**Лекция 9**

**Нейропсихологический анализ нарушений внимания и памяти, эмоций.**

1. Память, определение, виды, уровни регуляции мнестических процессов.
2. Нарушения памяти.
3. Амнезии, вызванные локальными поражениями мозга.
4. Нарушения эмоционально-личностной сферы при локальных поражениях мозга. Постоянные и пароксизмальные расстройства.

Памятью называется сохранение информации о раздражителе после того, как его действие уже прекратилось.

Это общее определение памяти подходит к самым различным ее проявлениям. В настоящее время различают память как биологическую функцию и память как функцию психическую (или нервно-психическую).

Все биологические системы характеризуются наличием механизмов памяти, т. е. обладают определенными нервными аппаратами, которые обеспечивают фиксацию, сохранение, считывание и воспроизведение следа. Эти четыре самостоятельные фазы, выделяемые в процессах памяти как в биологических, так и в более сложных — психических — системах, являются всеобщими.

Память как биологическая функция — это прежде всего память филогенетическая, или наследственная, которая определяет строение каждого организма в соответствии с историей его вида. Биологическая память существует не только в филогенетической, но и в онтогенетической форме. К последней относятся, например, явление иммунитета, приобретаемого в процессе онтогенеза, и многие другие явления, протекающие на элементарных

* физиологическом и даже клеточном — уровнях. Память как психическая функция тоже относится к онтогенетической памяти.

**Основными характеристиками памяти как биологической и психической функции являются:**

* + *длительность формирования следов;*
  + *их прочность и продолжительность удержания;*
  + *объем запечатленного материала;*
  + *точность его считывания;*
  + *особенности его воспроизведения.*

Разные биологические системы четко различаются по этим параметрам. Многие биологические системы памяти характеризуются слабым развитием и даже отсутствием механизмов считывания и воспроизведения. У человека, обладающего сложными формами мнестической деятельности, эти две фазы (считывания и воспроизведения) развиты в максимальной форме. Однако именно механизмы считывания и воспроизведения следов являются наиболее ранимыми при разных патологических состояниях (в том числе и при локальных поражениях мозга).

***По длительности процессы памяти подразделяются на три категории.***

1. ***Мгновенная память — кратковременное запечатление следов, длящееся несколько секунд.***
2. ***Кратковременная память — процессы запечатления, которые длятся несколько минут.***
3. ***Долговременная память — длительное (возможно, в течение всей жизни) сохранение следов.***

Предполагается, что в основе этих видов памяти лежат разные механизмы (физиологические, структурные и др.).

Память как психическая функция помимо перечисленных параметров характеризуется еще рядом других.

Во-первых, процессы памяти можно характеризовать с точки зрения их модальности. Мнестические процессы могут протекать в разных анализаторных системах; соответственно, выделяют разные модально-специфические формы памяти:

* + зрительную;
  + слуховую;
  + тактильную;
  + двигательную (или моторную);
  + обонятельную и др.

Существует также аффективная, или эмоциональная, память, или память на эмоционально окрашенные события. Разные формы памяти характеризуют работу различных систем и имеют отношение к разным модальностям или качеству раздражителя.

Во-вторых, это уровень управления или регуляции мнестическими процессами. Как и все другие высшие психические функции, память характеризуется произвольным и непроизвольным уровнями реализации (запоминания и воспроизведения материала), т. е. существует произвольная и непроизвольная память. Именно в произвольной форме память выступает как особая мнестическая деятельность.

В-третьих — это характеристика памяти с точки зрения ее семантической организации. Согласно этому параметру, память подразделяется на неосмысленную (механическую) и семантически организованную (семантическую). Эти три основных параметра характеризуют процессы памяти у человека.

