**МПУ Психолого-дефектологический факультет**

**Курсовая работа на тему:**

**«Современные представления о восприятии и его нарушениях»**

**Работа выполнена**

**студенткой 23**

**группы**

**Психолого-дефектологического**

**факультета**

**Протасовой Татьяной**

**Михайловной.**

**Научный руководитель:**

**Кожуховская Ирина Ивановна.**

**Москва, 2000 г.**

# Оглавление

Введение 3

ВОСПРИЯТИЕ КАК ПОЗНАВАТЕЛЬНЫЙ ПСИХИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС 4

ВОСПРИЯТИЕ: СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ 6

НАРУШЕНИЯ ВОСПРИЯТИЯ 12

ПРИЛОЖЕНИЕ 1 - ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ БОЛЬНОЙ В., КОТОРАЯ БЫЛА ОПИСАНА Б.В. ЗЕЙГАРНИК СОВМЕСТНО С Г.В.БИРЕНБАУМ В 1935 Г 19

ПРИЛОЖЕНИЕ 2 - Методика С.Я. Рубинштейн по исследованию природы галлюцинаций 23

ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Исследование роли мотивационного компонента в строении восприятия 24

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 27

# Введение

Восприятие предметов и явлений материального мира, их многообразных свойств и отношений занимает одно из центральных мест в психической деятельности человека. Восприятие составляет основу ориентировки человека в окружающей действительности, позволяет ему организовать деятельность, поведение в соответствии с объективными свойствами и отношениями вещей. В процессе поведения человек воспринимает также свои собственные действия и их результаты, чем обеспечиваются обратные связи, регулирующие протекание этого процесса.

Отсюда следует актуальность изучения восприятия как психического процесса, путей его становления и развития, гигиены, профилактики нарушений и особенностей последних, необходимость этих знаний для правильного построения и организации любой деятельности.

# ВОСПРИЯТИЕ КАК ПОЗНАВАТЕЛЬНЫЙ ПСИХИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС

«Восприятие - целостное *отражение* предметов, ситуаций и событий, возникающее при непосредственном воздействии физических раздражителей на рецепторные поверхности ... *органов чувств.* »(1, стр. 66)

Восприятие всегда выступает *как* субъективно соотносимое с оформленной в виде предметов, вне нас существующей действительностью, причем даже в том случае, когда мы имеем дело с иллюзиями или когда воспринимаемое свойство сравнительно элементарно, вызывает простое ощущение (в данном случае это ощущение обязательно относится к какому-либо явлению или объекту, ассоциируется с ним).

Ощущения находятся в нас самих, воспринимаемые же свойства предметов, их образы локализованы в пространстве. Этот процесс характерный для восприятия в его отличии от ощущений, называется *объективацией.*

В результате восприятия складывается образ, включающий комплекс различных взаимосвязанных ощущений, приписываемых человеческим сознанием предмету, явлению, процессу.

Возможность восприятия предполагает у субъекта способность не только реагировать на чувственный раздражитель, но и осознавать соответственное чувственное качество как свойство определенного предмета. Для этого предмет должен выделяться как относительно устойчивый источник исходящих от него на субъекта воздействий и как возможный объект направленных на него действий субъекта. Восприятие предмета поэтому предполагает со стороны субъекта не только наличия образа, но и определенной действенной установки, возникающей лишь в результате довольно высоко развитой тонической деятельности (мозжечка и коры), регулирующей двигательный тонус и обеспечивающий состояние активного покоя, необходимого для наблюдения. Восприятие поэтому предполагает довольно высокое развитие не только сенсорного, но и двигательного аппарата.

Итак, чтобы некоторый предмет был воспринят, необходимо совершить в отношении его какую-либо встречную активность, направленную на его исследование, построение и уточнение образа. Образ, складывающийся в результате процесса восприятия, предполагает взаимодействие, скоординированную работу сразу нескольких анализаторов. В зависимости от того, какой из них работает активнее, перерабатывает больше информации, получает наиболее значимые признаки, свидетельствующие о свойствах воспринимаемого объекта, различают и виды восприятия. Четыре анализатора — зрительный, слуховой, кожный и мышечный — чаще всего выступают как ведущие в

процессе восприятия. Соответственно выделяют зрительное, слуховое, осязательное восприятие.

