зависело от случайных воздействий.

Наблюдали ли мы больных в клинике или во время работы в трудмастерской, беседовали ли мы с ними, — повсюду мы наталкивались на отсутствие личностного отношения этих больных к ситуации. Так, им не казалось странным, что, понимая инструкцию во время психологического исследования, они не могут выполнить задания; им не казалось удивительным, что, «умея шить», они все же не могли справиться с простейшей задачей в швейной мастерской; что, владея счетом, они не могут решить простейшей задачи. Они не поражались тому, что не могут запомнить поручений.

Это измененное отношение в корне меняло строение действия больного, разрушало его поведение, лишало его целенаправленности. Поэтому больные могли продолжать работу при явной ее нецелесообразности и в то же время могли прервать выполнение важного задания при малейшем внешнем отвлечении. Они не приобретали трудовых навыков, не усваивали их не потому, что не в состоянии были понять объяснение исследователя или инструктора, а потому, что не фиксировали своего внимания на своей работе, потому, что не были направлены на нее, не улавливали в ней смысла.

Это нарушение отношения к окружающему, к своему «я» не только являлось причиной их измененного поведения, но и как бы изменяло самый характер больных. Их небрежность, беззаботность, безответственность возникали именно как проявления их глубокого личностного уплощения. Именно это отсутствие отношения могло привести к тому, что больной К. оставил на снегу носилки с больным, чтобы последовать за окликнувшим его мало знакомым человеком; именно поэтому больные не огорчались собственной несостоятельностью, не заботились об оценке своей работы; именно это отсутствие отношения приводило к тому, что больные не контролировали своих действий.

Мышление больных не было направлено на объект деятельности, у них не было заинтересованности ни в

решении задач, ни в оценке их действий экспериментатором. У них отсутствовало сомнение в правильности своих действий. Ошибочные ответы больных при решении умственных задач, поверхностный, случайный характер их суждений, отсутствие контроля над своими поступками, невозможность оценить свои действия — все это свидетельствует о некритичности мышления больных этой группы.

В некоторых наших прежних работах, посвященных исследованию нарушений психической деятельности больных с травмами головного мозга, мы описывали подобное нарушение критичности, связывая его с поражением лобных долей мозга. Мы основывались при этом на положениях ряда крупных невропатологов и психиатров, придававших особое значение функции лобных долей мозга (К. Гольдштейн [407], С. С. Корсаков [144], В. К. Хорошко [330], А. С. Шмарьян [343], Т. И. Юдин [351] и др.).

Многие советские психологи также описывали сходные нарушения мышления у больных при поражении лобных долей мозга. Исследуя больных с травмами и опухолями лобных долей мозга, А. Р. Лурия [180] наблюдал у них нарушения целенаправленности мышления. Он отмечал, что действия подобных больных не подчинены внутреннему мотиву, происходит «отщепление действия от его мотива». С. Я. Рубинштейн [268], которая исследовала восстановление трудоспособности больных после военных травм мозга, отмечала у определенной группы больных с поражением лобных долей мозга недостаточность их самовосприятия; она говорит об «автогнозии» этих больных, о нарушении «восприятия себя как личности». С. Г. Гаджиев [55], анализируя конструктивную деятельность при поражении лобной области головного мозга, указывает на бесплановость действий таких больных в отличие от здоровых людей. В каждом действии больные исходят, по мнению автора, только из непосредственного созерцания какого-нибудь элемента, а не из заранее составленного плана. Нарушения целенаправленности мышления, восприятия больных с поражением лобных долей мозга отмечались и рядом других авторов (Э. А. Евлахова [86], И. И. Карцовник [127] и др.).

Все эти данные становятся понятными в свете поло-

жений И. П. Павлова о работе больших полушарий. Основываясь на экспериментальных исследованиях Н. И. Красногорского, И. П. Павлов отмечал, что лобная кора представляет собой двигательный анализатор, который осуществляет анализ и синтез раздражений, идущих из внешней и внутренней среды организма.

Из этого не следует, разумеется, как думали представители психоморфологического направления, что в лобной коре мозга могут быть локализованы такие важные функции человеческой психики, как самосознание, критичность, активность мышления и т. д. Симптомы нарушения функций не однозначны локализации функций; на это неоднократно указывали многие невропатологи и психологи. Нарушение критичности мышления в такой степени связано с локальным поражением мозга, в какой осуществляемые лобной корой анализ и синтез создают предпосылки для критической самооценки. Значение такой самооценки очень велико.

Выполнение любого задания, в том числе и экспериментального, предполагает понимание того, какое значение имеет выполняемая работа в данной конкретной ситуации. Выполнение действия предполагает и знание средства работы, но не менее важна и другая сторона: человек должен уметь оценить, насколько его действие соответствует поставленной задаче.

Об этом говорил и И. П. Павлов: «Сила ума гораздо больше мерится правильной оценкой действительности, чем массой школьных знаний, которых вы можете собрать сколько угодно и передать их, но это ум низшего порядка. Гораздо более точная мера ума — это правильное отношение к действительности, правильная ориентировка» (цитировано по А. С. Чистовичу [334; 40]). Для этого человек должен не только понимать свои цели, но и уметь предвидеть результат своей деятельности, правильно оценивать свои действия, мысленно сопоставлять их с условиями ситуации, правильно оценивать свои возможности, контролировать себя.

Для того чтобы такой самоконтроль был возможен, человек должен противопоставить себя объекту, на который направлена его мысль. Он должен отнестись к заданию как личность, которая разрешает какую-то проблему. Только при наличии такого осознанного личностного отношения мышление может выступить в качестве ре-

гулятора поведения. *Целенаправленность мышления требует осознания самого себя.* Только при наличии такого осознания становится возможной критическая оценка своих действий и мыслей.

На эту связь указывал уже И. М. Сеченов. Проследивая в «Элементах мысли» генез самосознания, его развитие из детского самочувствия, И. М. Сеченов говорит, что самосознание дает «человеку возможность относиться к актам собственного сознания критически, то-есть отделять *свое внутреннее* от всего приходящего извне, анализировать его и сопоставлять (сравнивать) с внешним, словом, изучать акт собственного сознания» [286; 389—390].

Без возможности оценки и осознания своих действий не может быть правильного мышления; только при критическом отношении к окружающему и к себе, только при развитии самосознания мышление может выступать в качестве регулятора поведения.

Об этом говорит и И. П. Павлов: «Человек есть, конечно, система (грубее говоря — машина), как и всякая другая в природе, подчиняющаяся неизбежным и единым для всей природы законам; но система, в горизонте нашего современного научного видения единственная по высочайшему саморегулированию... Во мне остается возможность, а отсюда и обязанность для меня, знать себя и постоянно, пользуясь этим знанием, держать себя на высоте моих средств» [217, т. III, ч. 2; 187—188].

Возможность оценки и осознания себя и своих действий является существенной особенностью человеческого целенаправленного мышления.

Критичное поведение является наиболее высокой и совершенной формой поведения. Оно предполагает понимание окружающего в его истинных связях и отношениях, целенаправленность действия, возможность самоконтроля и рационального руководства своим поведением при достижении этих целей.

Анализ подобного варианта нарушений мышления имеет известный практический интерес.

Отсутствие возможности оценивать свои поступки мы встречаем у многих интеллектуально сниженных больных. Естественно, если у больного снижен уровень суждений, если у него нет правильного понимания фактов, если больной не помнит, какое задание он выполнял, то

тем самым он не может правильно оценить его и отнестись к нему. Фигурально выражаясь, больному как бы «нечем» измерять, сравнивать и оценивать. Однако если такому больному указать на его ошибки, то больной пытается, пусть несовершенно, исправить свои действия.

Неумение управлять своими действиями возникает и у больных, которые не в состоянии разобраться в окружающем из-за нарушения сознания. Случайные ассоциации направляют их мышление, случайные объекты вызывают их действие, поведение больных теряет свой произвольный характер. Однако эти состояния динамичны: мы нередко были свидетелями того, как такие больные, некритично относившиеся ко всему происходящему вокруг них, могли в определенные промежутки времени правильно оценить свои действия.

Некритичное поведение может наступить из-за аффективных изменений. Нередко больные с хорошими интеллектуальными возможностями при ясном состоянии сознания не могут правильно оценить ситуацию только потому, что они аффективно захвачены определенным переживанием или желанием.

Некритичное поведение может наступать и у расторможенного больного. В состоянии возбуждения больной (и даже здоровый человек) плохо регулирует свое поведение, свои действия. Реакции больного в таком состоянии бывают неадекватными, нелепыми, элементарными, даже гротескными. Слабость торможения приводит к нелепым поступкам. Однако за всем этим скрывается личностная реакция.

Нарушение критичности у наших больных, как мы уже видели, имеет другой генез. У них не было грубого нарушения процесса обобщения, не измененное состояние сознания и не расторможенность определяли их бесконтрольное поведение. Это бесконтрольное поведение обуславливалось тем, что у больных отсутствовало отношение к работе, к своим возможностям, к оценке результатов их действий, т. е. было проявлением глубокого нарушения личности.

Распознавание описанного нами вида нарушений мышления имеет практическое значение — для решения вопроса о трудоустройстве больных. Если интеллектуальное снижение больного проявляется в сужении круга ассоциаций, недостаточном анализе, необходимо предоста-

вить ему более легкую работу. Если умственная недостаточность больного проявляется в невозможности длительной адаптации к заданию, нужно рекомендовать работу, сокращенную во времени. Больных с некритичностью мышления следует ставить в такие трудовые условия, которые допускают постоянное, неослабевающее руководство со стороны. Известное значение имеет распознавание подобного рода мыслительной недостаточности в детском возрасте. Исследования, проведенные М. С. Певзнер [223] в клинике Г. Е. Сухаревой, показывают, что среди умственно отсталых детей имеется группа, которая выделяется своим поведением. Эти дети овладевают операциями счета, обладают относительно хорошей речью; вместе с тем они не удерживаются в массовой школе именно благодаря «бездумности» поведения. В отношении этих детей нужно применять особые методы воспитания и обучения.

Ознакомление с описанным видом нарушений мышления показывает, сколь важно формирование критичности мышления и самооценки у здоровых детей. Этой проблеме посвящено, к сожалению, мало психологических исследований (см., например, [331]). Психологи, изучающие строение личности детей и подростков, нравственные устои личности, закономерности ее формирования, должны особенное внимание уделить формированию критичности.

§ 3. «Разноплановость» мышления

Нарушение целенаправленности мыслительной деятельности, обозначенное нами как «разноплановость», заключается в том, что суждения больных о каком-нибудь явлении протекают в разных плоскостях. Несмотря на то что больные правильно усваивают инструкцию и что такие умственные операции, как сравнение и различие, обобщение и отвлечение, у них не нарушены, больные не выполняют задания в требуемом направлении: их суждения протекают в разных руслах.

Речь идет не о том всестороннем, исчерпывающем анализе, свойственном мышлению здорового человека, о подходе к явлению с разных сторон, при котором действия и суждения обусловлены единой целью и условиями задания, установками личности.

Речь идет также не о той непоследовательности суж-

Выполнение задания «классификация предметов» больными с «разноплановостью» мышления

Предметы, объединенные больным в группы	Объяснения больного
Больной О-в (параноидная форма шизофрении)	
Лошадь, слон, медведь Вишня, яблоко, груша, слива Баран, гриб Уборщица, пила, собака	«Это животные» «Это фрукты» «Бараны любят грибы» Вначале больной объединяет в одну группу уборщицу и пилу: «Домохозяйка с пилдой и метлой». В дальнейшем включает собаку: «Она друг человека». Вначале откладывают один арбуз, мотивируя: «У казаков есть такой обычай: когда сватают невесту и на столе лежит арбуз, это означает отказ». Присоединяет морковь: «Это мочегонное средство». Присоединяет лук: «Овощи».
Арбуз, морковь, лук	«К рабочему надо врача, пусть не боится». Туда же относит штангенциркуль: «Это инструмент для рабочего». Прибавляет платя: «Это его спецдежда». Прибавляет лыжника, ребенка: «Это бог их сотворил».
Кузнец, врач, штангенциркуль, платье, лыжник, ребенок	«Это верх и низ в пространстве. Шарка означает верх, а обувь—это низ». «Лебедь пьется назад, нет, кажется, наоборот». Присоединяет лису: «Ведь щука—хищник среди рыб».
Шапка, ботинок	«Мебель».
Рыба, лебедь, лиса	«Посуда».
Стол, шкаф, кровать, диван и т. п.	«Это для научного обоснования ракетостроения. Это все божественная сила».
Стакан, ложка, кастрюля и т. п. Часы, термометр, глобус, книга	
Больной Гап-н (шизофрения, параноидная форма)	
Слон, лошадь, медведь, бабочка, жук и другие животные Самолет, бабочка	«Животные».
Лопата, кровать, ложка Автомобиль, самолет, корабль	«Группа летающих» (бабочка изъята больным из группы животных). «Железные».
Цветок, кастрюля, кровать, уборщица, пила, вишня	«Предметы, свидетельствующие о силе ума человеческого» (самолет изъят из группы летающих). «Предметы, окрашенные в красный и синий цвет».

дений, рассмотренной в IV главе, при которой выполнение задания происходит на разных уровнях обобщения. Чередование обобщенных и необобщенных способов решения при нарушениях динамики мышления означает, что больные на какой-то отрезок времени лишаются возможности правильно и адекватно рассуждать. Однако это не представляет собой утерю целенаправленности мыслительной деятельности как таковой. Так, например, если больной, у которого отмечались колебания активности коры головного мозга, при выполнении задания «классификация предметов» на какое-то время перестает руководствоваться обобщенным критерием, действия его все же адекватны цели и условиям, поставленным экспериментатором, — он классифицирует предметы на основании хотя и более элементарного, но все же адекватного поставленной задаче объективного признака.

При «разноплановости» же мышления действия больного лишаются целенаправленности.

Особенно четко подобная «разноплановость» выступает в тех экспериментах, где правильное выполнение задания могло осуществляться только в одном направлении, например в заданиях «классификации предметов», «исключение четвертого лишнего», где выделение групп требовало учета определенного признака.

Приведем несколько типичных примеров того, как больные, у которых отмечалась «разноплановость» мышления, выполняли задание «классификация предметов» (см. табл. 18).

Приведенные примеры показывают, что больные исходят при выполнении этого задания из различных установок, зачастую не связанных с условиями задания. Так, больной О-в руководствуется при сортировке карточек, с одной стороны, предметным значением вещей (мебель, посуда, фрукты, животные). Вместе с тем некоторые предметы вызывают определенные ассоциации (арбуз — символ отказа при сватовстве; щука напоминает больному известную басню Крылова). Эти ассоциации, представления определяют характер классификации («рыба» и «лебедь»). На ход выполнения задания влияют и элементы бреда-религиозных переживаний больного (группа людей — «бог сотворил их по своему подобию»).

Больной Г-н выделяет группы то на основании об-

Предметы, объединенные больным в группы	Объяснения больного
Слон, лыжник	«Предмет для зрелищ. Людям свойственно желать хлеба и зрелищ, об этом знали древние римляне. «Мебель». «Это—группа выметающих плохое из жизни. Лопата—эмблема труда, а труд несовместим с жульничеством». «Растения». «Посуда».
Шкаф, стол, этажерка Уборщица, лопата	
Цветок, кусты, деревья, овощи и фрукты Стакан, чашка, кастрюля	

Больной Л-в (параноидная форма шизофрении)

Шкаф, стол, диван и т. п. Вишня, яблоко, слива, груша Арбуз, лук, морковь Врач, термометр, кузнец, лыжник	«Мебель». «Фрукты». «Овощи».
Объединяет все предметы в 3 группы	«Врач и его инструмент и кузнец со своим инструментом. Эти работают. И лыжника относят в эту группу: «Это после работ отдыхают на лыжах». «Нас здесь в комнате 3 человека—выходит, каждый получает по пачке».

щего признака (животные, посуда, мебель), то на основании материала (железные), цвета (картинки окрашены в синий и красный цвет). Некоторые предметы объединяются на основании моральных и общетеоретических представлений больного (группа «выметающих плохое из жизни», группа, «свидетельствующая о силе ума человеческого», и т. п.).

Точно так же больной Л-в, выполняя задание «классификация предметов» в требуемом инструкцией плане, тут же подходит к изображениям людей с точки зрения их деятельности или отдыха («после работы они должны отдыхать»). Наряду с этим обнаруживается и третий подход больного к заданию: он делит карточки на 3 группы по числу находящихся в комнате людей. Все эти три аспекта выступают одновременно, нарушая целенаправленность суждений и действий больного.

Некоторые больные руководствуются при выполнении задания личными вкусами, обрывками воспомина-

ний. Так, больной С-в (параноидная форма шизофрении), выполняя задание «классификация предметов», пытается образовать группы животных, растений, но тут же добавляет: «Но если подходить с точки зрения моего личного вкуса, то я не люблю грибы, я выброшу эту карточку. Когда-то отравился грибами и даже в больнице лежал... Ну их, грибы... А вот это платье мне тоже не нравится, оно не изящное, я их положу в сторону. А вот моряк мне нравится, и спорт я признаю» (объединяет моряка и лыжника в одну группу).