**В нейропсихологии лучше всего исследована память как произвольная мнестическая деятельность, которая, как и всякая другая произвольная психическая деятельность, имеет определенную структуру. Она включает в себя:**

*а) стадию мотива (или намерения);*

*б) стадию программирования мнестической деятельности;*

*в) стадию использования различных способов запоминания материала, различных мнестических операций (приема укрупнения материала, его семантической организации и др.);*

*г) стадию контроля за результатами деятельности и коррекции, если эти результаты неудовлетворительны с точки зрения поставленной задачи.*

**Можно выделить и некоторые специфические закономерности, которые характеризуют произвольную мнестическую деятельность как таковую.**

1. И*звестно, что различные по модальности раздражители запечатлеваются испытуемыми по-разному. В этом, по-видимому, немаловажную роль играют врожденные способности человека. Одни склонны к лучшему запечатлению зрительной информации, другие — кожно- кинестетической или звуковой (вербальной или невербальной). Этот феномен имеет отношение к так называемым частным способностям, которые проявляются также и в особенностях памяти.*
2. *Мнестическая деятельность четко зависит и от характера смысловой организации материала (как невербального, наглядно-образного, так и вербального).*
3. *Различные этапы (или стадии) мнестической деятельности в разной степени подчиняются произвольной регуляции. Наиболее регулируемыми являются стадия запечатления (с помощью специальных приемов) и стадия воспроизведения материала. В меньшей степени произвольному контролю подчиняется стадия хранения материала. Эти особенности организации произвольной мнестической деятельности находят свое проявление в особенностях их нарушений при локальных поражениях мозга.*

Непроизвольное запоминание материала характеризуется своими закономерностями. Существует ряд факторов, от которых зависит лучшее или худшее непроизвольное запоминание материала.

1. Из классических работ по психологии известно, что лучше запоминается то, что является целью деятельности или вызывает какие-то затруднения во время ее осуществления.
2. Известно также, что непроизвольная (или непосредственная) память неодинакова в разные периоды жизни человека: она лучше в детском возрасте и постепенно ухудшается по мере старения. Однако механизмы непроизвольного запечатления информации действуют, конечно, в течение всей жизни человека. И человеческий мозг, так же как и мозг высокоразвитых животных, в той или иной степени запечатлевает, по-видимому, всю информацию, которую он воспринимает. В то же время огромное количество следов в обычных условиях не воспроизводится, и они актуализируются лишь в специальных ситуациях (например, в условиях гипноза или при каких-то особых — в том числе патологических — состояниях).
3. Хранение следов, запечатленных непроизвольно (а также с помощью произвольных усилий), не пассивный процесс. В это время происходит их определенное преобразование, которое совершается по особым законам (по закону семантизации или кодирования информации и др.).
4. Воспроизведение следов при непроизвольном запоминании как конечная фаза мнестических процессов происходит либо в виде пассивного узнавания объектов, либо в виде активного припоминания.

Эти закономерности мнестической деятельности хорошо изучены в общей психологии.

Закономерности нарушений непроизвольного запоминания, наблюдающиеся в клинике локальных поражений головного мозга, начали особенно подробно изучаться в связи с интересом к проблеме межполушарной асимметрии мозга и межполушарного взаимодействия.

Нейропсихология памяти как специальный раздел нейропсихологии когнитивных процессов стала интенсивно разрабатываться лишь в 60-70-е годы XX века, хотя описания различных форм нарушений (и аномалий) памяти при

разных патологических состояниях в клинической литературе довольно многочисленны.

**Нарушения памяти бывают чрезвычайно разнообразными. В качестве особых форм аномальной памяти в клинической литературе описаны не только ослабление или полное выпадение памяти, но и ее усиление.**

***Гипомнезия, или ослабление памяти, может иметь различное происхождение. Она может быть связана с возрастными изменениями, или быть врожденной, или появиться как следствие какого-либо мозгового заболевания (склероза мозговых сосудов и др.). Такие больные, как правило, характеризуются ослаблением всех видов памяти.***