Восприятие, таким образом, выступает как осмысленный (включающий принятие решения) и означенный (связанный с речью) синтез разнообразных ощущений, получаемых от целостных предметов или сложных, воспринимаемых как целое явлений. Синтез выступает в виде образа данного предмета или явления, который складывается в ходе активного их отражения.

Предметность, целостность, константность и категориально (осмысленность и означенность) — это основные свойства образа, складывающиеся в процессе и результате восприятия.

*Предметность* — это способность человека воспринимать мир не в виде набора не связанных друг с другом ощущений, а в форме от деленных друг от друга предметов, обладающих свойствами, вызывающими данные ощущения.

*Целостность* восприятия выражается в том, что образ воспринимаемых предметов не дан в полностью готовом виде со всеми необходимыми элементами, а как бы мысленно достраивается до некоторой целостной формы на основе большого набора элементов. Это происходит и в том случае, если некоторые детали предмета человеком непосредственно в данный момент времени не воспринимаются.

*Константность* определяется как способность воспринимать предметы относительно постоянными по форме, цвету и величине, ряду других параметров независимо от меняющихся физических условий восприятия.

*Категориалъность* человеческого восприятия проявляется в том, что оно носит обобщенный характер, и каждый воспринимаемый предмет мы обозначаем словом-понятием, относим к определенному классу. В соответствии с этим классом нами в воспринимаемом предмете ищутся признаки, свойственные всем предметам данного класса и выраженные в объеме и содержании этого понятия.

Описанные свойства предметности, целостности, константности и категориальности восприятия с рождения человеку не присущи, они постепенно складываются в жизненном опыте, частично являются естественным следствием работы анализаторов, синтетической деятельности мозга. Наблюдение и экспериментальные исследования свидетельствуют, например, о воздействии цвета на видимую величину предмета: белые и вообще светлые предметы кажутся больше, чем равные им черные или темные предметы, относительная освещенность влияет на видимую отдаленность предметов. Расстояние или угол зрения, под которым мы воспринимаем изображение или предмет, влияет на его видимую окраску...

В каждое восприятие входит и воспроизведенный прошлый опыт, и мышление воспринимающего, и - в известном смысле - также его чувства и эмоции. Отражая объективную действительность, восприятие делает это

не пассивно, не мертвенно-зеркально, потому что в нем одновременно преломляется вся психическая жизнь конкретной личности воспринимающего.

Если координированное, направленное на объект действие, с одной стороны, предполагает восприятие предмета, то в свою очередь и восприятие осознание противостоящих субъекту предметов реальной действительности предполагает возможность не только автоматически реагировать на сенсорный раздражитель, но и оперировать предметами в координированных действиях. В частности, например, восприятие пространственного расположения вещей формируется в процессе реального двигательного овладения посредством хватательных движений, а затем передвижения.

# ВОСПРИЯТИЕ: СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ

Изучение психологии детей первого года жизни представляет известную сложность, однако имеются некоторые основания для предположения, что до известного момента имеет место управление реакциями скорее на «анализаторном», чем на «субъективном» уровне.

Несмотря на относительную сформированность зрительной моторики к 3 месяцам жизни, ребенок не производит на этом этапе развития исследовательского осмотра объекта, а лишь переводит взгляд с одного объекта на другой. Как указывает. А Гезел, свободная смена точек фиксации, наблюдаемая в 3-4 месяца, является лишь предпосылкой исследовательского осмотра объекта.

Таким образом, движения глаз младенца существенно отличаются от тех движений, которые наблюдаются позднее при осуществлении перцептивных действий.

