

УДК 159.9

Цветкова Любовь Семеновна

доктор психологических наук, профессор,
профессор Московского психолого-социального
университета
dom-hors@mail.ru

Tsvetkova Lubov Semenovna

D.Phil. in Psychology, Professor,
Moscow State University for Social Science
and Psychology
dom-hors@mail.ru

Цветков Андрей Владимирович

кандидат психологических наук,
руководитель отделения клинической психологии
Московского научно-практического центра
наркологии
dom-hors@mail.ru

Tsvetkov Andrey Vladimirovich

PhD in Psychology,
Head of the Clinical Psychology Department
at Moscow Research and Implementation
Center of Addictology
dom-hors@mail.ru

Минаков Сергей Александрович

кандидат психологических наук,
ведущий научный сотрудник
отделения клинической психологии
Московского научно-практического центра
наркологии
dom-hors@mail.ru

Minakov Sergey Alexandrovich

PhD in Psychology, Leading Research associate of
the Clinical Psychology Department
at Moscow Research and Implementation
Center of Addictology
dom-hors@mail.ru

СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СИНДРОМА

SOCIOCULTURAL FACTORS OF THE NEUROPSYCHOLOGICAL SYNDROME FORMATION

Аннотация:

Несмотря на то, что роль социальных (возраст, образование, принадлежность к некоторой группе) и культурных (этнических) факторов всегда подчеркивалась основателями российской нейропсихологии, эмпирических исследований соотношения тяжести дефекта психических процессов и социокультурных особенностей пациентов очень мало. Данное исследование проведено на больных аддикциями в возрасте до 35 и после 36 лет, с образованием высшим и средним. Показано, что на тяжесть дефекта влияют не только характер употребляемого вещества, но и сформированность смысловых ориентаций и умений саморегуляции, напрямую связанных с образовательным статусом.

Ключевые слова:

нейропсихологический синдром, социокультурные факторы, возраст, образовательный статус.

Summary:

Though the founders of the Russian neuropsychology always emphasized the significance of cultural (ethnic) factors and such social factors as age, education, group affiliation, there are still few empiric researches of correlation between defects in mental processes and sociocultural background of patients. The authors carry out a research with participation of addicts under the age of 35 and after 36, with secondary and higher education. The undertaken study proves that not only the type of the consumed substances impact on the seriousness of the defect, but also maturity of meaningful orientations and self-regulation abilities, directly determined by the educational status.

Keywords:

neuropsychological syndrome, sociocultural factors, age, educational status.

Любая психическая деятельность человека является сложной функциональной системой, реализация которой обеспечивается комплексом совместно работающих аппаратов мозга, каждый из которых вносит свой особенный вклад. Нарушение функции любой из указанных мозговых систем неизбежно приводит и к нарушению психических процессов и функций. Описанные в работах А.Р. Лурия, П.К. Анохина, Н.А. Бернштейна и других закономерности построения и распада функциональных систем позволяют выявить и факторы (элементарные психические процессы), включенные в состав сложной психической деятельности в норме, и участки мозга, составляющие ее психофизиологическую основу [1]. При этом психическую активность субъекта нельзя рассматривать как нечто изолированное от среды, требуется учет не только локализации патологии и включенных в синдром факторов, но и социальных, культурных, возрастных условий, формирования синдрома [2].

В лурьевской нейропсихологии, несмотря на то, что описываемые синдромы – нарушений речи, познавательных процессов и произвольных движений – полагаются в известной мере

универсальными (через понятие фактора идет увязка физиологии мозга и элементарных звеньев психических процессов), делается ряд оговорок – а именно о единстве механизмов формирования синдрома для лиц одного возраста, социально-образовательного статуса, «рукости» (то есть особенностей латерализации психических процессов) и этнокультурных особенностей. Самым простым примером влияния социокультурных факторов на структуру нейропсихологического синдрома является сенсорная афазия, формирование которой связано с поражением фактора фонематического слуха: так, для индоевропейской группы языков (вернее, для лиц, у которых эти языки – родные) фактор фонематического слуха локализуется в верхней височной извилине левого полушария. А для представителей народов, пользующихся тональными языками (китайский, японский и др.) – аналогичные участки в правом полушарии. Это объяснимо с учетом другого принципа кодирования речи – не последовательностью звуков, а их высотой, «музыкальными» характеристиками.