***Как самостоятельные нарушения памяти описаны парамнезии (ложные узнавания) — особые состояния, когда человек испытывает ощущение «знакомости» при встрече с незнакомыми объектами. Это обманы памяти, связанные с изменениями состояния сознания, хорошо известны в психиатрии и описаны как состояния «дежа вю» (déjà vu).***

***Одной из аномалий памяти является гипермнезия — обострение памяти, резкое увеличение объема и прочности запоминания материала по сравнению со средними нормальными показателями. Известны случае врожденных гипермнезий.*** Один из них описан А. Р. Лурия в «Маленькой книжке о большой памяти» (1968), где рассказывается о человеке с исключительной механической памятью, основанной на тесном взаимодействии разных видов ощущений (синестезиях). Возможны гипермнезий и при локальных поражениях мозга, например при гипофизарных очагах, воздействующих на срединные структуры мозга.

***Особый тип аномалий памяти составляют амнезии (значительное снижение или отсутствие памяти). Среди разного рода амнезий самостоятельную группу составляют амнезии (или нарушения памяти), возникающие при локальных поражениях мозга.***

Следует отметить, что нарушения памяти (как и нарушения внимания) при локальных поражениях мозга длительное время расценивались как общемозговые симптомы, не имеющие локального значения. Считалось, что у всех больных, независимо от локализации очага поражения, наблюдаются симптомы ослабления или нарушений памяти. Действительно, нарушения памяти очень широко представлены в клинике локальных поражений мозга и наблюдаются в той или иной степени почти у каждого больного.

Нейропсихологические исследования нарушений памяти, проведенные А. Р. Лурия и его сотрудниками, показали, что мозговая организация мнестических процессов подчиняется тем же законам, что и другие формы познавательной психической деятельности, и разные формы и звенья этой деятельности имеют различные мозговые механизмы.

Были выделены два основных типа нарушений памяти, а также особый тип нарушений, который можно обозначить как нарушение мнестической деятельности (или псевдоамнезия).

К первому типу относятся модально-неспецифические нарушения памяти. Это целая группа патологических явлений, неоднородных по своему характеру, для которых общим является плохое запечатление информации любой модальности. Модально-неспецифические нарушения памяти возникают при поражении разных уровней срединных неспецифических структур мозга.

В зависимости от уровня поражения неспецифических структур модально-неспецифические нарушения памяти носят разный характер. При поражении уровня продолговатого мозга (ствола) нарушения памяти протекают в синдроме нарушений сознания, внимания, цикла «сон—бодрствование». Эти нарушения памяти характерны для травматических поражений мозга и описаны в клинической литературе как ретроградная и антероградная амнезия, сопровождающая травму. В нейропсихологии эта форма нарушений памяти изучена сравнительно мало. Лучше всего изучены мнестические расстройства, связанные с поражением диэнцефального уровня (уровня гипофиза). Гипофизарные заболевания, весьма частые в нейрохирургической клинике, долгое время считались с точки зрения нейропсихологии бессимптомными. Однако при тщательном изучении у этой категории больных были обнаружены отчетливые нарушения памяти, имеющие ряд особенностей. Прежде всего, у таких больных существенно больше страдает кратковременная, а не долговременная память. Кратковременная память, или память на текущие события, у них очень ранима. В то же время даже при грубых нарушениях памяти мнестический дефект связан не столько с самим процессом запечатления следов, сколько с плохим их сохранением в связи с усиленным действием механизмов интерференции (т. е. воздействия на следы побочных раздражителей), что и является причиной повышенной тормозимости следов кратковременной памяти.

При запоминании словесного, зрительного, двигательного или слухового материала введение интерферирующей деятельности на стадии кратковременной памяти приводит к резкому ухудшению последующего воспроизведения материала. Посторонняя деятельность, предложенная таким больным сразу же после предъявления материала, как бы «стирает» предшествующие следы. Изучению механизмов интерференции следов у больных с поражением срединных диэнцефальных неспецифических структур мозга был посвящен цикл исследований А. Р. Лурия и его сотрудников, в которых подробно проанализированы особенности нарушений памяти у данной категории больных. Исследовались два типа интерференции: гомогенная и гетерогенная.