Имеются данные об отсутствии в первом полугодии таких важнейших особенностей восприятия, как предметность, константность. Все это дает основание отнести формирование перцептивных действий и возникающих на их основе образов восприятия к более позднему этапу онтогенеза. Развитие движений рецепторных аппаратов, появление условнорефлекторных дифференцировок и совершенствование реакций на комплексные раздражители - это только предыстория перцептивных действий, необходимый этап их становления. Сами же перцептивные действия возникают после появления первых видов практического действия и на их основе.

ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПЕРЦЕПТИВНЫХ ДЕЙСТВИЙ У МЛАДЕНЦЕВ

Возникновение зрительных и осязательных перцептивных действий происходит в раннем детстве в связи с овладением действиями хватания и локомоции. Хватание и локомоция являются первыми доступными ребенку видами овладения пространством, живого отображения в действии местонахождения предметов, направлений и расстояний, формы и величины предметов, их веса, плотности и т. п.

Хватание начинает формироваться у ребенка на пятом шестом месяце жизни. Причем (исследования Н. М. Щелованова и М. Ю. Кистяковской) врожденный хватательный рефлекс (рефлекс Робинзона) ни в коем случае не является основой для удержания и схватывания предметов. Этот рефлекс исчезает раньше, чем начинает формироваться акт хватания, следовательно, последний можно рассматривать как действие, совершенно заново складывающееся в онтогенезе.

Хватание с самого начала осуществляется под контролем зрения. Однако на первых порах зрение определяет лишь наличие цели, не выделяя пространственных свойств, существенных для схватывания направления, расстояния до предмета, его формы и величины. Об этом свидетельствует характер движений ребенка

Движения являются нащупывающими, цель достигается, как правило, после ряда промахов и неудач

Наиболее детальное и всестороннее изучение изменений в хватании предметов детьми на протяжении от 16 недель до 1 года жизни было осуществлено X. Халверсоном. Он производил кинорегистрацию поведения детей в экспериментальной ситуации с последующим покадровым анализом пленки. Экспериментальная ситуация состояла в том, что перед ребенком, сидящим за столиком, последовательно клали предметы для схватывания. В одном из исследований X. Халверсон изучал возрастные изменения особенностей движения руки и общего поведения детей при схватывании кубиков, в другом сопоставлял эти особенности при схватывании различных по форме, величине, весу предметов.

Дети в возрасте 16 недель хотя и совершают движения руки по направлению к объекту, но не касаются его почти никогда, а в возрасте 20 недель касаются изредка. Характер их движений X Халверсон определяет как «угловато-круговое скользящее приближение». После 20 недель движения ребенка значительно чаще достигают цели, но промахи сохраняются вплоть до 28 недель.

К этому времени первоначальный тип движения сменяется «круговым петлеобразным приближением». К 36 неделям складывается «слегка круговое плановое приближение» и, наконец, к 52 неделям — «прямое плановое приближение». При этом подсчет изменений направления движения руки по ходу приближения к объекту показывает, что максимальное количество таких изменений падает на возраст в 20 недель (медиана равна 0,7), а затем оно неуклонно сокращается (в 24 недели медиана равна 0,4; в 28 и 30 недель—0,3; в 36 недель—0,2 и в дальнейшем—0,1).

Эти данные достаточно четко показывают значение предварительного «нацеливания» на объект. Об этом же свидетельствуют наблюдения за длительностью рассматривания кубика у детей разных возрастных групп. Х.Халверсон указывает, что эта длительность является наибольшей у детей 28 недель в связи с тем, что эти дети касаются кубика и хватают его чаще, чем младшие.

Затем длительность рассматривания несколько снижается и снова резко возрастает у детей 32 недель, причем этот скачок качественно отличен от предыдущего, так как происходит за счет увеличения времени рассматривания перед захватом. Напомним, что непосредственно вслед за этим (в 36 недель) формируется первый тип планового приближения руки к объекту. В этот же период осуществляется переход к более дифференцированному типу хватания (от захвата объекта всей кистью к захвату с отведением большого и указательного пальцев).