Таким образом, и этот больной теряет цель задания, потому что выполняет классификацию, исходя из «личного» вкуса; на характер выполнения влияет и воспоминание о том, что он отравился грибами. Направленность суждений больного утрачивается, задание остается невыполненным.

Больной К-н (шизофрения), описанный нами совместно с П. Я. Гальпериным [115] при классификации предметов не соглашается отнести собаку в группу домашних животных: «Я не стану есть собачину». Направленность на объективное содержание действия утрачивается, наряду с адекватными суждениями выступает «разноплановый» характер мышления.

Приведем образцы «разноплановости» суждений больных при выполнении задания «объяснение пословиц».

Больному М. предложено объяснить пословицу «Цыплят по осени считают». (Запись речи больного проведена на магнитофоне.) Больной: «Ну, это вполне понятно. Итоги всегда подсчитывают под конец, когда они осуществились. Когда дело сделано. И только тогда можно уже заявить об увенчании успехом того или иного мероприятия, что ли. Вот как мы работали. А то можно шуметь без конца, без края. Шума много из ничего, получится как у Шекспира, помните?.. Шуму нашумели, говорили, бегали, мотались, замотались, торопились, а в результате что? Итог какой? Все в трубу, навывлет. То есть шумиху подняли, а дела нет. Поэтому — меньше шума, больше дела, больше собранности, организованности и потом сказать: «Ну вот, товарищи, как бы там ни было, дело сделали, будьте здоровы, выпиваем за успех вашего дела, вот наши результаты». Например, если мы строим какое-нибудь здание — вот наш долг, если мы сдаем экзамены — вот наши оценки, отметки, пять, отлично или там примерно четыре, хотя на плохой конец, я говорю. Четыре — это уже терпимо, я считаю, но вообще нужно на отлично, чтобы было пять. Вот так. Вот это называется... много шума из ничего, или, как вы сказали, — пословица «Кур по осени или цыплят по осени считают». Цыплята мбгут ходить еще. Ну да, но если непосредственно про это говорить, цыплят может очень много ходить, но

их перетаскать могут кошки, как говорится. Ну да, их надо оберегать в течение года, охранять, наблюдать, ну, короче говоря, любовно за ними ухаживать, как садовник за каким-нибудь огородом, садом... садом или деревьями и так далее...

Приведенный пример показывает, что больной понимает смысл поговорки («Итоги подсчитывают под копейку»), однако при ее определении он считает нужным обсудить и ненужную шумиху в работе. Тут же определяет свое отношение к учебе («Нужно учиться на пять»). Кроме того, больной дает и буквальное толкование поговорки.

Больной К-н объясняет поговорку «Не все то золото, что блестит» следующим образом: «Это означает, что не все хорошо, что по виду хорошо. Вот, например, яблоко, как говорится, с виду хорошее, а внутри гнилое. А ведь золото — это презренный металл, принято считать лучшим, ведь это неправильно, неправильная это поговорка. Да и вообще стоит ли говорить о золоте — «кумире священном», как в «Фаусте» поется».

И этот больной понимает содержание поговорки, но из-за того, что подходит к задаче с других позиций, по существу перестает ее решать.

В этой связи можно вспомнить утверждение Груле [411], что для больного шизофренией предметы и слова не однозначны. Груле говорит о «многоликости» предмета (*Vielseitigkeit eines Gegenstandes*) аналогично тому, как слово «Наполеон» может выступать в разных значениях: герой, враг отечества, изверг.

В результате одновременного сосуществования, переплетения всех этих разных аспектов суждения больного, его определения и выводы не направлены на правильное определение поговорки, больной не удерживает простую цель — объяснить смысл поговорки. В высказываниях больных переплетаются случайные ассоциации обрывки представлений, элементы воспоминаний, желаний.

Аналогичные нарушения мышления отмечала и Г. В. Биренбаум при исследовании больных шизофренией¹. Она указывает, что у исследованных ею больных

¹ К сожалению, преждевременная смерть автора помешала продолжению этих исследований. Здесь приводятся данные из сделанного ею доклада.

мышление «течет как бы по различным руслам одновременно», в одном суждении больной может соскользнуть по пути звуковой ассоциации, по пути синкретического впечатления, по пути вплетения субъективных ощущений и по пути синтаксического оборота. Определяя этот симптом как «минование сущности», Г. В. Биренбаум отмечала, что больные часто подменяли выполнение задания выявлением субъективного отношения к нему. Так, больной который в целом хорошо справлялся с заданием на исключение, при предъявлении изображений лампы, стула, стола и дивана исключал стул, настаивая: «Мне не нужен стул, я не люблю на стуле сидеть, я люблю на диване сидеть». Другой больной в опыте «называние противоположных значений» (вариант ассоциативного эксперимента) при предъявлении слова «богатый» заявил: «Мне богатства не нужно, я не хочу быть богатым».

Подобное одновременное сосуществование различных аспектов в таком виде, как мы его здесь описали, является проявлением глубокого нарушения мыслительной деятельности.

Конечно, любое явление, любой предмет выступает и для здорового человека в разных значениях и смыслах. Конечно, и здоровый человек подходит в своей работе, в своих суждениях к какому-либо явлению с разных сторон, однако при всем этом объективное значение вещей остается устойчивым. В сравнительно нейтральной в аффективном отношении ситуации, каким является психологическое исследование, а также и в обычной практической деятельности вещи выступают в своей предметной однозначности.

У описываемых нами больных эта предметная однозначность терялась. Даже при выполнении столь простых заданий, как «классификация предметов», «определение понятий», больные подходили не с позиций, обусловленных конкретной ситуацией, а руководствовались измененным отношением, измененными жизненными установками, бредовыми идеями, хотя при этом не было простого прямолинейного привнесения содержания психопатологического симптома в экспериментальную ситуацию (больной не просто вплетал элементы бреда в выполнение задания). Наряду с адекватными ассоциациями оживлялись связи, имеющие

какое-то отношение к болезненным установкам больного и выступающие в данной конкретной ситуации как причудливые. Предметное значение вещей становится в одной и той же смысловой ситуации неустойчивым, подчас противоречивым.

В тесной связи с подобной «разноплановостью» находится и символика мышления некоторых больных шизофренией, питающаяся эмоциональной насыщенностью. Именно из-за «разноплановости» мышления и эмоциональной насыщенности обыденные предметы начинают выступать в виде символов. Так, больной (с бредом самообвинения), получив на завтрак печенье, приходит к выводу, что именно сегодня его сожгут в печи. Печенье выступало как символ печи, в которой его должны сжечь.

Подобное нелепое увязывание не стоящих в связи друг с другом вещей, представлений выступает потому, что для больного возможно рассмотрение самых простых, обыденных вещей в совершенно неадекватных ситуациях аспектах. Аффективная захваченность больного бредовым содержанием придает причудливую окраску его суждениям; «разноплановость» мышления таких больных выступает особенно отчетливо. Без аффективной насыщенности «разноплановость» мышления выступает в более простой, рудиментарной форме и может остаться незамеченной. Несмотря на это, она все же разрушает целенаправленность мышления. В экспериментальной ситуации, требующей определенной направленности мышления, эта «разноплановость» обнаруживается достаточно ясно, свидетельствуя о нарушении единства личности.

В некоторых случаях нарушение единства личности достигает большой интенсивности, дезорганизуя все поведение больных. Нам кажется, что с подобным нарушением единства личности связана та форма нарушения мышления, которая известна в клинике как «разорванность» мышления и речи.

§ 4. «Разорванность» мышления

Понятие «разорванность мышления» является одним из наиболее распространенных и укоренившихся в психиатрической клинике. Употребляется оно большей частью при характеристике мышления больных шизофре-

нией (В. А. Гиляровский [68], М. О. Гуревич и М. Я. Сейрейский [77], О. В. Кербиков [129] и др). «Разорванность» рассматривается как симптом, настолько специфичный для этого заболевания, что всякая оценка мышления больного как «разорванного» звучит синонимом диагноза шизофрении.

В работе М. С. Вроно [49] сделана попытка разграничить понятия «разорванности» мышления и шизофазии. Автор указывает, что для шизофазии характерны относительная сохранность грамматического строя речи больных, отражение в ней содержания бредовых переживаний; поведение больных остается относительно адекватным. «Разорванность» же речи сочетается, по мнению автора, с нелепым поведением больных; грамматическая структура фраз оказывается более нарушенной, чем при шизофазии, а бредовые переживания отражаются в речи больных в меньшей степени. Однако в основной психиатрической литературе такое сопоставление «разорванности» мышления и речи и шизофазии не является распространенным. Характеризуя особенности мышления при шизофрении, большинство авторов употребляют понятие «разорванности».

В работе С. Я. Рубинштейн [27] изучавшей нарушения речи и мышления при реактивных состояниях, имеются указания на то, что «разорванность» мышления наблюдается и при некоторых очень тяжелых реактивных психозах. В наших экспериментах мы обнаруживали «разорванность» и ее элементы у больных шизофренией. В случаях резко выраженной «разорванности» эта оценка не представляет никаких затруднений; чаще возникает задача оценки мышления в диагностически неясных случаях, когда речь может идти лишь о наличии элементов «разорванности». В этих случаях оценка «разорванности» мышления больного проводится по признаку отсутствия понятных экспериментатору или врачу связей между отдельными элементами высказываний больного. Этот критерий «понятности» высказываний больного явно недостаточен; поэтому возникает необходимость более детального рассмотрения объективных признаков «разорванности».

Начнем с грубых случаев. Приведем магнитофонную запись беседы с больным Ч-ным (больной держит в руках часы экспериментатора).

Экспериментатор. Ю. С., а часы вы мне думаете отдать?
Больной. Не, не, не.
Экспериментатор. Это ведь чужая вещь.
Больной. Вещь, не вещь, человек не человек. (Затем на ряд вопросов больной отвечает только неадекватной мимикой и жестами.)
Экспериментатор. Зачем вы губами шевелите?
Больной. Губы у меня всегда одинаковые.
Экспериментатор. Одинаковые?
Больной. Да. А зубы у меня растут откуда или нет? Вот вы мне не говорите...
Экспериментатор. Зубы растут?
Больной. Зубы есть, но не могу с вами играть.
Экспериментатор. Зубами?
Больной. Нет, вы не смейтесь, ваше величество... Вот я продал флаг, потом продам оружие и на оружиях этих... (неразборчиво, тихо).
Экспериментатор. Что? Я не расслышал.
Больной. Ничего больше... А свет есть свет. Ну, что ли, тьма... Да, значит, вы хотите сказать, что дальше нас нельзя найти.
Экспериментатор. Почему?
Больной. Вот, к примеру, человек зависит от человечества. В общем так, пускай. Спит человечество, он говорит только с ним. У моего отца есть, а вот этого — нет.
Экспериментатор. Чего нету?
Больной. Ну, чего обещались. Ну, все-таки просто народы до народности было.
Экспериментатор. До народности было?
Больной. Вы, ваше величество, не смотрите, только не указывая, так, красное, бледное, бело. Все это не... (неразборчиво).
Экспериментатор. Не понимаю, что вы говорите.
Больной. А это вот — не продаете. Вы скажите, как я думаю? Вот, вот, ну, шеф жандармерии. Вам психология надобна?
Экспериментатор. Разве я шеф жандармерии?
Больной. То есть в каком смысле? Что его съедят... Ну, нехорошо... с отрицательной осадкой. Посмотрите на них, кто такая (неразборчиво)... Вы хотели меня обидеть... и я мог бы, но деньги мои тают.
Экспериментатор. Это метафора?
Больной. Да это неважно... (пропуск). Вы сегодня не выходите из кабинета, а в кабинет никого не пускайте. Там я... всегда готов.
Экспериментатор. К чему готов?
Больной. Да это неважно... Сына государственного (неразборчиво).
Экспериментатор. Что же важно, я не понимаю.
Больной. Да я сам тоже не знаю (смеется)... Дайте я покурю, а вы больше не толкайте меня сюда...
Экспериментатор. Вы сами пришли.
Больной. Я человек был честный, я хотел на кухню смотреть. У меня есть часы, на которых есть поверенный. А вот у меня братишка — простой мастеровой. И если бы каждый вот так думал за себя, все бы (неразборчиво)...
Экспериментатор. Вы отдадите мне часы?

Больной. Часы я только что скушал. Но если я так буду кушать, то и вообще (говорит неразборчиво, тихо)...

Экспериментатор. То что?

Больной. У меня нет нуля. И это мне нехорошо. Я экономлю... Все человечество экономит... а я хочу сделать его честь.

Экспериментатор. Зачем, Ю. С.?

Больной. Вы, папа, не смейтесь... Я так, просто говорю...

Экспериментатор. Зачем, с какой целью?

Больной. Папа, покушай вот эту вещь (дает пепельницу).

Экспериментатор. Разве оно съедобно?

Больной. А сколько раз тебя сломали (неразборчиво)... Сломано, посмотри, папа, сломано.

Экспериментатор. Она же не съедобна.

Больной. Да, она-то не съедобна.

Экспериментатор. Значит, ее нельзя есть (дает больному прикурить).

Больной. Если он возьмет его — купите, а сами, он продаст его, — не пейте (показывает на графин с водой).

Нередко подобные больные говорят независимо от присутствия собеседника (симптом монолога). Приведем записанную на магнитофоне монологическую речь больного Н. (шизофрения, состояние дефекта). При внешне упорядоченном поведении и правильной ориентировке в обстановке монотонным, спокойным голосом больной часами произносит монологи, не проявляя при этом никакой заинтересованности во внимании собеседников.

Почему, я вот почему, мне, конечно, никто не сказал об этом, и где я не вычитал это, это и нигде не показано. Я думаю и твердо, конечно, знаю, что эта материя движения, весь земной шар (непонятно). Да, я думаю, долго я думал об этом деле, но вижу, что значит это — живая материя, она, находясь, вот значит живая материя, вот я думаю, что потом я думаю, раньше я учился, сколько я не учился, все же учился, воздух — не живой, ну, кислород, водород, все это мертвые вещества, а мне теперь представляется, что вся населяющая окружающую атмосферу зелень окутывает, ну, живое существо, совершенно живое существо, совершенно живое вот, и оно состоит, цвета, его представляю, как этот дым, только не сразу, как он появляется, вот как уже разошелся, чуть-чуть заметно и состоит из таких мельчайших существ, просто трудно различить, вот, и они имеют страшную силу, конечно, они вселятся куда хотите, через поры любого вещества, вот. Все это двигает в то же время, вот я считаю, что и зарождалось то. Почему женщина, вот эта материя по моему весь род на земле происходит. По определению, ну, например, человека, форма человека в утробе женщины тело этого была, ну, говорит там плоть какая-то там, чтобы это художник, определенно художник, да, да, да. И по моему это происхождение в этой книжонке, вот я видел, что люди произошли от обезьян, это неправильно. Всевозможное там рыба, морское дно по Брэму. Там читал по Брэму, там столько, понимаете, видов на морском дне, всевозмож-

ных этих звезд, инфузорий, рыб, и вот я представляю какой же художник и какие формы, грандиозные такие и какие правильные черты цитирует, это все он. (Кто «он»?) Вот это материя, да, да, да. И вы сами подумайте, человек произошел от обезьяны, но с каждым рождением человека все вновь и вновь появляется, вы думаете, что кровь моя. Художник красные кровяные шарики художественную струнку имеют, попадают, так сказать, в утробу, там фотографируются такие шутки и появляются. Нет, почему с каждым рождением вновь и вновь появляются, и с каждым появлением этот вот материал.

Анализ приведенных образцов «разорванной» речи приводит к следующим выводам.

Во-первых, в довольно длительных высказываниях больных нет никакого рассуждения; больные произносят ряд фраз, но не сообщают в них никакой содержательной мысли, не устанавливают никаких, хотя бы ложных, связей между предметами и явлениями.

По внешней форме первый отрывок напоминает разговор двух людей: в некоторых ответах больного даже содержится какой-то отклик на вопрос экспериментатора. По существу же представленная даже в диалогической форме речь больного не служит функции общения: больной ничего не сообщает экспериментатору, ни о чем не пытается у него узнать. Называя экспериментатора то шефом жандармов, то папой, больной не обнаруживает ни намёка на соответствующее этому отношение к нему. Попытка экспериментатора направить речь больного на какую-нибудь тему не удается; если больной и реагирует на вопрос экспериментатора, то только как на раздражитель, который дает начало новому непонятному потоку слов. Как правильно говорит В. А. Артемов [18], направленность на содержание является одной из характерных особенностей восприятия речи. У наших больных эта особенность утеряна.

Во-вторых, в речи больных нельзя обнаружить определенного объекта мысли. Так, больной называет ряд предметов — воздух, материю, художника, происхождение человека, красные кровяные шарики, но в его высказывании нет смыслового объекта, нет логического подлежащего. Приведенные отрывки нельзя изложить другими словами.

В-третьих, больные не заинтересованы во внимании собеседника, они не выражают в своей речи никакого отношения к другим людям. «Разорванная» речь этих

больных лишена основных, характерных для человеческой речи признаков, она не является ни орудием мысли, ни средством общения с другими людьми.