Гомогенной называется интерференция, при которой в качестве «помех» также используется деятельность запоминания, но уже другого материала.

Например, больному предлагается для запоминания 3-4 слова. После их повторения ему предлагается запомнить другие 3-4 слова. После того как больной правильно воспроизводит вторую группу слов, его просят воспроизвести первую группу. Именно в этих условиях, когда запоминаются две группы слов (т. е. когда интерферирующим фактором выступает та же мнестическая деятельность), возникает наиболее отчетливый феномен тормозимости следов (слов первой группы — словами второй группы).

При гетерогенной интерференции в качестве «помехи» используется другая — немнестическая — деятельность (например, счет в уме, чтение и др.). В этих случаях следы запечатлеваются лучше, однако тоже оказываются весьма ранимыми по сравнению с фоновыми данными (при «пустой паузе»).

Таким образом, диэнцефальный уровень поражения мозга характеризуется нарушениями преимущественно кратковременной памяти, ее повышенной ранимостью, подверженностью следов явлениям интерференции (особенно гомогенной).

***Другой особенностью этого типа нарушений памяти является повышенная реминисценция следов, т. е. лучшее воспроизведение материала при отсроченном (на несколько часов или даже дней) воспроизведении материала по сравнению с непосредственным воспроизведением.***

Это пока еще недостаточно хорошо изученное явление в определенной степени присуще и здоровым людям. Однако у больных с поражением диэнцефальной области оно проявляется более отчетливо, что связано, по- видимому, с нарушениями нейродинамики следовых процессов.

К модально-неспецифическим нарушениям памяти приводит и поражение лимбической системы (лимбической коры, гиппокампа, миндалины и др.). К ним относятся описанные в литературе случаи нарушений памяти, которые обозначаются как корсаковский синдром. У больных с корсаковским синдромом практически отсутствует память на текущие события. Они по несколько раз здороваются с врачом, хотя он только что был в палате, не могут вспомнить, что они делали несколько минут тому назад и т. п. Это грубый распад памяти на текущие события. В то же время у этих больных сравнительно хорошо сохраняются следы долговременной памяти, т. е. памяти на далекое прошлое. Такие больные сохраняют и профессиональные знания. Они помнят, например, что с ними было во время войны, когда и где они учились и т. п. В развернутой форме этот синдром возникает при поражении гиппокампальных структур обоих полушарий. Однако даже одностороннего поражения области гиппокампа достаточно, чтобы возникла картина выраженных нарушений кратковременной памяти. Особую форму корсаковского синдрома составляют нарушения памяти в сочетании с нарушениями сознания, что нередко встречается при психических заболеваниях.

Специальное изучение больных с корсаковским синдромом в клинике локальных поражений мозга показало, что в целом логика нарушений памяти у данной категории больных та же, что и у больных с поражением диэнцефальной области мозга, т. е. непосредственное запечатление и воспроизведение материала оказалось у них отнюдь не таким плохим, как это можно было предположить. Больные иногда могли правильно воспроизвести 4- 5 элементов ряда (например, 4-5 слов из 10) после первого их предъявления. Однако достаточно было пустой паузы (не говоря уже о гомо- и гетерогенной интерференции), чтобы следы «стирались». Здесь фактически наблюдалась та же картина, что и у больных с диэнцефальными поражениями мозга, но в более обостренном виде. В этих случаях следы еще в большей степени оказывались подверженными влиянию различных «помех». Это первая особенность нарушений памяти у данной категории больных.