Можно полагать, что последующее сокращение длительности рассматривания объекта у старших детей объясняется тем, что для определения направления и расстояния требуется все меньшее количество времени. В этой связи чрезвычайно интересно наблюдение X. Халверсона,

показывающее, что к концу первого года жизни ребенок впервые начинает осуществлять хватание «вслепую», т. е. после отведения взора от объекта. Зрительное восприятие на этом этапе достигает такого уровня развития, который позволяет сразу зафиксировать необходимые пространственные параметры объекта и затем завершить действие по представлению

Приспособление акта хватания к особенностям схватываемых предметов также происходит весьма постепенно. X. Халверсон указывает, что в первом полугодии жизни все объекты хватаются совершенно одинаково, без всякого учета их формы, величины, веса. Во втором полугодии происходит прогрессирующая дифференциация акта хватания.

Являясь первоначально «безразличным» по отношению к объекту, акт хватания впоследствии весьма точно приспосабливается к его форме, величине и массе. Важно отметить, что это приспособление осуществляется сначала в самый момент контакта руки с объектом, но начиная с 40 недель X. Халверсон наблюдал предварительное приспособление пальцев к особенностям объекта, который ребенок намеревался схватить (например, мяча и шарика).

На основании данных, полученных в работах X. Халверсона, можно не только констатировать, что зрительное ориентирование акта хватания постепенно формируется в самом процессе овладения этим актом, но также наметить некоторые предположения относительно того, в чем заключается это ориентирование.

Первоначально рука находит «вслепую» путь к объекту и положение на нем, необходимое для его надежного захвата и удержания, которое определяется его свойствами (прежде всего формой и величиной). По-видимому, в данном случае, так же как и при выполнении более сложных действий, имеется переход исполнительных действий в ориентировочные, несущие функцию «нащупывания» нужного направления движения и способа схватывания предмета. Все последующие изменения говорят о том, что именно это «нащупывание» переводится в перцептивный план, становясь ориентировочной основой практического действия. Можно предположить, что первой формой средств осуществления перцептивных действий, отображающих пространственные параметры и свойства объекта, является движение, соответствующее этим параметрам и свойствам, но, разумеется, движение не актуальное, а интериоризованное, потенциальное, «примериваемое» к объекту до его реального выполнения.

Таким образом, можно представить себе наиболее ранние формы восприятия как формы использования сенсомоторных предэталонов, являющихся дериватом материальных двигательных актов, приспосабливающихся к свойствам предметов.

Свойства и отношения предметов, которые детерминируют характер движения ребенка, выделяются им в восприятии раньше, чем другие свойства и отношения. В исследовании А. Д. Удалой изучался выбор по образцу детьми второго года жизни объектов, различающихся в одном случае только формой, в другом — только величиной, в третьем — только

цветом и, наконец, в четвертом — одновременно несколькими признаками. Перед ребенком клали два предмета (шарик и кубик; два конуса разной величины; красный и синий шарик; игрушечное креслице и ложку), затем экспериментатор показывал образец, идентичный одному из них, и предлагал ребенку дать «такой же». Количество и порядок предъявлений подбирались таким образом, что влияние случайных выборов на общий результат эксперимента исключалось. Обнаружилось, что первым свойством, которое дети начинают правильно учитывать при выборе, является форма предметов, затем следует величина и только значительно позднее (к двум годам)—цвет. Из пар предметов, различающихся несколькими признаками, правильный выбор начинает осуществляться одновременно с правильным выбором по форме.

Итак, данные А. Д. Удалой дают возможность утверждать, что восприятие «действенных» свойств—формы, величины—обладает генетическим приоритетом перед восприятием цвета, который не связан непосредственно с регуляцией двигательных актов.

ВОСПРИЯТИЕ У МЛАДЕНЦЕВ

В первые месяцы жизни ребенка мы можем лишь с достаточной долей сомнения говорить о существовании у него восприятия как сложной формы целостного отражения предметов реальной действительности (см. выше).