Если же говорить о роли образования в динамической локализации психических процессов, то можно вспомнить пример композитора Ш., описанный Л.С. Цветковой [3], – при развернутой картине сенсорной афазии посмертная секция показала поражение преимущественно теменно-затылочных отделов левого полушария. Опять же, можно предположить, что для композитора речь (хотя мы и говорим о русском языке) представляет собой не столько последовательность звуков, сколько часть комплексного музыкального произведения, имеющего не только сукцессивную последовательную структуру, но и симультанную – сочетание «слоев» музыки, слов и их тональности. Косвенным подтверждением этого предположения служит ход восстановления речи у Ш. – будучи парализованным на правую руку и с субтотальной формой афазии, он продолжал писать цикл романсов (удостоенный впоследствии Государственной премии СССР), ориентируясь не на значение слов в стихотворных произведениях, но на их интонационно-мелодические характеристики – стихи ему пропевали аспиранты консерватории.

Многолетними исследованиями Л.С. Цветковой и ее научной группы [4] было показано, что возможности реабилитации после поражений мозга напрямую связаны не только с объемом знаний больного до «мозговой катастрофы», но и с их разнообразием и направленностью.

Данная работа, безусловно, имеющая характер постановки проблемы, а не ее решения, призвана показать, что случаи различий в степени тяжести нейропсихологического синдрома и его качестве характерны не только для очаговой, но и для мультиочаговой, плохолокализуемой патологии мозга, такой как заболевание хроническим алкоголизмом и наркоманией.

Социокультурное развитие человека происходит постепенно: ребенок, научившийся говорить, не сможет сразу освоить вербально-логическое мышление. Сначала ему придется приспособить речь под свою деятельность в качестве «функции внешнего контроля». Позднее, когда мир для ребенка «удвоится» посредством овладения знаком, ему станут доступны для понимания и более сложные мыслительные процессы. Зная из работ Л.С. Выготского, что процесс разращения функции коррелирует с процессом ее развития, можно предположить, что при нейропсихологических синдромах, поврежденные функциональные системы будут демонстрировать дефект, соотносящийся с процессом развития ВПФ [5]. Иными словами, возраст и уровень развития мышления, для которого, к сожалению, не существует объективного показателя, будут оказывать едва ли не решающее значение для дефекта ВПФ у конкретного субъекта. В качестве косвенного показателя мыслительного развития можно опираться на уровень образования, который больной успел получить до болезни.

Как известно из работ отечественных исследователей, абстрактное мышление развивается в подростковом возрасте и позднее. Таким образом, *можно предположить*, что больные, имеющие «высокий» уровень образования (высшее и послевузовское) покажут более мягкие формы дефекта, нежели больные со средним и средним специальным образованием [6].

В качестве *метода исследования* применялся комплекс клинико-психологических проб, ориентированных на изучение следующих сфер: сенсомоторная сфера (таблицы Шульте; серийный счет («100-7»); копирование куба; графическая проба «забор»); память (слухоречевая память – проба «2 группы по 3 слова» и пересказ короткого рассказа; зрительная память: запоминание картинок, отрабатываемых в пробах на речь (см. ниже)); мышление (понимание рассказа; рассказ по серии сюжетных картинок (3 картинки); обобщение 4 предметных картинок одним словом; проба «4-й лишний» – исключение лишнего предмета с объяснением принципа); речь (автоматизированная – счет «от 1 до 10 и от 10 до 1»; номинативная – название картинок, в том числе зашумленных; импрессивная (покажи картинку, где...); понимание логико-грамматических конструкций – дополнение предложений с пропущенными словами (2 фразы); инверсные конструкции (2 фразы); понимание пространственных предлогов).

В исследовании участвовали 76 больных, находящихся на стационарном лечении в Московском НПЦ наркологии, поделенные на следующие подгруппы: а) до 35 лет с высшим образо-

ванием (21); б) до 35 лет со средним и средним специальным образованием (18); в) от 36 лет с высшим образованием (13); г) от 36 лет со средним и средним специальным образованием (24). По нозологиям – присутствовали опийные наркоманы и больные хроническим алкоголизмом. Все больные были диагностированы как имеющие вторую стадию зависимости.

Уже по количественной представленности больных разных подгрупп (взяты срез больных, проходивших медико-социальную реабилитацию в одном из отделений), можно думать о наиболее «ломких» с точки зрения формирования такой патологии, как химическая зависимость, группах – ими оказываются высокообразованные молодые люди и люди старшей возрастной группы с низким уровнем образования. Трактовать этот факт можно в терминах смысловозрительного кризиса: группе «а» еще не понятно, для чего и как жить, группе «г» – уже непонятно.

Среди больных старшей возрастной группы доминируют больные алкоголизмом, поэтому сопоставление больных наркоманией и алкоголизмом проведено только для групп «а» и «б».

Среди больных алкоголизмом из группы «а» (до 35 лет с высшим образованием) отмечаются следующие основные симптомы:

- 1) нарушение памяти, как зрительно-предметной, так и слухо-речевой, как механической так и смысловой формы;
- 2) нарушение мышления (наглядно-образного и вербально-логического);
- 3) трудности в зрительно-пространственном восприятии;
- 4) трудности в серийной организации движений и действий.