Эта особенность речи больных — отсутствие функции общения — в сочетании с ее другой особенностью — с ее непонятностью для окружающих — делает ее схожей с эгоцентрической речью ребенка, как ее понимал Пиаже [234]. Как известно, Пиаже видел корни эгоцентрической речи ребенка в двух обстоятельствах: асоциальности ребенка и в эгоцентрическом характере его деятельности; эгоцентрическая речь ребенка в раннем детстве не выполняет никакой функции в его поведении и отмирает в преддверии школьного возраста. Критикуя Пиаже, Л. С. Выготский [50] приходит к противоположному выводу: эгоцентрическая речь ребенка становится средством мышления, она выполняет роль планирования действия, отражает практические интеллектуальные операции ребенка и направляет его действия. Эгоцентрическая речь ребенка является переходной ступенью от внешней речи к внутренней.

«Разорванная» же речь наших больных ни в какой мере не регулирует их поведение. Сходство между «разорванностью» речи больного и эгоцентрической речью ребенка носит чисто внешний характер.

Анализ строения «разорванности» мышления затруднен, если иметь дело с выраженными случаями. Исследования больных, у которых подобная «разорванность» была не столь выражена, показали ряд особенностей мышления этих больных.

Прежде всего следует отметить обильный и многомерный характер ассоциаций этих больных. Многочисленные и разнохарактерные «соскальзывания» мысли искажают ее ход, лишают ее всякого определенного направления, приводят к расплывчатости мышления. К числу таких «соскальзываний» относятся как «соскальзывания» по созвучию слов и «соскальзывания» по наглядным внешним признакам предметов, так и «соскальзывания» по сходству переживаний, образующие обычно ткань аффективной символики мышления.

«Разорванность» речи больных часто носила динамический характер и при изменении состояния больного могла стать незначительной. В этих случаях удавалось провести с больными ряд экспериментальных

проб, которые выявляли «разноплановость» их мышления.

Второй особенностью мышления данных больных является ослабление свойственных нормальным людям обычных, привычных ассоциаций, устанавливающих благодаря жизненному опыту. Так, например, когда испытуемому предлагают ответить на сказанное ему слово любимым пришедшим на ум словом, то, как мы отмечали выше, нормально мыслящий человек обычно отвечает словом, содержательно связанным со словом-раздражителем. Больной же с элементами «разорванности» мышления отвечает словами, неадекватными содержанию слов-раздражителей («луна» — «яд», «пение» — «колесо» и т. п.). Ассоциации больного являются непонятными, неожиданными, потому что они не отражают объективно существующих (внешних или внутренних) связей между данными предметами.

Точно так же в другом варианте ассоциативного эксперимента, когда предлагается придумать 30 каких угодно слов, ответы здорового человека отражают объективно существующие связи. Так, например, здоровый испытуемый может привести следующий ряд слов: «ландыш», «василек», «цветы», «деревья», «лес», «поле» и т. д. В аналогичном опыте больной с «разорванностью» мышления продуцирует следующий ряд слов: «салат», «редиска», «дирижабль», «любовь», «сковородка», «несмотря» и т. д. Субъективность, непонятность и неожиданность этих ассоциаций обусловлена тем, что в них отражены многомерные, «разноплановые» связи между предметами.

Исходя из всего сказанного, нам кажется правомерным рассматривать «разорванность» мышления как крайнюю степень той «разноплановости», о которой речь шла выше (§ 3).

Однако этим не разрешается сущность данного нарушения. Заслуживает внимания еще одна его особенность: нередко при отсутствии смыслового содержания речи ее грамматическая форма остается относительно сохранной.

Формирование грамматически правильной связной речи происходит в раннем детстве; при этом вырабатываются определенные динамические стереотипы, благодаря которым произнесение слов и сложных предложе-

ний превращается в навык, т. е. в автоматизированный протекающий процесс.

Аналогично происходит формирование навыков письма, чтения и т. д. В условиях нормального психического развития эти навыки не приобретают, однако, самостоятельного значения, подобно навыкам ходьбы, бега и т. д., а всегда неразрывно связаны со сложными видами психической деятельности, точнее, с мышлением. Автоматический навык беглого чтения текста всегда связан с пониманием его смысла; навыки письма также обычно входят составной частью в процесс воспроизведения или оформления мысли. Навык грамматически связной устной речи практически реализуется лишь в единстве со сложной деятельностью обмена мыслями между людьми.

В приведенных выше отрывках речи больных этого полноценного единства нет. Речь больных как бы снизилась до уровня простого автоматизма, лишенного содержания (подобную же диссоциацию мы наблюдаем, например, при стереотипном, бессмысленном гримасничании больных).

Если трудности мышления у других больных приводят к замедлению темпа речи или к поверхностности суждений, к их бессвязности и т. д., то у этой группы больных можно отметить своеобразную дефектную компенсацию мысли путем замещения ее отрывочными речедвигательными автоматизмами. В старых работах по психиатрии это расстройство описывалось как атаксия, или диссоциация, мышления.

Из сказанного видно, что «разорванность» является сложным расстройством мышления, она выступает, очевидно, в тех случаях, когда «разноплановость» мышления сочетается с явлениями обособленности речедвигательных стереотипов. Эта проблема требует дальнейшего экспериментального исследования.

В данной главе, посвященной нарушению целенаправленности мышления, мы объединили разнородные по своему проявлению и по своей нозологической принадлежности виды нарушений мышления. Если у одних больных нарушения мышления (некритичность) обнаруживались в связи с полной незаинтересованностью в познании объективной реальности, то у других больных (с «разноплановостью» и «разорванностью» мышле-

ния) нарушения были связаны с двойственным, искаженным отношением к реальности.

Конечно, при таких нарушениях мышления, как «разноплановость» и «разорванность», у больных страдает и динамика, процессуальная сторона мышления. Это и дало нам основание отнести эти нарушения в книге «Нарушения мышления у психически больных» [112] к нарушениям логического строя мышления. Тем не менее для этих форм распада мышления определяющим является не изменение динамики, а измененное отношение к окружающему; именно вследствие этого столь грубо нарушается целенаправленность мышления, оно теряет свою регулируемую функцию.

Несмотря на то что отдельные умения, навыки, запас прежних знаний оказываются у этих больных относительно сохранными, действия больных, их поведение становятся нелепыми, неадекватными. По существу, распад мыслительной деятельности этих больных свидетельствует о глубоком нарушении единства личности. Именно больные этой категории составляют ядро душевнобольных.

Заключение

Исследования в области психопатологии мышления имеют двойную направленность: с одной стороны, их результаты могут быть использованы для нужд психиатрической практики, с другой стороны, они представляют интерес для теории общей психологии.

Мы подвергли анализу не только те формы нарушений мышления, которые уже стали достоянием клинического исследования («вязкость» мышления, резонерство, «разорванность»), но и те формы, которые не получили адекватного описания, как, например, непоследовательность суждений, «разноплановость», «откликаемость», не критичность. Формы нарушений мышления, выделенные в данной работе, разнообразнее тех, которые были описаны в клинических и психологических исследованиях.

Одним из самых насущных вопросов психиатрической клиники является установление диагноза, поэтому перед патопсихологическим исследованием прежде всего встает вопрос о специфичности выделенных видов нарушений мышления для того или иного заболевания,

Оказалось, что нет прямого и безусловного соответствия между тем или иным видом нарушения мышления и определенной формой болезни. Экспериментальные факты не выявляют какого-то единого расстройства мышления, специфичного, например, для всех форм и видов шизофрении. Наоборот, данные показывают, что нет таких особенностей выполнения экспериментальных заданий, которые оказались бы специфичными только для больных какой-нибудь одной формы заболевания. Даже такие, казалось бы, специфичные для шизофрении симптомы, как искажение обобщения, или «разорванность» мышления, могут встречаться при психопатии или при других заболеваниях, например при реактивных состояниях.

Сводная таблица 18 показывает, как часто наблюдаются те или иные ошибочные способы выполнения задания «классификация предметов» при разных заболеваниях. Так, ошибки типа бессодержательных, выхоженных сочетаний, встречающиеся в основном у больных шизофренией (67,1%), оказываются выраженными также и у психопатов (33,3%) и нередко у больных энцефалитом (20,0%). С другой стороны, неправильные решения типа конкретно-ситуационных связей проявлялись у олигофренов (95,0%) и у больных эпилепсией (86,0%); они нередки и у известной категории больных энцефалитом (70,0%).

Неустойчивость способа выполнения задания, когда правильные решения чередуются с ошибочными (конкретность сочетаний, образование нескольких одноименных групп), которая типична для больных, страдающих сосудистыми заболеваниями мозга (81,6%), выражена и у части больных, перенесших травмы головного мозга (68,2%). Наконец, замена выполнения задания пустой манипуляцией, встречающаяся у больных прогрессивным параличом (60,0%), замечена и у части больных с травмами (20,0%).

Таким образом, распределение ошибок при выполнении задания «классификация предметов» не позволяет говорить о строгой специфичности отдельных симптомов нарушений мышления в отношении больных определенных групп заболеваний.

Нам представляется более правомерным говорить о типичности того или иного вида нарушений мышления

Характер выполнения больными задания «классификация предметов»

Виды заболеваний	Количество обследованных больных	Способы решения и характер ошибок (в процентах)				
		правильное решение	обобщенный тип решения	обобщенный тип решения с нарушением	решение по типу конкретно-ситуационных сочетаний (важно для выявления характера ошибок)	неправильные решения за счет множественных ошибок
Шизофрения	155	7,8	14,2	9,0	67,1	1,9
Эпилепсия	50	4,0	4,0	86,0	4,0	2,0
Сосудистые заболевания мозга	125	3,2	81,6	4,0	—	11,2
Травмы	170	5,3	68,2	4,1	2,4	20,0
Олигофрения	40	—	—	95,0	—	5,0
Энцефалит	30	10,0	—	70,0	20,0	—
Прогрессивный паралич	30	—	3,3	36,7	—	60,0
Мануально-депрессивный психоз (гипоманиакальная фаза)	15	13,3	66,7	13,3	—	6,7
Психопатия	30	46,7	20,0	—	33,3	—

для определенной группы больных или, вернее, для определенного состояния. На это указывает та же сводная таблица 18. Так, например, хотя решения по типу конкретно-ситуационных сочетаний не специфичны для какой-нибудь определенной группы больных, однако они очень мало выражены у больных таким заболеванием, как шизофрения (9,0%), а неправильное выполнение задания из-за наличия множества формальных сочетаний совсем не встречается у олигофренов и почти не выражено у больных с травмами (2,0%) и у больных эпилепсией (4,0%).

Более детальный анализ материала позволяет сделать еще один вывод: обнаруженные ошибочные решения могут оказаться типичными, характерными для тех заболеваний, которые (быть может, в связи с патогенетическим родством) вызывают сходные психические состояния. Так, например, выполнение задания «классификация предметов» по типу конкретно-ситуационных сочетаний доминирует в основном у олигофренов, у больных эпилепсией и при некоторых последствиях энцефалита, т. е. у больных, в психическом состоянии которых выступает инертность.

Высокий процент конкретно-ситуационных решений у больных эпилепсией и энцефалитом (Экономо) вызывался тенденцией больных обеих групп к чрезмерной детализации.

Точно так же высокий процент неправильных сочетаний обнаружился у тех психопатов, в клинической картине которых выступали на первый план элементы резонерства, «умственной жвачки» и в отношении которых возникали сомнения относительно дифференциального диагноза с шизофренией.

С другой стороны, такой тип выполнения задания, когда правильное решение прерывалось ошибочными конкретно-ситуационными сочетаниями, оказавшийся характерным для больных сосудистыми заболеваниями мозга, был довольно значительно выражен и у больных, перенесших травму, психическое состояние которых квалифицировалось как астеническое с явлениями утомляемости и эмоциональной лабильности.

Исходя из всего выше сказанного, нам кажется более правильным говорить о типичности, а не о специфичности отдельных видов нарушений мышления.

Типичность, характерность той или иной структуры нарушенного мышления часто определялась комбинацией отдельных описанных нами вариантов распада мышления. Так, например, для больных шизофренией характерна облегченная актуализация выхолощенных словесно-логических связей в сочетании с их инертностью при недостаточной критичности больного. Комбинация этих особенностей мышления создавала условия для шизофренического резонерства. Своеобразное же резонерство, обнаруживающееся иногда при эпилепсии, имеет иной генез: в его основе лежит затрудненность отвлечения от конкретных деталей материала, тенденция охватить все конкретные элементы ситуации, обстоятельность рассуждений. Иными словами, для шизофренического резонерства характерно сочетание искажения обобщения с непоследовательностью суждений и недостаточной критичностью больного, в то время как эпилептическое резонерство возникает из комбинации «вязкости» мышления и снижения уровня обобщения.

Характерными могут оказаться также сочетания того или иного вида нарушения мышления с другими болезненными симптомами и особенностями личности больного. Выделенные нами виды нарушений мышления лишь частично, но не полностью совпадают с формой болезни.

Обнаруженные особенности мышления иногда оказывались характерными для определенной системы поражений. Так, например, некритичность мышления, приводившая, как мы видели в V главе, к подмене адекватного выполнения задания простыми манипуляциями, выступала в основном у больных прогрессивным параличом; нередко это проявлялось и у больных с болезнью Пика (мы не обобщаем этот материал в данной работе). Таблица 18 показывает также, что у некоторого числа больных с травмой мозга (9%) и у нескольких олигофренов (5%) были обнаружены подобные же ошибки. Как показали клинические исследования, первые оказались больными, получившими огнестрельное ранение лобнобазальных отделов мозга (в главе V приведены выписки из истории болезни и протокольные данные именно этих двух больных — К-на и Г-ва). Что же касается олигофренов, у которых обнаружилось такое нехарактерное для них выполнение задания, то они ди-

агносцировались как олигофрены на почве гидроцефалии [227].

Таким образом, выделенные виды расстройств мышления могут оказаться характерными как для нозологической группы, так и для состояния больного и для системности поражения; они могут служить критериями широкого круга клинических разграничений. Поэтому не может быть однозначного, прямолинейного использования данных экспериментально-психологических исследований для целей диагностики. Только при сопоставлении с клиническими данными они могут оказаться полезными для различных вопросов психиатрической практики.

* * *

Использование данных о распаде мышления имеет, как нам кажется, значение и для решения теоретических вопросов общей психологии. Данные патопсихологического исследования представляют собой материал, позволяющий сделать шаг на пути преодоления функционализма в толковании познавательной деятельности человека.

С точки зрения общепринятого в психологии традиционного деления психической деятельности на отдельные процессы нам могут возразить, что выделенные нами варианты распада мышления, которые мы обозначили как нарушение логического хода мышления или как нарушение целенаправленности, уже не являются нарушениями собственно мышления.

Действительно, описывая больных с нарушением критичности мышления, мы показываем, что эти больные способны к выполнению заданий, требующих обобщения и отвлечения, что их ошибки обусловлены безразличным отношением к тому, что они делали, и отсутствием самоконтроля. Иными словами, такие нарушения мышления, как некритичность, «разноплановость» и т. п., можно было бы квалифицировать как вторичные, вызванные нарушением личности в целом, распадом системы потребностей больного, и не относить их к распаду мышления в собственном смысле слова.

Аналогичное замечание можно сделать и в отношении той группы нарушений мышления, которую мы обозначили как нарушения логического хода мышления.

Можно было бы указать, что такие формы нарушения мышления, как непоследовательность суждений или «откликаемость», также являются лишь выражением нарушения общей динамики психической деятельности, а не нарушением процесса мышления как такового. Не случайно многие авторы пытались защитить положение об «экстраинтеллектуальном» слабоумии (Б. Д. Фридман и др.).

Однако клинический материал не предоставляет возможности объяснять распад психической деятельности распадом отдельных процессов. При более углубленном анализе нарушений мышления оказывается, что они всегда представляют собой нарушение и распад сложной деятельности.

Обратимся для примера к некоторым описанным нами видам нарушений мышления, которые являются как бы специфичными симптомами распада мышления как такового (искажение процесса обобщения, «разорванность», «вязкость» и т. п.).

Искажение процесса обобщения состоит в том, что суждения больных не определяются реальными жизненными отношениями между предметами, конкретные связи между ними не учитываются. Резонерство подобных больных вызывается доминированием случайных, выхолащенных связей. Вместе с тем следует подчеркнуть, что подобное псевдоабстрактное резонерство становится возможным потому, что реальные жизненные отношения, факты реальной обстановки теряют свою значимость для этих больных, живущих в мире своих болезненных представлений, переживаний. Выхолащенность ассоциаций у этих больных неотделима от их измененного личностного отношения к жизни.

Таким образом, клинический материал показывает, что распад мыслительной деятельности всегда сложен, многослоен по своей природе. Мышление распадается не как отдельный процесс, а как *деятельность*, и прежде всего страдает то, что характеризует его как *деятельность*.

Сама возможность выделения таких вариантов распада мышления, как нарушение целенаправленности мышления, как нарушение его процессуальной стороны, говорит о том, что мышление не сводимо к изолированной функции.

Клиническая практика показывает, что распад целенаправленной, обобщающей, синтезирующей, опосредствующей, обладающей определенной динамикой, эмоционально насыщенной деятельности и есть распад высшей формы познания. Это и есть распад мышления. Не существует мышления, оторванного от потребностей человека, его желаний и стремлений.