Такое свойство восприятия как предметность, т.е. отнесенность ощущений и образов к предметам реальной действительности, возникает лишь к началу раннего возраста, около одного года.

При изучении зрительного восприятия детей установлено, что стимулы, близко расположенные друг к другу в пространстве, объединяются ими в комплексы гораздо чаще, чем удаленные друг от друга. Это порождает типичные ошибки, которые совершают дети младенческого возраста. Ребенок может, например, схватить башню из кубиков за самый верхний кубик и очень удивиться, обнаружив, что только один кубик, а не вся башня в целом оказался у него в руке. Ребенок этого возраста может также делать многочисленные и усердные попытки взять цветок с платья матери, не понимая тою, что этот цветок составляет часть плоского рисунка.

Константность восприятия также появляется только к 11-12 месяцам, с накоплением опыта созерцательной и практической деятельности с предметами в разных ситуациях.

ВОСПРИЯТИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Со второго года жизни в связи с овладением простейшим орудийным действием меняется восприятие ребенка. Получив возможность и научившись действовать одним предметом на другой, ребенок оказывается способным к предвидению динамических взаимоотношений между собственным телом и предметной ситуацией, а также взаимодействий между предметами (например, предвидение возможности протащить шарик через отверстие., переместить один предмет при помощи другого

т.д.). На третьем году жизни ребенок может различать такие простые формы, как круг, овал, квадрат, прямоугольник, треугольник, много угольник, а также все основные цвета спектра: красный, оранжевый, желтый, зеленый, синий, фиолетовый

Примерно с годовалого возраста начинается процесс активного познания ребенком окружающего мира на базе экспериментирования, в ходе которого выявляются скрытые свойства этого мира. От года до двух лет ребенок пользуется различными вариантами выполнения одного и того же действия, демонстрируя способность к оперантному научению. От полутора-двух лет у ребенка появляется способность к решению задачи только методом проб и ошибок, но также путем догадки (инсайта), т.е. внезапного непосредственного усмотрения решения возникшей проблемы. Это становится возможным, как считает Ж.Пиаже, благодаря внутренней координации сенсомоторных схем и интериоризации действия, т.е. его переносу из внешнего во внутренний план.

ВОСПРИЯТИЕ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Во время перехода от раннего к дошкольной возрасту, т.е. в период времени от 3 до 7 лет, под влияние продуктивной, конструкторской и художественной деятельности у ребенка складываются сложные виды перцептивной аналитико-синтетической деятельности, в частности способности мысленно расчленять видимый предмет на части и затем объединять их в единое целое, прежде чем подобного рода операции будут выполнены в практическом плане. Новое содержание приобретают и перцептивные образы, относящиеся к форме предметов. Помимо контура выделяются и структура предметов, пространственные особенности и соотношения его частей.

Перцептивные действия формируются в обучении, и их развитие проходит ряд этапов. На первом этапе процесс и формирования начинается с практических, материальных действии, выполняемых с незнакомыми предметами. На этом этапе, который ставит перед ребенком новые перцептивные задачи, непосредственно в материальные действия вносятся необходимые исправления, которые должны быть сделаны для формирования адекватного образа. Лучшие результаты восприятия получаются тогда, когда ребенку для сравнения предлагаются так называемые сенсорные эталоны, которые также выступают во внешней, материальной форме. С ними ребенок имеет возможность сравнивать воспринимаемый объект в процессе работы с ним.

На втором этапе перцептивными действиями становятся *сами* сенсорные процессы, перестроившиеся под влиянием практической деятельности. Эти действия осуществляются теперь при помощи соответствующих движений рецепторных аппаратов и предвосхищают выполнение практических действий с воспринимаемыми предметами. На данном этапе, пишет Л.А.Венгер, дети знакомятся с пространственными свойствами предметов помощью развернутых ориентиревочно-исследовательских движений руки и глаза.