Вторая особенность связана с процессами компенсации дефекта. ***Клинические наблюдения показали, что при диэнцефальных поражениях запоминание материала улучшается, если больной особенно заинтересован в результатах исследования или если материал организуется в семантически осмысленные структуры.*** Таким образом, у этих больных существует определенный резерв компенсации дефекта. У больных с корсаковским синдромом этот резерв практически отсутствует. Повышенная мотивация или обращение к семантическому структурированию материала не приводят у них к заметному улучшению запоминания. Следует отметить, что у таких больных нередко наблюдаются и конфабуляции (тонкие симптомы нарушения сознания), так что нарушения памяти протекают у них в ином синдроме. В целом, однако, это те же модально-неспецифические нарушения памяти, подверженной влиянию интерференции, как и у больных с диэнцефальными поражениями мозга.

Следующая форма модально-неспецифических нарушений мнестической деятельности связана с поражением медиальных и базальных отделов лобных долей мозга, которые нередко поражаются при аневризмах передней соединительной артерии. В этих случаях возникают относительно узко локальные зоны поражения, что и позволяет изучать их симптоматику. Именно такая группа больных изучалась А. Р. Лурия, А. Н. Коноваловым и А. Я. Подгорной для оценки роли медиальных отделов мозга в мнестических процессах.

Базальные отделы лобных долей мозга сравнительно часто поражаются опухолями разной этиологии, что также дает возможность исследовать нейропсихологические проявления этих поражений. Нередко наблюдаются смешанные медиобазальные очаги поражения. У таких больных возникают нарушения памяти в целом также по модально-неспецифическому типу в виде преимущественного нарушения кратковременной памяти и повышенной интерференции следов. Однако, кроме того, нередко к этим нарушениям

добавляются и расстройства семантической памяти, или памяти на логически связанные понятия. Они смыкаются с нарушениями сознания по типу конфабуляции, которые также нередко наблюдаются у таких больных, особенно в острой стадии заболевания.

***Расстройства семантической памяти проявляются прежде всего в нарушении избирательности воспроизведения следов, например в трудностях логического последовательного изложения сюжета только что прочитанного больному рассказа, басни (или какого-либо другого логически связного текста), в легком соскальзывании на побочные ассоциации.*** В заданиях на повторение серии слов такие больные обнаруживают «феномен привнесения новых слов», т. е. тех, которых не было в списке, слов-ассоциаций (смысловых или звуковых). Неустойчивость семантических связей у подобных больных проявляется не только в заданиях на запоминание логически связного материала (словесного, наглядно-образного), но и при решении разного рода интеллектуальных задач (на аналогии, определение понятий и др.). У этой категории больных страдают и процессы опосредования запоминаемого материала (например, с помощью его семантической организации), что также является особенностью нарушений памяти при медиобазальных поражениях лобных долей мозга.

***Ко второму типу мнестических дефектов, встречающихся в клинике локальных поражений головного мозга, относятся модально-специфические нарушения памяти. Эти нарушения связаны с определенной модальностью стимулов и распространяются только на раздражители, адресующиеся какому- то одному анализатору.***

К модально-специфическим нарушениям относятся нарушения зрительной, слухоречевой, музыкальной, тактильной, двигательной памяти и др. В отличие от модально-неспецифических расстройств памяти, которые наблюдаются при поражении I функционального блока мозга, модально- специфические нарушения памяти возникают при поражении разных анализаторных систем, т. е. II и III функциональных блоков мозга.

При поражении разных анализаторных систем соответствующие модальные нарушения памяти могут проявиться вместе с гностическими дефектами. Однако нередко нарушения в работе анализаторной системы распространяются только на мнестические процессы, в то время как гностические функции остаются сохранными.

Наиболее изученной формой модально-специфических нарушений памяти являются нарушения слухоречевой памяти, которые лежат в основе акустико-мнестической афазии. В этих случаях у больных нет общих нарушений памяти, как у описанной выше группы больных (как и нарушений сознания). Дефект слухоречевой памяти выступает в изолированной форме. В то же время у таких больных отсутствуют и четкие расстройства

фонематического слуха, что указывает на возможность поражения только одного мнестического уровня слухоречевой системы.