Следует отметить, что к выводу о невозможности разделить мышление и аффективно-волевую сферу подошли уже в 30-х годах с разных сторон два крупнейших советских ученых — Л. С. Выготский и П. Б. Ганнушкин.

Л. С. Выготский, полемизируя с К. Левином по проблеме умственной отсталости, отстаивал точку зрения, что необходимо подняться «над изолированным метафизическим рассмотрением интеллекта и аффекта как самодовлеющей сущности, признать их внутреннюю связь и единство...» [52]. На основании данных экспериментальных исследований, проведенных им и его сорудниками над умственно отсталыми детьми, он выдвинул положение, что немотивированное мышление так же невозможно, как беспричинное действие. «Как только мы оторвали мышление от жизни, от динамики и потребности, лишили его всякой действительности, мы закрыли сами себе всякие пути к выявлению и объяснению свойств и главного назначения мышления: определять образ жизни и поведения, изменять наши действия, направлять их и освободить их из-под власти конкретной ситуации» [52].

П. Б. Ганнушкин, не ставивший специально перед собой теоретическую задачу исследования распада мышления, на основании клинических сопоставлений пришел к выводу, что распад мышления нельзя изолировать от нарушения аффекта. Он высказал это положение в следующей форме: «Чтобы чувства взяли верх над разумом, надо, чтобы разум был слаб» [64].

Приведенные факты имеют, как нам думается, значение для решения вопросов общей психологии; они могут явиться материалом, помогающим преодолеть функциональный подход при объяснении и выявлении закономерностей психической деятельности.

В реальной жизни при разрешении конкретных жизненных задач психическая деятельность человека высту-

пают не как совокупность процессов, а как деятельность. При анализе формирования психики ребенка, при необходимости выделить какие-нибудь формы воздействия на поведение человека, при анализе трудовых процессов, при выборе способов психотерапии — одним словом, при применении данных психологической науки для разрешения любой практической задачи оказывается, что необходимо считаться не столько с закономерностями каких-то отдельных процессов (восприятия, внимания, памяти), сколько с общими закономерностями психической деятельности в целом; более того, сами эти процессы можно рассматривать как деятельность.

Советская психология последних лет смогла успешно доказать в общем теоретическом плане условность деления на отдельные процессы. Однако при изложении своих общих методологических принципов психологи недостаточно опираются на данные конкретных исследований. Нам кажется, что приведенные нами факты из области изучения распада мышления могли быть ими с успехом использованы.

Наконец, патопсихологическое исследование может иметь значение при разрешении проблемы соотношения распада и развития мышления. Возникает вопрос о том, может ли эта проблема решаться в психологии так же, как в морфологии. Многочисленными исследованиями в области цитоархитектоники и гистологии установлено, что при болезнях центральной нервной системы поражаются прежде всего наиболее молодые, т. е. филогенетически наиболее поздно развившиеся образования коры головного мозга. Подобной точки зрения придерживались О. Фогт, П. Е. Снесарев, Д. Мискольчи, А. Герстман. Сопоставляя свои клинические исследования в области шизофрении с данными патологоанатомическими и цитоархитектоническими, М. О. Гуревич отмечает: «Можно считать установленным, что изменения при шизофрении избирательны, больше поражаются новые (человеческие) поля, почти не поражаются филогенетически старые поля» [78]. Аналогичное положение этот исследователь высказывает, касаясь цитоархитектонических изменений при атрофических болезнях мозга (болезнь Пика). Ряд исследований, посвященных патофизиологии высшей нервной деятельности, показывает, что при поражениях мозга ослабляется регуляция ни-

железающих мозговых центров со стороны коры. Поражение этих более поздних в филогенетическом отношении образований, ослабление регуляции с их стороны приводит к усилению, «высвобождению» деятельности более ранних образований.

Экспериментальные исследования И. П. Павлова и его сотрудников, проведенные на животных, подтверждают положение, что при патологии раньше всего нарушается то, что было приобретено позднее. Так, искусственно выработанные условные рефлексы разрушаются при болезнях мозга значительно легче, чем безусловные; деятельность второй сигнальной системы нарушается более значительно, чем деятельность первой.

Ряд клиницистов иллюстрирует это положение клиническими наблюдениями. Так, О. В. Кербиков [129] указывает, что при наступлении эмоциональной тупости у больных шизофренией прежде всего распадаются более поздно развившиеся эмоции, например социальные. Дольше остаются интактными «филогенетически наиболее древние, примитивные эмоции гнева и страха». Точно так же при расстройствах сознания раньше всего нарушается и позже всего восстанавливается ориентировка во времени, во вторую очередь — ориентировка в пространстве; дольше всего сохраняется ориентировка в собственной личности, основанная на комплексе наиболее прочных связей.

Из этих положений был сделан дальнейший вывод, что при некоторых болезнях мозга человек в своем поведении и действиях опускается на более низкий уровень, соответствующий якобы определенному этапу детского развития. Так, американские авторы Пинкертон и Келли указывают, что у больных сосудистыми заболеваниями мозга наступает утрата способности к абстракции, напоминающая картину развития этой способности у детей, но в обратном порядке. Точно так же, как указывал в своем обзорном сообщении Н. И. Озерецкий, гебефренное (дурашливое) поведение большого шизофреника приравнивалось некоторыми американскими психиатрами к поведению дошкольника. Он приводит факты, когда в мексиканской больнице в качестве лечебного мероприятия душевнобольного человека с гебефренным поведением помещали в обстановку, напоминающую детский сад.

Концепция о регрессе психической деятельности душевнобольного человека на более низкий в филогенетическом отношении уровень развития лежит в основе взглядов тех авторов, которые сближают мышление больных шизофренией с архаическим (Шторх, Шильде, Сумбаев и др.). Эти взгляды неправильны.

Теоретически нам казалось неправомерным ожидать, что формы распада любой психической деятельности, в том числе и мышления, могут в обратном порядке повторить закономерности развития, ибо психические процессы возникают рефлекторно на основе прижизненно формирующихся связей. Наши конкретные исследования показали правоту этой гипотезы.

Остановимся на некоторых описанных нами расстройствах мышления, которые могут напомнить некоторые этапы детства, на нарушениях, обозначенных нами как снижение уровня обобщения и как непоследовательность суждений.

Характерные особенности нарушения, обозначенного нами как снижение уровня обобщения, состоят в следующем: невозможность в своих суждениях выйти за пределы привычных, конкретных ассоциаций, невозможность отвлечения от совокупности конкретных признаков, ограниченность знаний о предметах. Эти особенности могут на первый взгляд показаться аналогичными особенностям мышления ребенка-дошкольника, который, не владея абстрактными понятиями, при выполнении умственного действия также опирается на конкретные чувственные признаки.

Психологический анализ вскрывает качественное отличие мышления слабоумного больного от мышления ребенка. Слабоумный взрослый больной не в состоянии овладеть системой новых связей, установить при выполнении умственных заданий непривычные для него отношения между предметами; в то же время он владеет запасом прежних знаний, навыков, которыми он оперирует. Ребенок же, не обладая запасом знаний, широким кругом ассоциаций, легко образует новые понятия, легко овладевает новой системой знаний. Круг ассоциаций ребенка в процессе его обучения быстро расширяется, его знания об окружающем мире постепенно увеличиваются и усложняются. Хотя мышление ребенка тоже несовершенно и охватывает лишь малую

часть явлений, однако в ходе практической жизнедеятельности ребенка оно постоянно совершенствуется. Благодаря мощному ориентировочному рефлексу, общению с окружающими ребенок быстро усваивает самые различные знания о предметах, накапливает и синтезирует их. Несмотря на внешнее сходство с мышлением слабоумного взрослого больного, мышление ребенка качественно от него отличается.

Перейдем к рассмотрению той формы нарушения мышления, которое мы обозначили как нарушение последовательности суждений. Характерные особенности этого нарушения мыслительной деятельности — недостаточная направленность ассоциаций, колебания уровня достижений, повышенная «откликаемость» на посторонние раздражители — могут напоминать картину отвлеченности ребенка. Однако более глубокое рассмотрение этого нарушения заставляет отказаться от такого предположения. Как мы показали в IV главе, описанные симптомы этого нарушения мышления являются проявлением сниженной активности коры, проявлением охранительного торможения. Не случайно у больных сочетаются эти только что названные особенности мышления с ослаблением памяти, с речевыми парафазиями, т. е. с другими проявлениями быстрой тормозимости корковой деятельности больных. Повышенная же отвлеченность ребенка, непоследовательность его суждений являются в основном проявлениями повышенной ориентировочной деятельности, свидетельствующей о высоком уровне активности коры головного мозга.

Бесцельные, бездумные действия больного прогрессивным параличом часто напоминают беззаботное поведение маленького ребенка. В обоих случаях может выступить отсутствие контроля за своими действиями.

Однако и в данном случае речь идет лишь о чисто внешнем сходстве. Поведение маленького ребенка в том отношении бездумно, что он не может в силу небольшого объема своих знаний предусмотреть результат своих действий. Причинно-следственные отношения между явлениями для него еще не выступают, поэтому его действия кажутся бесцельными. В действительности это не так. Цели, которые преследует ребенок, ограничены, они не включены в более общую сложную цепь отношений. Однако эта ограниченная цель у маленького ребенка

существует, всякое его действие обусловлено потребностью (пусть элементарной, чисто биологической), и в этом смысле оно всегда мотивировано, целенаправлено. Из-за мощного ориентировочного рефлекса эти цели быстро меняются, поэтому действия ребенка кажутся кратковременными манипуляциями.

Иначе обстоит дело у больных с не критичностью мышления. Как показывают наш экспериментальный материал и клинические наблюдения, действия больных не вызывались их личностными установками, их отношениями. Следовательно, и эти формы нарушения мышления лишь внешне напоминают структуру мышления ребенка на определенном этапе его развития.

Вместе с тем исследование распада мыслительной деятельности обнаруживает такие его формы, которые даже по внешнему проявлению не имеют аналогии с особенностями мышления ребенка. Такие особенности мышления, как «разорванность» или искажение процесса обобщения, не встречаются ни на одном этапе детства.

Как мы уже говорили выше, при «разорванности» мышления трудно бывает обнаружить объект мысли больного. С помощью своей речи больные по существу ничего не сообщают слушателю, не выявляют своего отношения к другим людям — речь не является ни орудием мысли, ни средством общения.

Подобные особенности не свойственны мышлению ребенка. Как бы бессвязна ни была речь ребенка, она всегда направлена на какой-то объект. Как бы отвлекаем ни был ребенок, его лепет всегда адресован к какому-то предмету, его речь всегда выявляет отношение ребенка к окружающему; она адресована к находящимся в его окружении людям. Исследованиями советских психологов доказано, что и в своей так называемой эгоцентричной речи ребенок выражает свои желания, его речь всегда направлена на что-то и к кому-то.

Таким образом, психологический анализ клинического материала показывает, что структура мышления взрослого больного не соответствует структуре мышления ребенка. Мышление как психический процесс возникает рефлекторно на основе прижизненно формирующихся общественно обусловленных связей, в результате воспитания и обучения. Даже в тех случаях, когда болезнь поражает наиболее молодые, специфически чело-

веческие отделы нервной системы, поведение больного человека не становится похожим на поведение человека на ранней ступени филогенеза. Если обратиться к закономерностям развития мышления по этапам детства (младенчество, дошкольный, дошкольный возраст и т. д.), с одной стороны, и к формам распада мышления — с другой, легко увидеть, что ни одна из болезней не приводит к повторению особенностей мышления, свойственных этим этапам. Сходство их, как мы указывали, чисто внешнее. Распад психической деятельности не представляет собой негатива ее развития.

Любая форма познания в своем развитии и формировании представляет собой, конечно, единый процесс; отдельные его стороны приходится вычленять лишь искусственно. Между тем при распаде, как на это указывает И. П. Павлов, то, что скрыто в норме, выступает особенно резко. Болезнь разрушает психическую деятельность по-разному: иногда это касается элементарного синтеза; иногда изменяются лишь самые верхние проявления синтетической деятельности; иногда же разрушается вся личность человека. Поэтому-то и возможны проявления нарушений разных сторон умственной деятельности человека.

Знание тех «параметров», по которым разрушается процесс мышления, знание психологических фактов, почерпнутых из такой богатейшей практики, какой является психиатрия, может помочь теории и практике психологической науки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Маркс К., Энгельс Ф. Соч., т. 3.
2. Энгельс Ф. Диалектика природы. Госполитиздат, 1955.
3. Ленин В. И. Материализм и эмпириокритицизм. Соч., т. 14.
4. Ленин В. И. Философские тетради. Соч., т. 38.
5. Абашев-Константиновский А. Л. К вопросу о психопатологии лобных поражений. «Невропатология и психиатрия», 1949, т. XVIII, № 4.
6. Абашев-Константиновский А. Л. Проблема сознания в свете клинической психопатологии. «Вопросы психологии», 1958, № 4.
7. Абрамович Г. Б. О клинико-психологическом эксперименте. «Советская психоневрология», 1939, № 1.
8. Авербух Е. С. Клинико-психопатологический анализ аментивных состояний. «Невропатология и психиатрия», 1946, т. 15, вып. 6.
9. Авербух Е. С. Острые сосудистые психозы. Психические нарушения при гипертонии. Л., 1946.
10. Аккерман В. И. Механизмы шизофренического первичного бреда. Иркутск, 1936.
11. Ананьев Б. Г. Очерки психологии. Лениздат, 1946.
12. Ананьев Б. Г. Проблема представления в советской психологической науке. «Философские записки», 1950, т. V.
13. Ананьев Б. Г. Человек как общая проблема современной науки. «Вестник Ленинградского университета», 1957, № 11, вып. 2.
14. Аникина А. М. О дифференциальных особенностях трудовых процессов больных генуинной и травматической эпилепсией. Сб. «Эпилепсия и клиника трудоспособности». Медгиз, М., 1939.
15. Анохин П. К. Общие принципы компенсации нарушенных функций и их физиологическое обоснование. «Доклады на конференции по вопросам дефектологии». Изд-во АПН РСФСР, М., 1956.
16. Анохин П. К. О физиологическом субстрате сигнальных реакций. «Журнал высшей нервной деятельности им. И. П. Павлова», 1957, т. VII, вып. 1.
17. Анфимов В. Я. Сосредоточение внимания и психическая работоспособность при эпилепсии. «Обзор психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии», 1908, № 11—12.
18. Артемов В. А. Восприятие и понимание речи. Сб. «Доклады на совещании по вопросам психологии». Изд-во АПН РСФСР, М., 1954.
19. Аствацатуров М. И. Клинические и экспериментально-психологические исследования речевой функции. СПб., 1909.
20. Балашова Л. Н. Некоторые типы ремиссии и дефекта при шизофрении с благоприятным течением (в связи с задачами трудоустройства). Сб. «Вопросы клиники, патогенеза и лечения шизофрении». Медгиз, М., 1958.
21. Балон Л. Я., Кауфман Д. Я., Личко А. Е. и Трауготт Н. Н. По поводу статьи проф. И. Ф. Случевского «О некоторых актуальных вопросах психиатрии». «Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова», 1952, т. 52, вып. 12.
22. Баншиков В. М. Роль и значение С. С. Корсакова в развитии отечественной психиатрии. В кн.: С. С. Корсаков. Избр. произв. Медгиз, М., 1954.
23. Баншиков В. М. Динамические наблюдения над больными с психическими нарушениями при расстройствах кровообращения в головном мозгу. Сб. «Актуальные проблемы невропатологии и психиатрии». Куйбышев, 1957.
24. Бассин Ф. В. О нарушении значений слов при шизофрении. Кандидатская диссертация. Харьков, 1936.
25. Белоусова М. Т. К вопросу о псевдопаралитическом синдроме при открытой травме головного мозга. «Труды Центрального института психиатрии», 1949, т. IV.
26. Бернштейн А. Н. Клинические приемы психологического исследования душевнобольных. М., 1911.
27. Берштейн Г. И. Клиника эпилепсии. Докторская диссертация. М., 1947.
28. Бжалава И. Т. К психопатологии фиксированной, установки при эпилепсии. Сб. «Материалы совещания по психологии». Изд-во АПН РСФСР, М., 1957.
29. Бехтерев В. М. Объективное исследование нервно-психической деятельности. «Обзор психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии», 1907, № 9.
30. Биренбаум Г. В. К вопросу об образовании переносных и условных значений слова при патологических изменениях мышления. Сб. «Новое в учении об апраксии, агнозии и афазии». М.—Л., 1934.
31. Биренбаум Г. В. и Зейгарник Б. В. К динамическому анализу расстройств мышления. «Советская невропатология, психиатрия и психогигиена», 1935, т. IV, вып. 6.
32. Блейлер Е. А. Аутистическое мышление. Одесса, 1928.
33. Божович Л. И. Отношение школьников к учению как психологическая проблема. «Известия АПН РСФСР», 1951, вып. 38.
34. Божович Л. И. Особенности самосознания у подростков. «Вопросы психологии», 1955, № 1.
35. Бойко Е. И., Власова М. М., Костомарова Н. М. и Чуприкова Н. И. Опыт экспериментального анализа процесса умственного сопоставления. В кн.: «Материалы совещания по психологии». Изд-во АПН РСФСР, М., 1957.
36. Бойко Е. И. Проблема условнорефлекторных основ высших психических процессов. Сб. «Психологическая наука в СССР», т. I. Изд-во АПН РСФСР, М., 1959.
37. Брайнина М. Я. Психопатологические особенности глубоких органических деменций у несовершеннолетних. «Проблемы судебной психиатрии», сб. II. Юридат, М., 1940.