На третьем этапе перцептивные действия становятся еще более скрытыми, свернутыми, сокращенными, их внешние, эффекторные звенья исчезают, а восприятие извне начинает казаться пассивным процессом. На самом деле этот процесс по-прежнему активен, но протекает внутренне, в основном только в сознании и на подсознательном уровне у ребенка. Дети получают возможность довольно быстро узнавать интересующие свойства объектов, отличать одни предметы от других, выяснять существующие между ними связи и отношения.

Итак, к поступлению в школу у ребенка должны быть

сформированы:

1. Мыслительные компоненты восприятия (умение анализировать и сравнивать предметы и изображения по цвету, форме и величине).

2. Речевые компоненты восприятия:

означенность восприятия (умение называть знакомые предметы и ситуации)

хорошо развитый анализ и синтез речевого потока

(выделение слова как смысловой единицы, а так же предлогов и флексий как однозначного и необходимого грамматического оформления высказывания)

1. Зачатки произвольности восприятия.

СТАНОВЛЕНИЕ РЕЧЕВЫХ КОМПОНЕНТОВ ВОСПРИЯТИЯ И ВОСПРИЯТИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ 0-7 ЛЕТ

Речь ребенка формируется под влиянием речи взрослых, не является врожденной способностью, а развивается в процессе онтогенеза.

*Выделение ребенком речи, сосредотачивание на ней* развивается к 3-6 месяцам. Первой вызывает адекватную реакцию интонация, как носитель аффективных компонентов высказывания.

Формирование собственно пассивной речи идет по принципу условного рефлекса от восприятия речевой ситуации как сложного раздражителя (ситуативная речь) по пути постепенного выделения речевого компонента как неизменной части при изменяющемся окружении. Так в возрасте 9—10 мес появляются первые речедвигательные реакции - ребенок начинает «понимать» первые простые инструкции, но эти реакции детей определяются раздражителями, исходящими не от одного предмета, а от всей ситуации в целом. Очень часто одним из компонентов такого одновременного комплексного внешнего раздражителя является слово. Условные рефлексы на слова начинают появляться у ребенка после 6-месячного возраста (первые проявления *сенсорной речи).* Однако слово еще не выступает как самостоятельный сигнал, оно действует лишь в составе комплексных раздражителей как один из компонентов. Так, например, вопросы: «Где папа?» или «Где мама?» вызывают правильную ответную реакцию ребенка только при условии одновременного действия других раздражителей: мышечных, вестибулярных, зрительных и звуковых. Стоит изменить хотя бы один из этих компонентов (например, голос и интонацию), как прежняя реакция исчезнет. Но если при сохранении всех прежних компонентов комплекса заменить слово на близкое по звучанию, реакция может проявляться по-прежнему. Значит, в этом возрасте слово еще останется слабым компонентом комплекса. Слово вначале имеет второстепенное значение и только постепенно приобретает значение сильного компонента в комплексном раздражителе и, наконец, самостоятельного сигнала

В естественных условиях ни один сложный раздражитель не повторяется в строго постоянном составе, наиболее же постоянным членом такого комплекса является словесный. Поэтому при систематическом повторении слова в составе комплекса раздражителей начинает ослабляться влияние остальных переменных компонентов на осуществление реакции. Сначала перестает влиять на выполнение реакции поза ребенка, а потом зрительный и слуховой компоненты сложного раздражителя. Только слово как наиболее постоянный компонент, независимо от других компонентов, приобретает условно-рефлекторное действие и постепенно превращается в заменитель всего комплекса. «Освобождение» слова от других компонентов, с которыми оно было связано в данном комплексном раздражителе, рассматривают как результат функциональной тренировки нервной системы. Этот процесс заканчивается к концу первого года жизни ребенка. Характерной особенностью первых слов, произнесенных (в порядке подражания) ребенком, является то, что они относятся не к конкретному предмету, а ко всей ситуации в целом. В этом возрасте отдельные объекты и предметы внешней среды ребенок еще не выделяет. Хотя ребенок этого возраста произносит слова «мама» и «папа», оказывается, что и платье матери и ее кровать — тоже «мама». А ту же маму с новой прической, в новой одежде или в необычном окружении ребенок может не узнать. Значит, для ребенка этого возраста окружающий мир представляется еще мало расчлененным в звуковом и зрительном отношениях. Первые слова — это просто звуковые обозначения определенных предметов и лиц: сначала воспринимаются названия окружающих ребенка вещей, названия игрушек, имен взрослых, позже — изображения предметов, затем — названий частей тела и лица.