***При оптико-мнестической форме афазии определенным образом нарушается зрительно-речевая память и больные не могут назвать показываемые им предметы, хотя их функциональное назначение им понятно и они пытаются его описать (жестами, междометиями и т. п.).*** У этих больных нарушены зрительные представления объектов, вследствие чего нарушен и рисунок, однако они не обнаруживают никаких собственно гностических зрительных расстройств, полностью ориентируясь в окружающем зрительном мире (и его изображениях). В этих случаях также страдает лишь мнестический уровень работы зрительной (или зрительно-речевой) системы.

Нарушения слухоречевой и зрительно-речевой памяти характерны лишь для поражений левого полушария мозга (у правшей). Для поражения правого полушария мозга присущи другие формы модально-специфических расстройств памяти. В этих случаях нарушения слуховой памяти распространяются преимущественно на неречевой (музыкальный) слух — возникают явления амузии, в которых объединяются и гностические, и мнестические дефекты. Нарушения зрительной памяти наблюдаются по отношению к конкретным невербализуемым объектам (например, лицам) — возникают явления агнозии на лица, в которых также объединены и гностические, и мнестические дефекты. Как специальные формы модально- специфических нарушений памяти, связанные преимущественно с поражением теменно-затылочных отделов правого полушария, возможны нарушения пространственной и цветовой памяти, протекающие на фоне сохранного пространственного и цветового гнозиса.

**Нейропсихология памяти в последние годы продолжает разрабатываться в нескольких направлениях:**

* *изучается структура нарушений памяти, возникающих при разных по локализации очагах поражения;*
* *исследуется роль определенных мозговых структур в осуществлении разных по характеру мнестических процессов;*
* *анализируются особенности нарушений разных звеньев и этапов в структуре мнестической деятельности;*
* *исследуются особенности модально-неспецифических и модально- специфических нарушений памяти в детском возрасте и др.*

Среди этих работ значительное место занимают нейропсихологические исследования, посвященные вкладу левого и правого полушарий в процессы запоминания вербального и невербального материала. Авторам удалось установить, что левое полушарие играет ведущую роль в произвольной мнестической деятельности (или в ее произвольных компонентах, звеньях), в то время как правое полушарие доминирует в ее непроизвольных формах (компонентах, звеньях).

В контексте проблемы межполушарной асимметрии мозга изучаются и временные параметры осуществления произвольной мнестической деятельности. Непосредственное и отсроченное запоминание и воспроизведение также соотносятся со структурами правого и левого полушарий. Показано, что при непосредственном запоминании и воспроизведении в осуществлении мнестической деятельности прежде всего участвует правое полушарие, а при отсроченном запоминании и воспроизведении — левое (у правшей). При левосторонних поражениях непосредственное воспроизведение материала более сохранно, чем при правосторонних.

Разрабатываются также представления о разной роли левого и правого полушарий мозга в узнавании и воспроизведении вербального и невербального материала. Показаны латеральные различия в кодировании и запоминании информации (вербальной и невербальной) по ведущим и специфическим для каждого вида информации признакам. Так, для вербального материала ведущими являются смысловые характеристики, которые обеспечиваются преимущественно левым полушарием, а для невербального материала — перцептивные признаки, которые «кодируются» и «запоминаются» преимущественно структурами правого полушария.

Новое и интенсивно развивающееся направление в нейропсихологии памяти — это изучение особенностей нарушений мнестических процессов (в том числе и латеральных различий) при поражении глубоких подкорковых областей мозга и при воздействии на эти структуры вследствие стереотаксических операций. Отчетливые латеральные различия в нарушениях мнестических процессов обнаружены и в этих случаях.