38. Будилова Е. А. Учение И. М. Сеченова об ощущении и мышлении. Изд-во АН СССР, М., 1954.

39. Быков К. М. Избранные произведения, т. II. Медгиз, М., 1954.

40. Валицкая М. К. К вопросу о психофизических изменениях у душевнобольных. «Вестник клинической и судебной психиатрии», 1898, т. VI, вып. 1.

41. Валлон А. От действия к мысли. ИЛ, 1956.

42. Василевская В. Я. и Краснянская И. М. Особенности познавательной деятельности учащихся вспомогательной школы в процессе работы с наглядным материалом. «Известия АПН РСФСР», 1955, вып. 68.

43. Васильева В. А. Нарушения темпа сенсомоторных реакций у больных, страдающих сосудистыми заболеваниями мозга. Сб. «Психические нарушения при артериосклерозе сосудов головного мозга». Медгиз, М., 1960.

44. Введенский И. Н. Психогенный пурризм. «Проблемы судебной психиатрии», сб. V. Юридат, М., 1946.

45. Вейсфельд М. Первичный бред или бред в строгом смысле у шизофреников. «Труды института им. Ганнушкина», 1936, т. I.

46. Владычко С. Д. Внимание, умственная работоспособность и свободно возникающие ассоциации у больных с ранним слабоумием. «Обозрение психиатрии, невропатологии и экспериментальной психологии», 1908, № 6.

47. Владычко С. Д. Характер ассоциаций у больных с хроническим первичным помешательством. СПб., 1909.

48. «Вопросы философии и психологии», 1894, кн. 4 (24).

49. Вроно М. С. Об особенностях конечного периода шизофрении с речевой бессвязностью. «Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова», 1957, т. 57, вып. 5.

50. Выготский Л. С. Мышление и речь. В кн.: «Избранные психологические исследования». Изд-во АПН РСФСР, М., 1956.

51. Выготский Л. С. Нарушение понятий при шизофрении. В кн.: «Избранные психологические исследования». Изд-во АПН РСФСР, М., 1956.

52. Выготский Л. С. Проблема умственной отсталости. В кн.: «Избранные психологические исследования». Изд-во АПН РСФСР, М., 1956.

53. Вырубов Н. А. К патологии ассоциаций. М., 1914.

54. Гаккель Л. Б. Опыт сравнительного изучения нарушений высшей нервной деятельности у больных олигофренией и старческим слабоумием. «Журнал высшей нервной деятельности им. И. П. Павлова», 1953, т. III, вып. I.

55. Гаджиев С. Г. К анализу нарушения интеллектуальной деятельности при поражении лобных отделов головного мозга. Кандидатская диссертация. М., 1947.

56. Гаккель Л. Б. К вопросу о роли явлений индукции во взаимоотношении сигнальных систем. «Журнал высшей нервной деятельности им. И. П. Павлова», 1955, вып. 6.

57. Гальперин П. Я. и Голубова Р. А. Механизм парафазий комплексного типа. «Советская психоневрология», 1939, № 6.

58. Гальперин П. Я. Опыт изучения формирования умственных действий. Сб. «Доклады на совещании по вопросам психологии». Изд-во АПН РСФСР, М., 1954.

59. Гальперин П. Я. К вопросу о внутренней речи. «Доклады АПН РСФСР», 1954, № 4.

60. Гальперин П. Я. Умственное действие как основа формирования мысли и образа. «Вопросы психологии», 1957, № 6.

61. Гальперин П. Я. Развитие исследований по формированию умственных действий. Сб. «Психологическая наука в СССР», т. I. Изд-во АПН РСФСР, М., 1959.

62. Гальперина Р. И. Об особенностях работоспособности и компенсаторных возможностях шизофреников. Сб. «Экспертиза трудоспособности и трудоустройства больных шизофренией». М., 1940.

63. Ганнушкин П. Б. Резонирующее помешательство и резонерство. «Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова», 1905, кн. 3—4.

64. Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика и систематика. «Север», М., 1933.

65. Гейер Т. А. К вопросу о дифференциальной диагностике между шизофренией и органическими заболеваниями в тесном смысле этого слова. Сб. «Труды Психиатрической клиники 1-го ММИ», вып. 3. Медгиз, М., 1929.

66. Гейер Т. А. и Холзакова Н. Г. Шизофрения и эссенциальная гипертензия. Сб. «Труды Психиатрической клиники 1-го ММИ», вып. 4 (памяти П. Б. Ганнушкина). Медгиз, М., 1934.

67. Гиляровский В. А. Старые и новые проблемы психиатрии. Медгиз, М., 1946.

68. Гиляровский В. А. Психиатрия, изд. 4. Медгиз, М., 1954.

69. Гриценко И. М. О повторяемости в процессе развития. «Вопросы философии», 1958, № 8.

70. Голант Р. Я. и Янковский А. Е. Некоторые экспериментальные данные к вопросу о распаде мышления при шизофрении. «Советская невропатология, психиатрия и психогигиена», 1934, т. III, вып. 2—3.

71. Гольдблатт О. О. О слабоумии. «Клиническая медицина», 1925, № 8.

72. Гольденберг С. И. и Голодец Р. Г. Психопатологические синдромы в клинике огнестрельных ранений мозга. «Труды Центрального института психиатрии», 1949, т. IV.

73. Гольдовская Т. И. Клиника и патогенез протрагированных постинфекционных астенических состояний. «Труды Центрального института психиатрии», 1940, т. I.

74. Громова В. В. Отдаленные психические нарушения (с преобладающей картиной астении) после гриппозной инфекции. Сб. «Вопросы невропсихических нарушений при травматических и инфекционных поражениях центральной нервной системы». Медгиз, М., 1957.

75. Гурвич Б. Р. О некоторых особенностях дефекта после ряда перенесенных острых шизофренических вспышек и о влиянии постстрессовых протрагированных (астенических) состояний на течение процесса. «Невропатология и психиатрия», 1939, т. VIII, вып. 9—10.

76. Гуревич М. О. К вопросу о сущности шизофренического процесса. «Невропатология и психиатрия», 1945, т. XIV, № 5.

77. Гуревич М. О. и Серейский М. Я. Учебник психиатрии, изд. 5. Медгиз, М., 1946.
78. Гуревич М. О. Значение архитектоники коры большого мозга в психиатрии. Сб. «Цитоархитектоника большого мозга человека». Медгиз, М., 1949.
79. Гутман Л. Г. Экспериментально-психологические исследования маниакально-меланхолического психоза (состояние сосредоточения гесп. внимания, умственная работоспособность и ассоциации). СПб., 1909.
80. Добрынин Н. Ф. Проблема активности личности, активности сознания. «Ученые записки Московского городского педагогического института», 1954, т. 36, вып. 2.
81. Добрынин Н. Ф. Проблема значимости в психологии. Сб. «Материалы совещания по психологии». Изд-во АПН РСФСР, М., 1957.
82. Довбня Д. Н. Ассоциативный эксперимент у душевнобольных. «Психотерапия», 1914, № 2.
83. Дубинин А. М. К постановке вопроса об эндокринной деменции. «Труды Психиатрической клиники 1-го ММИ», вып. 4 (памяти П. Б. Ганнушкина). Медгиз, М., 1934.
84. Дубинин А. М. и Зейгарник Б. В. К вопросу о травматическом слабоумии. «Невропатология и психиатрия», 1940, т. IX, № 7—8.
85. Дукельская И. Н. и Коробкова Э. А. Врачебно-трудоустройство больных шизофренией. Медгиз, М., 1958.
86. Евлахова Э. А. Типы мышления при шизофрении. Сб. «50 лет Психиатрической клиники им. С. С. Корсакова». М., 1940.
87. Жислин С. Г. Об общих клинических закономерностях при психических заболеваниях позднего возраста. «Труды Центрального института психиатрии», 1949, т. IV.
88. Жислин С. Г. Некоторые вопросы диагностики и ограничения шизофрении. Сб. «Вопросы клиники, патогенеза и лечения шизофрении». Медгиз, М., 1958.
89. Завадовский К. И. Характер ассоциаций у больных с хроническим первичным помешательством. «Известия императорской военно-медицинской академии», 1909, т. XIX, № 2.
90. Залкинд Э. М. О психических расстройствах после травмы головы. «Труды Центрального института психиатрии», 1940, т. I.
91. Залманзон А. Н. и Скорнякова С. И. К вопросу о структуре эпилептического и шизофренического мышления. «Труды Психиатрической клиники 1-го ММИ», вып. 4 (памяти П. Б. Ганнушкина). Медгиз, М., 1934.
92. Залманзон А. Н. К вопросу об основном расстройстве при шизофрении. «Труды Психиатрической клиники 1-го ММИ», вып. 5. Медгиз, М., 1934.
93. Залманзон А. Н. О структуре шизофрении. Сб. «50 лет Психиатрической клиники им. С. С. Корсакова». М., 1940.
94. Залманзон А. Н. О структуре шизофренического дефекта. Сб. «50-летие Психиатрической клиники 1-го ММИ». М., 1950.
95. Занков Л. В. Психология умственно отсталого ребенка. Учпедгиз, М., 1939.
96. Занков Л. В. (ред.) Вопросы психологии учащихся вспомогательных школ. «Известия АПН РСФСР», вып. 57, М., 1954.
97. Занков Л. В. и Петрова В. Г. Сравнительное исследование различия сходного материала у умственно отсталых и нормальных школьников. «Известия АПН РСФСР», 1954, вып. 57.
98. Запорожец А. В. Развитие произвольных движений (доклад на XIV Международном конгрессе по психологии). «Вопросы психологии», 1955, № 1.
99. Запорожец А. В. Развитие произвольных движений. Изд-во АПН РСФСР, М., 1960.
100. Зверева В. Д. О слабоумии при гипертонической болезни. «Труды Московской областной невропсихиатрической клиники», 1950, т. X.
101. Зверева М. В. и Липкина А. И. О сравнении предметов умственно отсталыми школьниками. Сб. «Особенности познавательной деятельности учащихся вспомогательной школы». Изд-во АПН РСФСР, М., 1953.
102. Зейгарник Б. В. К проблеме понимания переносного смысла слов или предложения при патологических изменениях мышления. Сб. «Новое в учении об апраксии, агнозии и афазии». Медгиз, М., 1934.
103. Зейгарник Б. В. Психологический анализ структуры посттравматического снижения. «Труды Центрального института психиатрии», 1940, т. I.
104. Зейгарник Б. В. Психологический анализ посттравматического слабоумия. «Невропатология и психиатрия», 1941, т. X.
105. Зейгарник Б. В. К вопросу о локальном и общемозговом факторах при лобных нарушениях мозга. «Невропатология и психиатрия», 1943, т. XII, вып. 6.
106. Зейгарник Б. В. Психологический анализ постконтузионных нарушений слуха и речи. В кн.: Л. Б. Перельман. Реактивная постконтузионная глухонмота. Медгиз, М., 1943.
107. Зейгарник Б. В. Экспериментально-психологические данные при травмах лобных долей мозга. «Труды Центрального института психиатрии», 1947, т. III.
108. Зейгарник Б. В. Экспериментально-психологическое исследование больных с травмами головного мозга. Сб. «Нервные и психические заболевания военного времени». Медгиз, М., 1948.
109. Зейгарник Б. В. Нарушение спонтанности при военных травмах лобных долей мозга. Сб. «Неврология военного времени». т. I. Изд-во АМН СССР, М., 1949.
110. Зейгарник Б. В. Виды нарушений мышления. «Материалы совещания по психологии». Изд-во АПН РСФСР, М., 1957.
111. Зейгарник Б. В. Об одном виде нарушений мышления. «Вопросы психологии», 1956, № 6.
112. Зейгарник Б. В. Нарушения мышления у психически больных. Медгиз, М., 1958.
113. Зейгарник Б. В. Особенности интеллектуальных нарушений при начальном церебральном артериосклерозе с психическими нарушениями. «Тезисы докладов годичной научной конференции Государственного научно-исследовательского института психиатрии». М., 1957.
114. Зейгарник Б. В. и Биренбаум Г. В. К проблеме смыслового восприятия. «Советская невропатология, психиатрия и психогигиена», 1935, т. IV, вып. 6.

115. Зейгарник Б. В. и Гальперин П. Я. Психологические изменения после лейкотомии у шизофреников. «Невропатология и психиатрия», 1948, т. XVII, вып. 4.

116. Зейгарник Б. В. и Рубинштейн С. Я. Об экспериментально-психологическом исследовании больных в психоневрологических учреждениях. Методическое письмо. М., 1956.

117. Зейгарник Б. В. и Рубинштейн С. Я. Экспериментально-психологические лаборатории в психиатрических клиниках Советского Союза. Сб. «Психологическая наука в СССР», т. II. Изд-во АПН РСФСР, М., 1960.

118. Иванов-Смоленский А. Г. Очерки патофизиологии высшей нервной деятельности. Медгиз, М., 1950.

119. Иванов-Смоленский А. Г. Попытка патофизиологического исследования явлений речевой бессвязности при шизофрении. «Архив биологических наук», 1934, т. 36, серия Б, вып. 1.

120. Иванов-Смоленский А. Г. О патологических изменениях совместной деятельности 1-й и 2-й сигнальных систем головного мозга. «Военно-медицинский журнал», 1952, № 2.

121. Ильин А. В. О процессах сосредоточения (внимания) у слабоумных душевнобольных. «Известия императорской военно-медицинской академии», 1909, № 3.

122. Ильин А. В. О некоторых особенностях эпилептической психики. «Советская невропатология, психиатрия и психогигиена», 1932, т. I, вып. 8.

123. Кагановская Э. Л. и Зейгарник Б. В. К психопатологии негативизма при эпидемическом энцефалите. «Советская невропатология, психиатрия и психогигиена», 1935, т. 4, вып. 8.

124. Калашник Я. М. О некоторых психологических закономерностях при симуляции слабоумия. Сб. «Проблемы судебной психиатрии». Юриздат, М., 1938.

125. Каминский С. Д. и Савчук В. И. Роль коры головного мозга в возникновении гипертонической болезни. «Биюлетень экспериментальной биологии и медицины», 1951, № 10.

126. Кандинский В. Х. К вопросу о невменяемости. М., 1890.

127. Карцовник И. И. Лобный синдром и его клинические варианты при проникающих ранениях головного мозга. Новосибирск, 1949.

128. Кауфман Д. А. К вопросу о патофизиологии шизофренического дефекта. «Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова», 1953, вып. 4.

129. Кербинов О. В. Острая шизофрения. Медгиз, М., 1955.

130. Коган В. М. Трудоустройство психически больных. Сб. «Инструктивно-методические материалы по вопросам врачебно-трудовой экспертизы». М., 1940.

131. Коган В. М. Особенности работоспособности психически больных (шизофренией и эпилепсией) и мероприятия по организации их труда. «Тезисы докладов на научной сессии ЦИЭТИНа». М., 1941.

132. Коган В. М. и Костомарова Н. М. Особенности работоспособности и трудоустройства шизофреников. Сб. «Экспертиза трудоспособности и трудоустройство больных шизофренией». М., 1940.

133. Кононова М. П. Психологические данные при изучении одной формы вяло текущей шизофрении в детском возрасте. «Советская невропатология, психиатрия и психогигиена», 1953, т. IV, вып. 11.

134. Кононова М. П. Психологические данные изучения различных форм шизофрении. В кн.: «Проблемы клиники и терапии психических заболеваний», сб. 2. М., 1938.

135. Кононова М. П. Психологический анализ астенического состояния при истощении (у детей и подростков). «Труды больницы им. Кащенко», 1945, № 4.

136. Кононяченко В. А. Фазовые состояния при гипертонии. «Журнал высшей нервной деятельности им. И. П. Павлова», 1955, т. 5, вып. 6.

137. Копнин П. В. Формы мышления и их взаимосвязь. «Вопросы философии», 1956, № 3.

138. Коробкова Э. А. Психологические особенности работоспособности травматиков. «Тезисы докладов научной сессии ЦИЭТИНа». М., 1936.

139. Коробкова Э. А. и Савич М. Г. Психологические особенности работоспособности невротиков. «Тезисы докладов научной сессии ЦИЭТИНа». М., 1936.

140. Коробкова Э. А. Экспериментальное исследование факторов, стимулирующих и тормозящих работоспособность. Сб. «Проблемы экспертизы трудоспособности и диагностика пограничных состояний». Биомедгиз, М., 1939.

141. Коробкова Э. А. Трудоустройство эпилептиков. «Социальное обеспечение», 1940, № 9.

142. Корсаков С. С. К психологии микроцефалии. «Вопросы философии и психологии», 1894, кн. 1 (20).