При этом можно отметить большую сохранность смыслового уровня психических процессов по сравнению с непосредственным уровнем.

У больных наркоманией из группы «а» наблюдаются следующие характерные симптомы:

1. Основная проблема пациентов – регуляция собственной деятельности, понимание сложных инструкций и мышление.
2. Трудности в слухо-речевой памяти (как смысловой, так и механической). Трудности в наглядно-образном и вербально-логическом мышлении.
3. Уплотнение в эмоционально-личностной сфере.
4. Снижение вербальной процессуальности, обеднение словаря и грамматики.

При этом у больных этой подгруппы достаточно формальный контакт с медперсоналом, психологами, критика к своему заболеванию – это позволяет говорить о формировании дефекта по «правополушарному», анозогнозическому, типу.

У группы «б» – до 35 лет с низким уровнем образования отмечаются следующие проявления у больных хроническим алкоголизмом:

1. Нарушения слухо-речевой и зрительно-предметной памяти.
2. Нарушения наглядно-образного мышления.
3. Снижение речевой активности (грамматика).
4. Нарушения произвольной регуляции по типу трудностей вхождения в инструкцию (больные все время переспрашивают, снижена активность).

У больных героиновой наркоманией:

1. Нарушение регуляции собственной деятельности (внимание, серийный счет, психомоторика).
2. Снижение памяти (как зрительно-предметной, так и слухо-речевой) со стороны регуляции деятельности (больные как бы «не замечают» материал, и не запоминают его), введение смысла в запоминаемый материал повышает продуктивность запоминания.
3. Трудности в вербализации (отсутствие речевой инициативы и процессуальности), охватывающие все познавательные процессы.

Среди больных старшей «образованной» группы (в) чаще наблюдаются следующие симптомы: несмотря на ряд сохраненных компенсаторных механизмов (смысловая память, автоматизмы при выполнении зрительно-пространственных операций), видно, что в большинстве заданий больные или не справляются, или не понимают инструкцию. Также нарушены память, как зрительно-предметная, так и слухоречевая; мышление (наглядно-образное); зрительно-предметное восприятие; серийная организация движений и действий; понимание и усвоение программ деятельности.

У больных последней подгруппы (старше 36 с низким образованием) можно видеть следующие характерные признаки нейропсихологического синдрома:

1. Нарушение регуляции своей деятельности в достаточно грубой форме – больные не справляются с заданиями на внимание и серийный счет, склонны к соскальзыванию в речи.
2. Нарушение памяти (как зрительно-предметной, так и слухо-речевой, причем в большей степени механической, непосредственной).

3. Нарушение наглядно-образного мышления (в большей степени), с выраженным снижением уровня обобщения по типу ситуативного мышления.

Подведем *итоги*:

а) наибольший дефект произвольной регуляции познавательных процессов и движений отмечается у больных с низким уровнем образования до 35 лет и высоким – от 36 и старше. Это может быть связано с более поздним наступлением дефекта у более образованных, хотя и более возрастных больных, в то время как у молодых больных без адекватного социально-образовательного статуса распад психики идет быстрее;

б) нарушение регуляции в личностной сфере, такие как анозогнозия, соскальзывания в речи и т.п. более всего характерны для больных старше 36 с низким образованием и больных «молодой» группы с высоким образовательным статусом, что может быть трактовано как особенности химического агента зависимости (героин в сравнении с алкоголем) в сочетании с изначально ломкими смысловыми механизмами у пациентов «молодой» группы;

в) введение смысла в обрабатываемый материал наиболее помогает больным алкоголизмом до 35 лет с высоким уровнем образования и больным героиновой наркоманией до 35 лет с низким уровнем образования, однако эта подгруппа более сходна с группой «г» (старше 36 с низким образованием) ввиду ситуативного типа мышления.

Приведенные факты могут косвенно свидетельствовать в пользу известной гипотезы: злоупотребление алкоголем приводит к «ослабоумливающему» дефекту (и тут существенную роль играет уровень изначального образования), в то время как опийная наркомания – к дефекту по «психотическому» типу.

Ссылки:

1. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М., 2003.
2. Там же.
3. Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных. М., 2004.
4. Выготский Л.С. Мышление и речь. М., 1999.
5. Там же.
6. Нейропсихология. Хрестоматия / под ред. Е.Д. Хомской. СПб., 2010.

References (transliterated):

1. Luriya A.R. Osnovy neyropsikhologii: manual for university students. M., 2003.
2. Ibid.
3. Tsvetkova L.S. Neyropsikhologicheskaya reabilitatsiya bol'nykh. M., 2004.
4. Vygotskiy L.S. Myshlenie i rech'. M., 1999.
5. Ibid.
6. Neyropsikhologiya. Khrestomatiya / ed. by E.D. Khomskaya. SPb., 2010.