Речемыслительный (обобщающий) компонент восприятия развивается в первом своей функции только к концу второго года жизни, когда ребенок начинает обобщать несколько однородных предметов одним словом.

Итак, можно проследить развитие этого компонента восприятия:

/ *степень интеграции* — слово замещает чувственный образ определенного предмета, т. е оно является эквивалентом одного конкретного предмета («ляля» — только данная кукла, конец 1-го — начало 2-го года).

// *степень интеграции* — слово замещает несколько чувственных образов однородных предметов («ляля» — относится к нескольким куклам, конец 2-го года)

/// *степень интеграции* — слово замещает ряд чувственных образов разнородных предметов («игрушка» —это и куклы, и мячи, и кубики). Эта степень интеграции достигается не раньше 3-го года.

*IV степень интеграции* — в слове сведен ряд обобщений предыдущих степенен (например, слово «вещь» содержит обобщение, даваемое словом «игрушка», «одежда», «еда» и пр.). Такая степень обобщения развивается у детей на 5-м году жизни.

Следует заметить, что несмотря на все возрастающую роль слова в жизни ребенка 2,5-3 лет, в норме полное становление фонематического восприятия речи происходит только к 4-4,5 годам и еще более задерживается при отклонениях в развитии.

ВОСПРИЯТИЕ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

В этом возрасте закрепляются и развиваются те основные характеристики восприятия, необходимость которых связана с поступлением в школу. До семилетнего возраста у детей можно обнаружить лишь репродуктивные образы-представления об известных объектах или событиях, не воспринимаемых в данный момент времени, причем эти образы в основном статичные. Дошкольники, например, испытывают трудности, пытаясь представить промежуточные положения падающей палочки между вертикальным и горизонтальным ее положениями.

Продуктивные образы-представления результата новой комбинации некоторый элементов появляются у детей после 7-8-летнего возраста.

# НАРУШЕНИЯ ВОСПРИЯТИЯ

1. Агнозии

Агнозиями называется затруднительность узнавания предметов, звуков. Проблеме агнозии, особенно зрительной, посвящено множество работ. Начиная с А.Петцля (1928) зрительные агнозии разделялись на:

а) агнозии предметов, так называемая лиссауэровская «душевная объектная агнозия», когда больные не узнавали предметов и их изображений. К этой группе примыкает и «симультанная агнозия» Вольперта (больные узнавали отдельные предметы, их изображения, но не узнавали изображения ситуации);

б) агнозии на цвета и шрифта;

в) пространственные агнозии.

Делались попытки увязать нарушение гнозиса с речевыми расстройствами (К.Гольдштейн, А.Р.Лурия, Е.П.Кок). Ставился вопрос о топическом значении синдромов агнозии (А.Р.Лурия, Е.П.Кок, Дж. Миллер), о связи различных форм агнозии с доминантностью полушарий (М.С.Лебединский, Е.П.Кок).

История учения об агнозиях и их механизмах глубоко прослежена А.Р.Лурия в его монографии «Высшие корковые функции», в которой анализ этого явления проводился в основном в связи с проблемой локализации функций и поисками их нейрофизиологических механизмов.

*Агнозии при психических заболеваниях*

При некоторых поражениях мозга различного генеза [9] восприятие нарушается в своей специфически человеческой характеристике как процесс, обладающий функцией обобщения и условности - нарушение обобщающей функции восприятия.