143. Корсаков С. С. Примечание в заявлении от редакции. «Вопросы философии и психологии», 1894, кн. 4 (24).

144. Корсаков С. С. Курс психиатрии. М., 1901.

145. Корсаков С. С. Две вступительные лекции. «Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова», 1952, вып. I.

146. Костандав Э. А. Нарушения совместной деятельности первой и второй сигнальных систем при кататонической форме шизофрении. «Труды Института высшей нервной деятельности», 1958, т. 5, серия патофизиологическая.

147. Костомарова Н. М. Качественная характеристика интеллектуальной деятельности у больных с диффузными изменениями центральной нервной системы в результате травмы головы. Сб. «Травматические повреждения центральной нервной системы». М., 1940.

148. Костомарова Н. М. Пути восстановления работоспособности инвалидов Отечественной войны с тяжелыми последствиями травматического поражения головного мозга. Сб. «Травма головного мозга и трудоспособность». М., 1940.

149. Костомарова Н. М. О различиях в латентных периодах реакции при дифференцировании словесных раздражителей по смысловым (логическим) признакам. Сб. «Вопросы изучения высшей нейродинамики в связи с проблемами психологии». Изд-во АПН РСФСР, М., 1957.

150. Костюк Г. С. К вопросу о психологических закономерностях. «Вопросы психологии», 1955, № 1.

151. Костюк Г. С. Вопросы психологии мышления. Сб. «Психологическая наука в СССР», т. I. Изд-во АПН РСФСР, М., 1959.

152. Кошкарева К. И. Речевая диссоциация при шизо-

френий и ее патофизиологическая основа. «Труды 3-й Павловской конференции». Томск, 1953.

153. Красногорский Н. И. Развитие учения о физиологической деятельности мозга у детей. Л., 1939.

154. Красногорский Н. И. Труды по изучению высшей нервной деятельности человека и животных. Медгиз, М., 1954.

155. Крепелин Э. Учебник психиатрии, тт. 1—2. М., 1910—1912.

156. Кроль И. А. и Гранская И. А. Клинические варианты травматического слабоумия. Сб. «Труды Украинского психоневрологического института», т. 23. Харьков, 1947.

157. Кубланов Ж. Л. Психологический эксперимент в клинике мозгового артериосклероза. «Советская невропатология, психиатрия и психогигиена», 1934, т. III, вып. 4.

158. Куимов Д. Т. К клинике лобных долей. «Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова», 1930, № 3.

159. Лебединский М. С. Психологический анализ случая сенсорной афазии. «Невропатология и психиатрия», 1936, т. V, вып. 4.

160. Лебединский М. С. Речь шизофреника и афазика. «Советская психоневрология», 1937, № 8.

161. Лебединский М. С. К вопросу о речевых расстройствах у шизофреников. «Советская психоневрология», 1938, № 3.

162. Лебединский М. С. Динамическая характеристика действий шизофреников. «Советская психоневрология», 1940, № 1.

163. Лебединский М. С. Расстройства речи при шизофрении на различных уровнях возрастных различий. Сб. «Труды Украинского психоневрологического института», т. 23. Харьков, 1947.

164. Лебединский М. С. Типы патологического мышления. Сб. авторефератов. Изд-во АМН СССР, М., 1948.

165. Лебединский М. С. Об особенностях нарушений психики при поражениях правого полушария. Сб. «Проблемы современной психиатрии». Изд-во АМН СССР, М., 1948.

166. Леви-Брюль Л. Первобытное мышление. «Атеист», М., 1930.

167. Левитов Н. Д. Детская и педагогическая психология. Учпедгиз, М., 1958.

168. Леонтьев А. Н. Развитие памяти. Учпедгиз, М. — Л., 1931.

169. Леонтьев А. Н. Очерк развития психики. М., 1947.

170. Леонтьев А. Н. Опыт экспериментального исследования мышления. Сб. «Доклады на совещании по вопросам психологии». Изд-во АПН РСФСР, М., 1954.

171. Леонтьев А. Н. Природа и формирование психических свойств и процессов человека (доклад на XIV Международном конгрессе по психологии). «Вопросы психологии», 1955, № 1.

172. Леонтьев А. Н. О системной природе психических функций. «Тезисы докладов философского факультета МГУ». Изд-во МГУ, 1955.

173. Леонтьев А. Н. Проблемы развития психики. Изд-во АПН РСФСР, М., 1960.

174. Леонтьев А. Н. Биологическое и социальное в психике человека. «Вопросы психологии», 1960, № 6.

175. Леонтьев А. Н. и Лурья А. Р. Психологические воззрения Л. С. Выготского. В кн.: Л. С. Выготский. Избранные психологические исследования. Изд-во АПН РСФСР, М., 1956.

176. Леонтьев А. Н. и Розанова Т. В. Зависимость образования ассоциативных связей от содержания действия. «Советская педагогика», 1951, № 10.

177. Липкина А. И. Анализ и синтез при познании предметов учащимися вспомогательной школы. Сб. «Особенности познавательной деятельности учащихся вспомогательной школы». Изд-во АПН РСФСР, М., 1953.

178. Лубовский В. И. Некоторые особенности высшей нервной деятельности детей-олигофренов. Сб. «Проблемы высшей нервной деятельности нормального и аномального ребенка», т. I. Изд-во АПН РСФСР, М., 1956.

179. Лубовский В. И. Особенности высшей нервной деятельности детей-олигофренов разных клинических групп. Сб. «Проблемы высшей нервной деятельности нормального и аномального ребенка», т. II. Изд-во АПН РСФСР, М., 1958.

180. Лурья А. Р. Восстановление функций мозга после военной травмы. Изд-во АМН СССР, М., 1948.

181. Лурья А. Р. Травматическая афазия. Изд-во АМН СССР, М., 1947.

182. Лурья А. Р. (ред.). Проблемы высшей нервной деятельности нормального и аномального ребенка, тт. I—II. Изд-во АПН РСФСР, М., 1956—1958.

183. Лурья А. Р. Некоторые проблемы изучения высшей нервной деятельности нормального и аномального ребенка. Сб. «Проблемы высшей нервной деятельности нормального и аномального ребенка», т. I. Изд-во АПН РСФСР, М., 1956.

184. Лурья А. Р. О регулирующей роли речи в формировании произвольных движений. «Журнал высшей нервной деятельности им. И. П. Павлова», 1956, т. VI, вып. 5.

185. Лурья А. Р. Изучение мозговых поражений и восстановления нарушенных функций. «Психологическая наука в СССР», т. II. Изд-во АПН РСФСР, М., 1960.

186. Мансуров Н. С. Проблема мышления в свете учения И. П. Павлова. Кандидатская диссертация. М., 1950.

187. Марцибовская Е. М. Нарушение регулирующей роли речи у умственно отсталых детей. Сб. «Проблемы высшей нервной деятельности нормального и аномального ребенка», т. II. Изд-во АПН РСФСР, М., 1958.

188. Меграбян А. А. О природе индивидуального сознания (в норме и патологии). Ереван, 1959.

189. Меерович Р. И. Особенности процесса работы больных в маниакальном состоянии. «Советская невропатология, психиатрия и психогигиена», 1935, т. IV, вып. 9—10.

190. Меерович Р. И. Экспериментальный анализ кривой работоспособности больных с маниакальным и депрессивным синдромами. «Советская невропатология, психиатрия и психогигиена», 1935, т. IV, вып. 1.

191. Мелехов Д. Е. О классификации шизофренического типа реакций. «Труды Психиатрической клиники 1-го ММИ», вып. 4 (памяти П. Б. Ганнушкина). Медгиз, М., 1934.

192. Мелехов Д. Е. Современное состояние вопроса о трудоспособности при шизофрении и задачи исследования. Сб. «Проблемы пограничной психиатрии». Биомедгиз, М.—Л., 1935.

193. Мелехов Д. Е. и Каменская В. М. Клинико-патфизиологические исследования отдаленных последствий закрытых черепно-мозговых травм. Сообщения I—III. «Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова», 1953, № 6; 1955, № 9; 1957, № 10.

194. Меллер Е. Н. О нарушении волевой сферы при шизофрении. «Невропатология и психиатрия», 1938, т. VII, вып. 2.

195. Менчинская Н. А. Психология усвоения понятий (основные проблемы и методы исследования). «Известия АПН РСФСР», 1950, вып. 28.

196. Менчинская Н. А. Взаимоотношение слова и образа в процессе усвоения знаний школьниками. «Доклады на совещании по вопросам психологии». Изд-во АПН РСФСР, М., 1954.

197. Менчинская Н. А. Психическое развитие ребенка. Изд-во АПН РСФСР, М., 1951.

198. Менчинская Н. А. Советская психология обучения. «Вопросы психологии», 1957, № 5.

199. Мещеряков А. И. Об участии прошлого опыта в выработке временных связей у человека. «Вопросы психологии», 1955, № 3.

200. Мещеряков А. И. Механизмы процессов отвлечения и обобщения у умственно отсталых детей. Сб. «Проблемы высшей нервной деятельности нормального и аномального ребенка», т. II. Изд-во АПН РСФСР, М., 1958.

201. Мирельзон Л. А. и Корнетов А. И. О нарушении корковой динамики при речевой бессвязности у больных шизофренией. Сб. «Вопросы расстройства мозгового кровообращения и шизофрения». Одесса, 1957.

202. Молочек А. И. К участию реактивных моментов в динамике шизофренического расстройства мышления. Сб. «Проблемы судебной психиатрии». Юридат, М., 1938.

203. Мясищев В. Н. Работоспособность и болезни личности. «Советская невропатология, психиатрия и психогигиена», 1935, т. IV, № 9—10.

204. Мясищев В. Н. Личность и труд аномального ребенка. В кн.: «Психические особенности трудновоспитуемых и умственно отсталых детей». Л., 1936.

205. Мясищев В. Н. Психические функции и отношения. «Ученые записки ЛГУ», 1949, № 119.

206. Мясищев В. Н. Проблема отношений человека и ее место в психологии. «Вопросы психологии», 1957, № 5.

207. Мясищев В. Н. К вопросу о принципах экспериментального исследования высшей нервной деятельности. «Ученые записки ЛГУ», 1955, № 203, вып. 8, серия философии.

208. Мясищев В. Н. О значении психологии для медицины. «Вопросы психологии», 1956, № 1.

209. Мясищев В. Н. Личность и неврозы. Изд-во ЛГУ, 1960.

210. Мясищев В. Н. Основные проблемы и современное состояние психологии отношений человека. Сб. «Психологическая наука в СССР», т. II. Изд-во АПН РСФСР, М., 1960.

211. Непомнящая Н. И. Некоторые условия нарушения регулирующей функции речи у умственно отсталых детей. Сб. «Проблемы высшей нервной деятельности нормального и аномального ребенка», т. I. Изд-во АПН РСФСР, М., 1956.

212. Овчинникова К. А. Некоторые вопросы судебно-психиатрической экспертизы при артериосклеротическом слабоумии. «Проблемы судебной психиатрии», сб. VII. Госюрисдат, М., 1957.

213. Озерецкий Н. И. Психические изменения при гипертонии и гипотонии. «Невропатология и психиатрия», 1949, № 5.

214. Озерецкий Н. И. Сообщение о VI ежегодном совещании Международной федерации охраны психического здоровья. «Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова», 1954, вып. 5.

215. Орловская Д. Д. Некоторые особенности клиники начальных стадий шизофрении в свете учения И. П. Павлова. «Труды Всесоюзной научно-практической конференции, посвященной 100-летию со дня рождения С. С. Корсакова и актуальным вопросам психиатрии». Медгиз, М., 1954.

216. Осипов В. П. Руководство по психиатрии. Госиздат, М.—Л., 1931.

217. Павлов И. П. Полное собрание сочинений, тт. III—IV. Изд-во АН СССР, М.—Л., 1951—1952.

218. «Павловские среды», тт. I—III. Изд-во АН СССР, М.—Л., 1949.

219. «Павловские клинические среды», тт. I—II. Изд-во АН СССР, М.—Л., 1954—1955.

220. Павловская Л. С. Экспериментально-психологическое исследование над больными с нарастающим паралитическим слабоумием, чч. I—II. СПб., 1907.

221. Павловская Л. С. Экспериментально-психологическое исследование умозаключений у душевнобольных. СПб., 1909.

222. Певзнер М. С. Развитие ребенка-энцефалитика (эпидемический энцефалит). «Советская невропатология, психиатрия и психогигиена», 1934, т. III, вып. 7.

223. Певзнер М. С. Структура интеллектуального дефекта при закрытых травмах мозга у детей и подростков. «Труды Центрального института психиатрии», 1949, т. IV.

224. Певзнер М. С. Дети-олигофрены. Изд-во АПН РСФСР, М., 1960.

225. Перельман А. А. Шизофрения. Томск, 1944.

226. Перельман А. А. Очерки расстройств мышления. Томск, 1957.

227. Перельман А. А. Кошкарева К. И. и Могильщик Л. Г. Особенности высшей нервной деятельности при эпилептическом слабоумии. «Труды 4-й Павловской конференции». Томск, 1954.

228. Перельман А. А. и Кошкарева К. И. О нарушениях в первой и второй сигнальных системах при различных формах и в разных стадиях шизофренического процесса. «Труды 4-й Павловской конференции». Томск, 1954.

229. Петрова А. Е. К вопросу о трудоспособности больных с артериосклерозом головного мозга. «Труды психиатрической клиники 1-го ММИ», вып. 4 (памяти П. Б. Ганнушкина). Медгиз, М., 1934.

230. Петрова А. Е. и Аникина А. М. К вопросу о характере трудоспособности при шизофрении. Сб. «Проблемы пограничной психиатрии». Биомедгиз, М.—Л., 1935.

231. Петрова А. Е. и Аникина А. М. О трудоспособности больных шизофренией с компонентом артериосклероза головного мозга. Сб. «Шизофрения и травматические заболевания головного мозга и трудоспособность при них». М., 1936.

232. Петрова А. Е., Кононова М. П., Аникина А. М. Проблема упражняемости как дифференциальный критерий трудоспособности травматиков, органиков и невротиков. Сб. «Шизофрения и травматические заболевания головного мозга и трудоспособность при них». М., 1936.

233. Петрова А. Е. и Аникина А. М. Роль психологического эксперимента в определении характера трудоспособности больных genuинной эпилепсией. «Невропатология и психиатрия», 1936, вып. V.

234. Пиаже Ж. Речь и мышление ребенка. ОГИЗ, М.—Л., 1932.

235. Пивоварова В. Л. О вторичной кататонии. «Труды всесоюзной научно-практической конференции, посвященной 100-летию со дня рождения С. С. Корсакова и актуальным вопросам психиатрии». Медгиз, М., 1954.

236. Пинский Б. И. Особенности обобщения и различения в действиях школьнико-олигофренов. «Известия АПН РСФСР», 1954, № 57.

237. Плотицер А. И. Методы исследования условно-речевых связей у психически больных. «Журнал высшей нервной деятельности им. И. П. Павлова», 1955, вып. 6.

238. Повицкая Р. С. Динамика психических расстройств при травмах мозга. «Невропатология и психиатрия», 1942, т. XI, № 5.

239. Повицкая Р. С. Травматическое слабоумие. Сб. «Нервные и психические заболевания военного времени». Медгиз, М., 1948.

240. Поляков Ю. Ф. Особенности нерезко выраженных нарушений мышления при шизофрении. Сб. «Проблемы шизофрении, шизопатии и реактивных состояний». Медгиз, М., 1961.

241. Поляков Ю. Ф. Сравнительная характеристика нарушения динамики мышления у больных начальным артериосклерозом сосудов головного мозга и у больных шизофренией. Сб. «Проблемы сосудистых заболеваний головного мозга», т. II. Медгиз, М., 1961.

242. Попов Е. А. О некоторых патофизиологических особенностях шизофрении. «Труды Всесоюзной научно-практической конференции, посвященной 100-летию со дня рождения С. С. Корсакова и актуальным вопросам психиатрии». Медгиз, М., 1954.

243. Попов Е. А. О некоторых особенностях шизофренического мышления и его предположительных патофизиологических механизмах. «Труды Украинского психоневрологического института», т. 24. Харьков, 1949.

244. Посвянский П. Б. Современные проблемы диагностики, клиники и терапии прогрессивного паралича. Докторская диссертация. М., 1952.

245. Протопопов В. П. Процессы отвлечения и обобщения (абстракции) у животных и человека. «Врачебное дело», 1949, № 12.

246. Протопопов В. П. и Рушкевич Е. А. Исследования расстройств абстрактного мышления у психически больных и их физиологическая характеристика. Киев, 1956.

247. Равкин И. Г. Острые и хронические оглушенные состояния сознания. «Труды Центрального института психиатрии», 1940, т. I.

248. Равкин И. Г. Клинические особенности и лечение больных шизофренией с затяжным неблагоприятным течением. Сб. «Вопросы клиники, патогенеза и лечения шизофрении». Медгиз, М., 1958.

249. Раскина Р. М. О плоском мышлении. «Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова», 1927, кн. I.