**Эмоционально-личностная сфера и сознание как проблемы нейропсихологии.**

Как уже говорилось выше, Л. С. Выготский и А. Р. Лурия рассматривали высшие психические функции — или сложные формы психической деятельности, направленные на решение определенных психологических задач,

* в качестве основных объектов исследования, основных, специфических для человека единиц психики, которые необходимо сопоставлять с мозгом при изучении проблемы «мозг и психика». Именно высшие психические функции

были тем главным типом психических явлений, изучение которого позволило А. Р. Лурия существенным образом продвинуться в разработке кардинальной проблемы естествознания — проблемы мозговых основ психики. Однако помимо высших психических функций, к которым, по мнению А. Р. Лурия, относятся разные познавательные процессы, произвольные движения и действия, существуют и другие психические явления, иная психическая реальность, имеющая свои специфические особенности. Этим психическим явлениям в меньшей степени присущи характеристики, свойственные высшим психическим функциям: прижизненное формирование (решающее значение в котором имеет социальная среда), опосредованность, осознанность, произвольность. **К данной психической реальности принадлежат прежде всего явления, относящиеся к следующим сферам:**

* + *к эмоционально-личностной сфере, в которой существенную роль играют врожденные (мало осознаваемые или неосознаваемые) и непроизвольные психические процессы и состояния;*
  + *к состояниям сознания — сложным интегративным сочетаниям «образа мира» и «образа самого себя».*

Эти комплексные психические явления исследованы современной нейропсихологией (как отечественной, так и зарубежной) пока явно недостаточно. Следует отметить, что и в общей психологии указанные фундаментальные проблемы также относятся к числу мало разработанных (прежде всего с естественно-научных позиций) и теоретически, и экспериментально, несмотря на множество публикаций, что связано как с принципиальной сложностью этого типа психических явлений, так и с большими трудностями адекватных методических подходов к их изучению.

В настоящее время внимание к этим фундаментальным проблемам психологической науки в целом заметно усилилось, прежде всего в связи с возрастанием интереса к психоаналитическому направлению в психологии. Хотя работы в русле этого направления посвящены главным образом изучению возможностей практического воздействия на эмоционально-личностную сферу человека и состояния его сознания (с помощью различных техник), они со всей остротой поставили вопрос о теоретическом осмыслении психоаналитической практики, что в свою очередь стимулировало развитие соответствующих экспериментальных исследований. В последние годы эта тематика стала актуальной и для нейропсихологии.

Как известно, в понимании эмоционально-личностной сферы как общепсихологической проблемы Л. С. Выготский и А. Р. Лурия занимали единую позицию. Они утверждали, что все психические явления, включая и самые сложные, в целом подчиняются общим законам происхождения и организации, к которым относятся культурно-исторический генез и системное строение. Иными словами, эмоционально-личностные психические явления,

как и познавательные процессы, имеют системную организацию и формируются под влиянием культурно-исторических факторов.

Согласно Л. С. Выготскому, существует тесная связь между эмоциональными и познавательными процессами («связь аффекта с интеллектом»), что находит свое проявление в виде «интеллектуализации» эмоций как в ходе общественно-исторического развития человека, так и в онтогенезе.

Л. С. Выготский разделял представления о существовании низших («натуральных») и высших (приобретенных) эмоций, считая, что первые связаны с относительно элементарными, а вторые — с более сложными, социально обусловленными потребностями. Последователи Л. С. Выготского, разрабатывая проблему формирования эмоционально-личностной сферы у ребенка, с помощью различных экспериментальных методов показали, что в онтогенезе происходят как «интеллектуализация», так и «волюнтаризация» эмоций, т. е. превращение сравнительно элементарных эмоций в высшие (в том числе в нравственные, эстетические, интеллектуальные и др.), имеющие качественно иное опосредованное строение (Л. И. Божович, 1995 и др.). Л. С. Выготский и его последователи были убеждены в возможности и перспективности строго экспериментального изучения как низших, так и высших эмоционально-личностных форм психической реальности (высших эмоций, значащих переживаний, смыслов, нравственных чувств и др.), что и стало позже предметом специальных исследований ряда отечественных психологов.