250. Розенблюм И. И. К сравнительной характеристике шизофренического и паралитического слабоумия. Сообщение I. «Советская невропатология, психиатрия и психогигиена», 1934, т. III, вып. II—12.

251. Розенштейн Л. М. Психопатология мышления при маниакально-депрессивном психозе и особые патологические формы мании. «Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова», 1926, кн. 7.

252. Розинский Ю. Б. Изменение психики при поражении лобных долей. Медгиз, М., 1948.

253. Россолимо Г. И. Экспериментальное исследование психомеханики. Изд-во I-го МГУ, 1928.

254. Ротштейн Г. А. Экспериментально-психологические исследования эмоционально-волевой сферы невротиков. Биомедгиз, М., 1939.

255. Ротштейн Г. А. Структурная неоднородность симптомов при так называемой травматической церебральной шизофрении. Сб. «Травматические повреждения центральной нервной системы». Медгиз, М., 1940.

256. Рохлин Л. Л. Клиника психических нарушений при травматической эпилепсии. Сб. «Труды Украинского психоневрологического института», т. 23. Харьков, 1947.

257. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии, изд. 2. Учпедгиз, М., 1946.

258. Рубинштейн С. Л. Вопросы психологической теории. «Вопросы психологии», 1955, № 1.

259. Рубинштейн С. Л. Психологические воззрения И. М. Сеченова и советская психологическая наука. «Вопросы психологии», 1955, № 5.

260. Рубинштейн С. Л. Вопросы психологии мышления и принцип детерминизма. «Вопросы философии», 1957, № 5.

261. Рубинштейн С. Л. Бытие и сознание. Изд-во АН СССР, М., 1957.

262. Рубинштейн С. Л. О мышлении и путях его исследования. Изд-во АН СССР, М., 1958.

263. Рубинштейн С. Л. Принцип детерминизма и психологическая теория мышления. Сб. «Психологическая наука в СССР», т. I. Изд-во АПН РСФСР, М., 1960.

264. Рубинштейн С. Л. Принципы и пути развития психологии. Изд-во АН СССР, М., 1959.

265. Рубинштейн С. Л. Проблема способностей и вопросы психологической теории. «Вопросы психологии», 1960, № 3.

266. Рубинштейн С. Л. (ред.). Процесс мышления и закономерности анализа, синтеза и обобщения. Экспериментальные исследования. Изд-во АН СССР, М., 1960.

267. Рубинштейн С. Я. Экспертиза и восстановление трудоспособности после военных травм мозга. Сб. «Неврология военного времени», т. I. Изд-во АМН СССР, М., 1949.

268. Рубинштейн С. Я. Восстановление трудоспособности у больных с военной травмой мозга. Кандидатская диссертация. М., 1943.

269. Рубинштейн С. Я. О речевом расторможении больных во время реактивных состояний, 1949 (рукопись).

270. Рубинштейн С. Я. О некоторых шизофреноподобных нарушениях мышления больных во время реактивных состояний, 1950 (рукопись).

271. Рубинштейн С. Я. Психология умственно отсталого ребенка. Учпедгиз, М., 1959.

272. Рузер Е. И. Роль экспериментально-психологического исследования в психогигиенической работе в вузах. «Советская невропатология, психиатрия и психогигиена», 1935, т. IV, вып. 2.

273. Рухкевич Е. А. О расстройствах отвлечения и обобщения при шизофрении и их патофизиологических основаниях. Сб. «Вопросы физиологии», № 4. Изд-во АН УССР, 1953.

274. Сагалова С. Р. Некоторые данные психологического исследования больных с артериосклерозом головного мозга. Сб. «Артериосклероз головного мозга и трудоспособность». Биомедгиз, М., 1934.

275. Саймон Б. Английская школа и интеллектуальные тесты. Изд-во АПН РСФСР, М., 1959.

276. Самарин Ю. А. Об ассоциативной природе умственной деятельности. «Вопросы психологии», 1957, № 2.

277. Самухин Н. В., Биренбаум Г. В. и Выготский Л. С. К вопросу о деменции при болезни Пика. «Советская невропатология, психиатрия и психогигиена», 1934, т. III, вып. 6.

278. Самухин Н. В. К вопросу о структуре органических деменций. «Советская невропатология, психиатрия и психогигиена», 1935, т. IV, вып. 9—10.

279. Сеген Э. Воспитание, гигиена и нравственное лечение умственно ненормальных детей. СПб., 1903.

280. Серебрякова Е. А. Уверенность в себе и условия ее формирования у школьников. Кандидатская диссертация. М., 1955.

281. Сербский В. П. Руководство к изучению душевных болезней. М., 1906.

282. Селецкий В. В. Диссоциация представлений и ее значение. «Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова», 1908, кн. I.

283. Середина М. И. Экспериментальное исследование кортикальной нейродинамики при эпилепсии. Кандидатская диссертация. М., 1946.

284. Середина М. И. О влиянии эпилептического припадка на условные связи первой и второй сигнальных систем, а также на безусловные связи. «Журнал высшей нервной деятельности им. И. П. Павлова», 1952, т. II, вып. 5.

285. Серейский М. Я. Проблема катамнеза в свете актив-

ной терапии психозов. «Труды Центрального института психиатрии», 1947, т. III.

286. Сеченов И. М. Избранные философские и психологические произведения. Госполитиздат, 1947.

287. Симсон Т. П. Шизофрения раннего детского возраста. Изд-во АМН СССР, М., 1948.

288. Симсон Т. П. Отдаленные последствия закрытой травмы черепа. Сб. «Труды Украинского психоневрологического института», т. 23. Харьков, 1947.

289. Симсон Т. П. Пути отграничения острых инфекционных психозов в подростковом возрасте от шизофрении. «Труды Всесоюзной научно-практической конференции, посвященной 100-летию со дня рождения С. С. Корсакова и актуальным вопросам психиатрии». Медгиз, М., 1954.

290. Случевский И. Ф. Психиатрия, изд. 2. Медгиз, Л., 1957.

291. Скворцов К. А. О синдроме мантизма («наплыв мыслей»). «Советская психоневрология», 1938, № 1.

292. Смирнов А. А. Процессы мышления при запоминании. «Известия АПН РСФСР», 1945, вып. 1.

293. Смирнов А. А. Вопросы психологии усвоения понятий школьниками. «Советская педагогика», 1946, № 8—9.

294. Смирнов А. А. Мышление. Гл. VIII в кн.: «Психология». Под ред. А. А. Смирнова, А. Н. Леонтьева, С. Л. Рубинштейна и Б. М. Теплова. Учпедгиз, М., 1956.

295. Снежневский А. В. О старческом слабоумии. «Невропатология и психиатрия», 1949, № 3.

296. Снесарев П. Е. Теоретические основы патологической анатомии психозов. Медгиз, М., 1950.

297. Соловьева З. А. О нерезко выраженных интеллектуальных расстройствах при шизофрении. «Советская невропатология, психиатрия и психогигиена», 1934, т. III, вып. 5.

298. Соловьев И. М. (ред.). Особенности познавательной деятельности учащихся вспомогательной школы. Изд-во АПН РСФСР, М., 1953.

299. Соловьев И. М. Мышление умственно отсталых школьников при решении арифметических задач. Сб. «Особенности познавательной деятельности учащихся вспомогательной школы». Изд-во АПН РСФСР, М., 1953.

300. Соцевич Г. Н. Параноидальная форма шизофрении. «Труды Всесоюзной научно-практической конференции, посвященной 100-летию со дня рождения С. С. Корсакова и актуальным вопросам психиатрии». Медгиз, М., 1954.

301. Спиркин А. Г. Происхождение сознания. Изд-во АН СССР, М., 1960.

302. Судебная психиатрия. Учебник для юридических вузов. Госюриздат, М., 1954.

303. Судомир А. К. Расщепление речи при шизофрении. «Советская психоневрология», 1929, т. VIII, № 4—7.

304. Сумбаев И. С. К психологии шизофрении. «Советская невропатология, психиатрия и психогигиена», 1934, т. III, вып. 4.

305. Сумбаев И. С. О символике при шизофрении. «Советская психоневрология», 1930, № 9.

306. Суханов С. А. Паралогическое мышление. «Психотерапия», 1914, № 1.
307. Сухарева Г. Е. Узловые проблемы детской психиатрии как сравнительно-возрастной дисциплины. «Невропатология и психиатрия», 1947, т. XVI, № 2.
308. Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста, тт. I—II. Медгиз, М., 1955—1960.
309. Тальце М. Ф. Клинические варианты олигофрении в судебно-психиатрической практике. «Проблемы судебной психиатрии», Сб. VII. Госюриздат, М., 1957.
310. Тарасова Ю. К. Подострые и хронические малярийные психозы. Сб. «Проблемы пограничной психиатрии». Биомедгиз, М.—Л., 1935.
311. Теплов Б. М. Психология. Госполитиздат, 1946.
312. Теплов Б. М. (ред.) Вопросы психологии восприятия и мышления. «Известия АПН РСФСР», 1948, вып. 13.
313. Теплов Б. М. (ред.). Вопросы психологии речи и мышления. «Известия АПН РСФСР», 1954, вып. 54.
314. Тихомиров О. К. Речевая регуляция движений умственно отсталого ребенка в условиях конфликта словесных и непосредственных сигналов. Сб. «Проблемы высшей нервной деятельности нормального и аномального ребенка», т. I. Изд-во АПН РСФСР, М., 1956.
315. Токарский А. А. Записки психологической лаборатории Психиатрической клиники Императорского московского университета. «Вопросы философии и психологии», 1896, кн. 31—35.
316. Токарский А. А. О глупости. «Вопросы философии и психологии», 1896, кн. 35.
317. Трауготт Н. Н. и Чистович А. С. Проба физиологического понимания речевой бессвязности при шизофрении. «Невропатология и психиатрия», 1951, вып. 6.
318. Трауготт Н. Н. О путях изучения нарушений взаимодействия сигнальных систем в психиатрической клинике. «Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова», 1956, вып. 6.
319. Урусова-Белозерцева В. И. Особенности нарушения мышления у больных с поражениями лобных долей мозга. Дипломная работа. МГУ, 1954.
320. Усов А. Г. Исследование индукционных взаимоотношений сигнальных систем. «Журнал высшей нервной деятельности им. И. П. Павлова», 1955, вып. 6.
321. Фаддеева В. К. Опыт экспериментального изучения кортикальной динамики в маниакальной и депрессивной фазах циркулярного психоза. Кандидатская диссертация. М., 1946.
322. Фелинская Н. И. Реакция в форме псевдодеменции у шизофреников. Сб. «Проблемы судебной психиатрии». М., 1938.
323. Фольборт Г. В. Новые факты и соображения к учению И. П. Павлова о высшей нервной деятельности. «Журнал высшей нервной деятельности им. И. П. Павлова», 1951, т. I, вып. 3.
324. Фольборт Г. В. Физиология процессов утомления и восстановления. Сб. «Труды конференции кафедры нормальной физиологии Киевского медицинского института», Киев, 1951.
325. Фридман Б. Д. Об обратном развитии посттравматических расстройств. Уфа, 1942.
326. Фридман Б. Д. О травматических поражениях центральной нервной системы. М., 1946.
327. Фридман Б. Д. Клиника и психопатология очаговых церебральных синдромов при злокачественной форме гипертонической болезни. «Труды Центрального института психиатрии», 1949, т. I.
328. Хомская Е. Д. К патологии взаимоотношения сигнальных систем у умственно отсталых детей. Сб. «Проблемы высшей нервной деятельности нормального и аномального ребенка», т. I. Изд-во АПН РСФСР, М., 1956.
329. Хвилевичкий Т. Я. Отношение к работе и его роль в развитии кривой работы психоневротика. «Советская невропатология, психиатрия и психогигиена», 1935, т. IV, вып. 9—10.
330. Хорошко В. К. Об отношении лобных долей мозга к психологии и психопатологии. М., 1912.
331. Чамата П. Р. Вопросы самосознания личности в советской психологии. Сб. «Психологическая наука в СССР», т. II. Изд-во АПН РСФСР, М., 1950.
332. Чернуха А. А. Опыты экспериментального исследования интеллектуальных расстройств при мягкой шизофрении. «Советская невропатология, психиатрия и психогигиена», 1934, т. III, вып. 5.
333. Чернуха А. А. О слабоумии при шизофрении. «Невропатология и психиатрия», 1938, вып. 4.
334. Чистович А. С. О патофизиологии и патогенезе некоторых форм бреда. Новосибирск, 1939.
335. Шевалев Е. А. О патологическом мышлении. «Труды психиатрической клиники Одесского медицинского университета», 1930, вып. 1.
336. Шевалев Е. А. К анализу понятия деменции. «Советская невропатология, психиатрия и психогигиена», 1935, т. IV, вып. 4.
337. Шеварев П. А. Некоторые замечания к проблеме ассоциаций. «Известия АПН РСФСР», 1957, вып. 80.
338. Шемякин Ф. Н. О взаимоотношении понятия и представления. «Фронт науки и техники», 1937, № 2.
339. Шемякин Ф. Н. Вопрос о представлениях в трудах И. М. Сеченова и И. П. Павлова. «Вопросы философии», 1952, № 2.
340. Шиф Ж. И. Развитие научных понятий у школьника. Учпедгиз, М.—Л., 1935.
341. Шиф Ж. И. Особенности умственного развития учащихся вспомогательных школ. Сб. «Психологическая наука в СССР», т. II. Изд-во АПН РСФСР, М., 1960.
342. Шиф Ж. И. (ред.). Сб. «Умственное развитие учащихся вспомогательной школы». Изд-во АПН РСФСР, М., 1961.
343. Шмарьян А. С. Клинико-психопатологические синдромы при очаговых поражениях головного мозга. «Невропатология и психиатрия», 1940, № 6.
344. Шуберт А. М. Шизофреноподобные нарушения интеллектуальной деятельности больных с черепно-мозговыми травмами. «Проблемы психиатрии военного времени», сб. 4. М., 1945.
345. Шуберт А. М. Шизофреноподобные нарушения интеллектуальной деятельности при органических заболеваниях мозга. Сб. «Проблемы клиники и терапии психических заболеваний». М., 1946.

346. Шуберт А. М. О некоторых особенностях нарушения интеллектуальной деятельности при лобных травмах. Сб. «Проблемы клиники и терапии психических заболеваний». М., 1949.
347. Шуберт А. М. О расстройствах отвлечения и обобщения при шизофрении и их патофизиологических основаниях. «Вопросы психологии», 1955, № 4.
348. Шуберт А. М. О некоторых нарушениях познавательной деятельности при травмирующей ситуации. Сб. «Материалы совещания по психологии». Изд-во АПН РСФСР, М., 1957.
349. Эльконин Д. Б. Детская психология. Учпедгиз, М., 1960.
350. Юдин Т. И. Коммоционная болезнь. «Труды Украинского психоневрологического института», т. XII, Тюмень, 1943.
351. Юдин Т. И. Лобная полость и психонервные синдромы при огнестрельных ее ранениях. «Невропатология и психиатрия», 1945, т. XIV.
352. Abderhalden E. Methoden der experimentellen Psychologie. «Handb. biol. Arb.—Meth.». Berlin—Wien, 1925.
353. Ach N. Über die Begriffsbildung. Bamberg, 1921.
354. Acklesberg S. B. Vocabulary and mental deterioration in senile dementia. «J. abnorm. soc. Psychol.», 1944, vol. 39, pp. 393—396.
355. Allen E. B. Psychiatric aspects of cerebral arteriosclerosis «New Engl. J. Med.», 1951, vol. 8.
356. Alzheimer A. Über eigenartige Krankheitsfälle des späteren Alters. «Zs. Neurol.», 1911, Bd. 4.
357. Alzheimer A. Die Seelenstörungen auf arteriosclerotischer Grundlage. «Allg. Zs. Psychiatr.», 1902, Bd. 59, SS. 695—712.
358. Anton G. Symptome der Stirnhirnerkrankungen. «Münchener medizinische Wochenschrift», 1905, Nr. 27.
359. Anzian D. Problèmes posés par la validation de technique projective. «Bull. Psychol.», 1952, n° 6.
360. Aschaffenburg G. Experimentelle Studien über Associationen. «Psychologische Arbeiten». Herausgegeben von E. Kraepelin, Bd. 1. Leipzig, 1896.
361. Arrudo E., Gerschovich J. Schizophrenia et Schizophrenia. «Ann. med.-psychol.», 1956, t. 2, n° 3.
362. Barthel E., Schwarz B. Zusammenarbeit zwischen Arzt und Psychologe in der Poliklinik einer psychiatrischen Klinik. «Zs. Psychiatr., Neurol., u. med. Psychol.», 1957, Nr. 6.
363. Baruk H. Les troubles mentaux dan les tumeurs cérébrales. Paris, 1926.
364. Le Beau J., Chopy M. Sur les variations du lobe frontal et de certaines fonctions mentales. «L'Encéphale», 1956, n° 3.
365. Beckenstein N., Gold L. Problems of the senile and arteriosclerotic mental patient. (Review of 200 cases.) «Psychiatr. Quart.», 1945, vol. 19.
366. Benedetti C., Kind H., Mielke F. Forschungen zur Schizophrenielehre 1951 bis 1955. «Fortschr. Neurol., Psychiatr. u. ihr. Grenzgeb.», 1957, Nr. 2/3.
367. Beringer L. Sprache und Denkstörungen bei Schizophrenie. «Zs. Neurol.», 1927, Bd. 103.
368. Berger H. Trauma und Psychose. Berlin, 1915.