Эмоционально-личностная сфера как общепсихологическая проблема интересовала и А. Р. Лурия. Он предпринял исследование эмоционально- личностной сферы посредством изучения речевых и двигательных реакций. Им была разработана «сопряженная моторная методика», представлявшая собой вариант ассоциативной методики (от испытуемого требовалось на слова- стимулы одновременно отвечать и речевыми, и двигательными реакциями), которая оказалась очень продуктивной. А. Р. Лурия показал, что сочетание словесных и двигательных ответов на слова-стимулы более адекватно отражает эмоциональное состояние испытуемых, чем вегетативные реакции. С помощью этой методики оказалось принципиально возможным объективизировать скрытые эмоциональные комплексы, причем их индикатором явились главным образом движения левой руки (что полностью соответствует современным представлениям о ведущей роли правого полушария в переработке

«эмоциональной» информации). Исследование показало, что скрытые эмоциональные состояния, или «аффективные комплексы», представляют собой сложные системные образования, включающие разные, связанные между собой компоненты (словесные, двигательные, вегетативные и др.). Было проведено исследование естественных и искусственных (созданных предварительно под гипнозом) «аффективных комплексов» у здоровых испытуемых; у студентов в ситуации экзаменов; у лиц, подозреваемых в преступлениях; у больных с невротическими расстройствами.

Интересно, что способ изучения «аффективных следов» преступления, предложенный А. Р. Лурия, оказался предвестником намного позже созданных в США детекторов лжи. Важно отметить, что этот способ является более тонким и адекватным задаче объективизации эмоциональных состояний, чем регистрация эмоций с помощью ЭЭГ и вегетативных показателей, которые используются в современных детекторах лжи.

Л. С. Выготский, опираясь на данные клинических и неврологических исследований, допускал (в соответствии с концепцией У. Кеннона), что в мозговом обеспечении эмоций у человека важную роль играют подкорковые таламические структуры, поскольку в зоне таламуса, имеющей обширные ассоциативные связи с корой головного мозга, происходит интеграция и перегруппировка различных афферентных потоков. Л. С. Выготскому импонировали также представления В. М. Бехтерева о подкорково-корковых мозговых механизмах эмоций и идеи Д. Джексона о существовании определенной иерархии.

Патологию эмоционально-личностной сферы А. Р. Лурия описывал в качестве компонентов различных нейропсихологических синдромов, прежде всего синдромов поражения лобных долей мозга. ***Он отмечал, что при разных вариантах «лобного» синдрома возникает целый ряд симптомов нарушений эмоционально-личностной сферы в виде неадекватности эмоциональных реакций (эйфории, безразличия), некритичности, отсутствия устойчивых переживаний (или «эмоциональных конфликтов»), изменения отношения к близким, к окружающим, снижения уровня интересов, растормаживания элементарных влечений и т. д. Эти нарушения сочетаются с изменениями поведения больного в целом: оно теряет черты целесообразности, продуманности, активности; появляется аспонтанность (из-за отсутствия нормальных мотивов и целей) или «полевое поведение» (из-за замены адекватных мотивов и целей случайными).***

**А. Р. Лурия считал, что при локальных поражениях мозга между нарушениями эмоционально-личностной сферы и когнитивных процессов возможна диссоциация двух типов:**

*а) при явных эмоционально-личностных расстройствах частные когнитивные функции (восприятие, память, мышление, речь) остаются относительно сохранными;*

*б) нарушения различных когнитивных процессов протекают на фоне относительной сохранности эмоционально-личностной сферы.*

Первый тип диссоциации наблюдается при поражении передних отделов больших полушарий, второй — при поражении задних отделов. Таким образом, А. Р. Лурия выделял передне-задние различия нейропсихологических синдромов по отношению к эмоционально-личностной сфере.

Второе противопоставление синдромов, включающих эмоционально- личностные нарушения, согласно А. Р. Лурия, связано с поражением конвекситальных и медиобазальных отделов коры больших полушарий.