369. Berze J., Grubler H. W. Psychologie der Schizophrenie Berlin, 1929
370. Bilkiewicz T. Psychiatria kliniczna. Warszawa, 1957.
371. Binswanger O. Die Epilepsie, 2 Aufl Leipzig, 1913.
372. Binswanger L. Daseinsanalytik und Psychiatrie. «Nervenarzt», 1951
373. Birkmayer W. Hirnverletzungen. Wien, 1951.
374. Birnbaum K. Der Aufbau der Psychose. Berlin, 1923.
375. Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Leipzig., 1911.
376. Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin, 1930.
377. Bohm E. Lehrbuch der Rorschach. Psychodiagnostik. Bern, 1951.
378. Botwiniek G., Birren J. E. The measurement of intellectual deterioration in senile psychoses and psychoses with cerebral arteriosclerosis. «Amer. Psychologist», 1951, vol. 15, pp. 145—153.
379. Brieger B. The use of Wechsler Bellevue. Picture arrangement as a projective technique. «J. Consult. Psychol.», 1956, vol. 20, p. 132.
380. Brower D., Abt L. E. Progress in clinical Psychology, vol. 22, 1956.
381. Bumke O. (hrsg.). Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. I—IX Berlin, 1928—1932.
382. Bumke O. Lehrbuch der Geisteskrankheiten, 2. Aufl. München, 1925.
383. Burton A. The use of the psychometric and projective tests in clinical psychology. «J. Psychol.», 1949, vol. 28, pp. 451—456.
384. Busemann A. Psychologische Untersuchungen an Hirnverletzten. «Arch. Psychiatr. u. Neurol. Zs. Psychiatr. u. Neurol.», 1950, Bd. 187, Nr. 2.
385. Callins A. L. Epileptic intelligence. «J. consult. Psychol.», 1951, vol. 15, pp. 392—399.
386. Claude H. Les psychoses paranoïdes. «L'Encéphale» 1925, t. 3.
387. O'Connell J. J., Penrose L. S. Tests of psychomotor efficiency in patients treated with metrazol. «J. ment. sci.», 1941, vol. 87, pp. 183—191.
388. Critchley M. The Parietal Lobes. London, 1953.
389. Delacroix T. Le langage et la pensée. Paris, 1922.
390. Delay J. Études de psychologie médicale. Paris, 1953.
391. Delay J., Pichot P., Lempriere M., Perse J. «Le test de Rorschach» dans l'Epilepsie. «L'Encéphale», 1954, t. 43.
392. Davis D. R. An introduction to psychopathology. London, 1957.
393. Destunis G. Einführung in die medizinische Psychologie. Berlin, 1955.
394. Domarius E. Zur Theorie des schizophrenen Denkens. «Zs. Neurol.», 1927, Bd. 108.
395. Dubin S., Thaler M. The use of psychological tests on schizophrenic patients before and after shock treatment. «Amer. Psychologist», 1947, vol. 2, p. 283.
396. Dunker K. Zur Psychologie des produktiven Denkens. Berlin, 1935.

397. Eysenck H. J. Training in clinical Psychology. «Amer. Psychologist», 1949, vol. 4.
398. Eysenck H. J. Psychology and the Foundations of Psychiatry. London, 1955.
399. Eliasberg H., Feuchtwanger E. Zur psychologischen und psychopathologischen Untersuchung und Theorie des erworbenen Schwachsinn. «Zs. ges. Neurol. u. Psychiatr.», 1922, Bd. 75, S. 516.
400. Fairfield L. Epilepsy. N. Y., 1957.
401. Feldman V., Cameron D. E. Speech in senility. «Amer. J. Psychiatr.», 1944, vol. 101, pp. 64—67.
402. Feuchtwanger E. Die Funktion des Stirnhirns. Berlin, 1923.
403. Fogt C., Fogt O. Erkrankungen der Grosshirnrinde im Lichte der Topik, Pathoklise und Pathoarchitektonik. «J. Psychol. u. Neurol.», 1922, Bd. 27.
404. Frostig J. Das Schizophrene Denken. Leipzig, 1929.
405. Fuhrmann H. Analyse der Vorstellungsmaterials bei epileptischem Schwachsinn. Giessen, 1902.
406. Goldstein K., Gelb A. Psychologische Analyse hirnpathologischer Fälle. Berlin, 1920.
407. Goldstein K. The significance of the frontal lobes for mental performances. «J. Neurol. u. Psychopathol.», 1936, vol. 18, No. 27.
408. Goldstein K. Language and its disturbances. N. Y., 1952.
409. Goldstein K. Bemerkungen zum Problem «Sprechen und Denken» auf Grund hirnpathologischer Erfahrungen. «Acta Psychologica», 1956, vol. 10.
410. Gottschaldt K. Der Aufbau des kindlichen Handelns. Leipzig, 1953.
411. Gruhle H. W. Psychologie des Abnormen. Berlin, 1922.
412. Grünthal E. Die erworbenen Verblödungen. «Fortschr. Neurol., Psychiatr. u. ihr. Grenzgeb.», 1932, Juli.
413. Grünthal E. Über die Erkennung der traumatischen Hirnverletzung. Berlin, 1936.
414. Hanfmann E., Kasanin J. S. Conceptual Thinking in Schizophrenia. N. Y., 1942.
415. Harper E. A. Discrimination of the types of Schizophrenia by the Wechsler Bellevue Scale. «J. consult. Psychol.», 1950, vol. 14, pp. 290—296.
416. Helm J. Über den Einfluss affektiver Spannungen auf das Denkhandeln. «Zs. Psychol.», 1954, Bd. 157.
417. Hellpach W. Klinische Psychologie. 2. Aufl. Stuttgart, 1949.
418. Hoch P. H. Entwicklungstendenzen in der modernen amerikanischen Psychiatrie. «Arch. Psychiatr. u. Zs. Neurol.», 1954, Bd. 19.
419. Hunt W. The clinical Psychologist. Springfield, 1956.
420. Horst G. Über die Dummheit. Berlin, 1954.
421. Jahreise W. Störungen des Denkens. «Handbuch der Geisteskrankheiten», hrsg. v. O. Bumke, Bd. I. Berlin, 1928.
422. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. Berlin, 1923.
423. Kahlebaum K. Klinische Abhandlungen über psychische Krankheiten. Berlin, 1874.
424. Kaplan O. J. Mental disorders in later life. London, 1957.

425. Kasanin J. S. The disturbance of conceptual thinking in schizophrenia. «Language and Thought in Schizophrenia», Berkeley and Los Angeles, 1944.
426. Katzenstein A. Gestalt und klinische Psychologie. «Psychiatr., Neurol. u. med. Psychol.», 1956, Nr. 7.
427. Katzenstein A. Über die Arbeit des Psychologen im Krankenhaus der Psychiatrie. «Psychiatr., Neurol. u. med. Psychol.», 1957, Nr. 6.
428. Kleist K. Die alogischen Denkstörungen. «Arch. Psychol.», 1930, Bd. 90.
429. Kleist K. Hirnpathologie. Leipzig, 1939.
430. Klieneberger O. Hirntrauma und ihre Folgen. «Monatsschr. Psychiatr. u. Neurol.», 1928, Bd. 63.
431. Koffka K. Bemerkungen zur Denkpsychologie. «Psychol. Forsch.», 1927, Bd. 9.
432. Kraepelin E. Psychiatrie. 8. Aufl. Leipzig, 1913.
433. Kretschmer E. Der sensitive Beziehungswahn. Berlin, 1918.
434. Lagache D. L'unité de la Psychologie. Paris, 1949.
435. Lagache D. Psychologie clinique et méthode clinique. «Évolution psychiatriques», 1949, avril — juni.
436. Leonhard K. Die Defektschizophrenen Krankheitsbilder. Leipzig, 1936.
437. Leonhard K. Formen und Vorläufe der Schizophrenien. «Monatsschr. Psychiatr. u. Neurol.», 1952, Bd. 124, Nr. 2/3.
438. Lindworsky J. Das schlussfolgende Denken. Freiburg, 1916.
439. Lindworsky J. Methoden der Denkforschung. «Handb. biol. Arb.—Meth.», hrsg. v. E. Abderhalden. Berlin — Wien, 1925.
440. Lipmann O. Handbuch psychologischer Hilfsmittel der psychiatrischen Diagnostik. Leipzig, 1922.
441. Magnan V. Leçons cliniques sur les maladies mentales faites à l'Asile clinique. Paris, 1893.
442. Mayer-Gross W. Schizophrenie. Die Klinik. «Handbuch der Geisteskrankheiten», hrsg. v. O. Bumke, Bd. IX. Berlin, 1932.
443. McFie J., Piercy M. Intellectual impairment with localized cerebral lesions. «Brain», 1952, vol. 75, pp. 292—311.
444. Meier S. F., Müller-Kegemann D. Klinischer Beitrag zum Problem des Verhältnisses von Sprache und Denken. «Psychiatr., Neurol. u. med. Psychol.», 1957, Nr. 9.
445. Meili R. Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. Bern — Stuttgart, 1955.
446. Metzger W. Psychologie. Darmstadt, 1954.
447. Meyerhoff H. Das Syndrom der traumatischen Hirnleistungs Schwächen im Rorschache. «Zs. Neurol., Psychiatr. u. med. Psychol.», 1950, Bd. 61.
448. Millner B. Intellectual function of the temporal lobes. «Psychol. Bull.», 1954, vol. 51, pp. 42—43.
449. Mowbray K. The clinical psychologist as a human scientist. «Brit. J. med. Psychol.», 1954, vol. 27.
450. Müller-Schur H. Der psychopathologische Aspekt des Schizophrenie-problems. «Arch. Neurol. u. Psychiatr.», 1955, Bd. 193.

451. O'Neil W. M. The relation of clinical and experimental methods in psychology. «Brit. J. med. Psychol.», 1953, vol. 26, pp. 159—162.
452. Ombredane A. L'aphasie et l'élaboration de la pensée explicite. Paris, 1951.
453. Ombredane A. Distinction est mise en place des aspects à la projection. «Bull. Psychol.», 1952, t. 6.
454. Petrilowitsch N. Beiträge zu einer Struktur — Psychopathologie. Basel — N. Y., 1955.
455. Petrie A. Personality and frontal lobes. London, 1952.
456. Pfeifer B. Die psychischen Störungen nach Hirnverletzungen. «Handbuch der Geisteskrankheiten», hrsg. v. O. Bumke, Bd. VII. Berlin, 1923.
457. Pflugfelder G. Intellektuelle Störungen nach schweren Schädeltraumen. «Monatsschr. Psychiatr. u. Neurol.», 1949, Bd. 118.
458. Pflugfelder G. Psychologische Untersuchungen über Bewusstseinstörungen in der Insulinkur. Basel, 1951.
459. Piaget J. La Psychologie de l'Intelligence. Paris, 1952.
460. Pichot P. Les testes de personnalité en psychiatrie. Paris, 1956.
461. Pichot P. Le test de Rorschach et la personnalité épileptique. Paris, 1955.
462. Pick A. Beeinflussung des Denkens und der Handlung durch die Sprache. «Zs. Neurol. u. Psychiatr.», 1917, Bd. 7, SS. 38—44.
463. Pitrich O. Denkstörungen bei Hirnverletzten. «Samml. psychiatr. u. neurol. Einzeldarstellungen». Leipzig, 1949.
464. Rashkiss H. A. Three types of thinking disorder. «J. nerv. ment. Dis.», 1947, vol. 106, pp. 650—670.
465. Rey A. Monographies de psychologie clinique. Neuchâtel—Paris, 1952.
466. Rotschild D. Senile psychoses and psychoses with cerebral arterioscleroses. In: «Mental disorders in later life». Stanford — London, 1945.
467. Rotschild D. The clinical differentiation of senile and arterioscleroses psychoses. «Amer. J. Psychiatr.», 1941, vol. 98, No. 3.
468. Samt P. Epileptische Irrenformen. «Arch. Psychiatr.», 1875, Bd. V; 1876, Bd. VI.
469. Scheld K. F. Die Psychologie des erworbenen Schwachsinn. «Zentralbl. Neurol. u. Psychiatr.», 1939, Bd. 107.
470. Schilder P. Medizinische Psychologie. Wien, 1924.
471. Schilder P., Sugar N. Zur Lehre der schizophrenen Sprachstörungen bei Schizophrenen (Schizophasien). «Zs. Neurol.», 1927, Bd. 108, SS. 491—524.
472. Schneider C. Über Gedankenentzug und Ratlosigkeit bei Schizophrenen. «Zs. Neurol.», 1922, Bd. 78, SS. 252—282.
473. Schneider C. Über Störungen der Sprache bei Schizophrenen. «Zs. Neurol.», 1925, Bd. 95, SS. 623—645.
474. Schneider C. Die Psychologie der Schizophrenen und ihre Bedeutung für den Klinik der Schizophrenie. Arnsdorf, 1930.
475. Schneider K. Wesen und Erfassung des Schizophrenen. «Zs. Neurol.», 1925, Bd. 99, SS. 542—547.
476. Schneider K. Probleme der klinischen Psychiatrie. Leipzig, 1932.

477. Schneider K. Klinische Psychopathologie. Stuttgart, 1955.
478. Selz O. Zur Psychologie des produktiven Denkens und des Irrtums. Bonn, 1922.
479. Székely L. Knowledge and Thinking. «Acta Psychologica», 1950, No. 1.
480. Sommer R. Die Beziehungen von Schizophrenie, Katatonie und Epilepsie. «Zs. Neurol.», 1922, Bd. 78.
481. Sonnemann U. Existence and therapy. An introduction to phenomenological psychology and existential analysis. N. Y., 1954.
482. Spranger Ed. Über das Verstehen in der Psychologie. «Intern. Congr. of Psychol. in Groningen». Groningen, 1927.
483. Stern F. Arteriosclerotische Psychosen. «Handbuch der Geisteskrankheiten», hrsg. v. O. Bumke, Bd. VIII. Berlin, 1930.
484. Sterz G. Störungen der Intelligenz. «Handbuch der Geisteskrankheiten», hrsg. v. O. Bumke, Bd. I. Berlin, 1928.
485. Storch A. Das archaisch primitive Erleben und Denken der Schizophrenen. München, 1922.
486. Stransky E. Über Sprachverwirrtheit. Halle, 1905.
487. Tizard C., Venables P. Reaction time responses by Schizophrenic patients, mental defectives and normal adults. «Amer. J. Psychiatr.», 1956, vol. 112.
488. Die Tests in der klinischen Psychologie. «Handbuch der klinischen Psychologie», 1954, Bd. I; 1955, Bd. II.
489. Wechsler D. Manual for the Wechsler adult Intelligence Scale. N. Y., 1955.
490. Wechsler D. Measurement and evaluation of intelligence of older persons in old age in the modern world. London, 1954.
491. White W. A. The Language of Schizophrenia. «Res. nerv. ment. Dis. Proc.», 1928, vol. 5, pp. 323—343.
492. Wilhelmi C. Arteriosclerotische und senile Demenz. «Arch. Psychiatr.», 1927, Bd. 80.
493. Zavalloni R. La psicologia clinica nello studio del ragazzo. Milano, 1957.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
Введение	5
Часть I. Проблема и методы исследования.	13
<i>Глава I. Проблема патологии мышления</i>	13
§ 1. Феноменология расстройств мышления в традиционном аспекте	13
§ 2. Психологические теории, использовавшиеся для объяснения расстройств мышления	20
§ 3. Современные данные о мышлении и его расстройствах	30
<i>Глава II. Методы исследования нарушений мышления</i>	49
§ 1. Принципы построения экспериментального психологического исследования	49
§ 2. Описание экспериментальных методик	57
<i>Глава III. Характеристика исследованных больных</i>	70
Часть II. Результаты исследования	75
<i>Глава IV. Нарушения процесса отвлечения и обобщения</i>	77
§ 1. Снижение уровня обобщения	81
§ 2. Искажение процесса обобщения	106
<i>Глава V. Нарушения логического хода мышления</i>	120
§ 1. «Скачка» идей	123
§ 2. «Вязкость» мышления	128
§ 3. Непоследовательность суждений	139
§ 4. «Откликаемость»	151
§ 5. «Соскальзывания»	164
<i>Глава VI. Нарушение целенаправленности мышления</i>	169
§ 1. Нарушение регулирующей функции мышления в норме	170
§ 2. Нарушение критичности мышления	171
§ 3. «Разноплановость» мышления	191
§ 4. «Разорванность» мышления	198
Заключение	206
Литература	220

ЗАМЕЧЕННЫЕ ОПЕЧАТКИ

Страница	Строка	Напечатано	Следует читать
27	8—9 сверху	психологические	психопатологические
90	3 сверху	(31)	(30)
121	8 снизу	(32)	(31)
128	11 сверху	(362)	(360)
143	11 снизу	(116)	(102)
199	21 снизу	(272)	(270)
222	19 снизу	понятия	понятий