У больных это проявлялось в том, что они выделяли то один, то другой признак воспринимаемого объекта, но не осуществляли синтеза; так, изображение гвоздя один больной описывает как что-то кругленькое, говоря: «наверху шапочка, внизу палочка, что это такое — не знаю»; другой больной описывает ключ, как «кольцо и стержень». При этом больные описывали точно конфигурации предмета, могли даже точно скопировать его, но это не облегчало их узнавание. Аналогичные факты, говорящие о невозможности осуществления синтеза, были описаны Е.П.Кок при исследовании больных с поражениями теменно-затылочных систем, а также Е.Д.Хомской и Э.Г.Соркиной.

Прежде всего возник вопрос, что у больных нарушено восприятие структуры, как это имело место у больного Ш. (описанного К.Гольдштейном), который, как известно, не воспринимал формы предметов; он не мог отличить «с глаза» треугольника от круга и узнавал фигуры только после того, как он «обводил» их моторно, например движениями головы.

Однако выяснилось, что в данных случаях агностические явления носили иной характер. Больные узнавали форму, конфигурацию даже тогда, когда последние предъявлялись тахископически. Не узнавая

предметов, они могли их описать. Так, например, при тахископическом предъявлении садовой лейки больная говорит: «Бочкообразное тело, что-то круглое, посередине отходит вроде палочки с одной стороны», другой больной при тахископическом предъявлении расчески говорит: «Какая-то горизонтальная линия, от нее книзу отходят маленькие, тоненькие палочки». Иногда больные могли нарисовать предмет, не узнавая его *(см. Приложение 1)*

2. Псевдоагнозии при деменции

Исследование зрительного восприятия у больных, у которых клинические и экспериментально-психологические данные выявили деменцию[[1]](#footnote-1) по органическому типу, обнаружило отмеченные выше особенности: больные не узнавали силуэтных и пунктирных рисунков. К этому добавилась еще одна особенность: их восприятие было диффузным, недифференцированным.

Нарушения восприятия выявляются у этой группы особенно четко при экспозиции ситуационных картинок. Помимо того, что дементные больные не улавливают сюжета, они при этом проявляют и ряд других характерных феноменов. Не понимая смысла сюжета, они часто описывают отдельные предметы, не видя их сюжетной связи. Отдельные части рисунка сливаются, смешиваются с фоном, изображения предметов не узнаются. Г.В.Биренбаум отмечает, что предмет узнавания обусловливается той частью рисунка, на которой больной фиксирует свое внимание. Так, гриб больной называет помидором, если выступила как часть головка гриба, или же видит в грибе огурец, если фиксирует внимание на его ножке. Поэтому при предъявлении рисунка больному часто безразлично:

показывают ему его часть или целое.

У некоторых больных агнозия распространялась и на структуру, на форму изображения. Г.В.Биренбаум описала в 1948 г. больного К., у которого на фоне органической деменции выступили расстройства зрительного гнозиса в виде нарушения восприятия формы. При показе треугольника он говорит: «Клином как-то, а назвать не могу, я вижу клин в трех местах, клин-трехклинник».

При экспозиции четырехугольника больной говорит: «Мне трудно сказать (обводит пальцем) — прямая, прямая, прямая и прямая». При экспозиции незаконченного круга видит прежде всего изъян: «Здесь провал какой-то», в то же время воспринимает симметрию формы. Например, при показе креста, не умея назвать фигуры, больной заявляет: «Хоть куда хочешь заглядывай, она лежит правильно». Нередко больной

воспринимает форму предмета, но тут же быстро наступает распад его структуры.

Г.В.Биренбаум отмечает, что агнозию больного можно было трактовать как нарушение «оптического внимания». Например, при осмотре картинки, на которой нарисован крестьянин, стоящий с задумчивым видом у телеги, у которой отскочило колесо, больной говорит: «Вот колесо, а это мужчина стоит», показывая на лошадь: «А это птица какая-то». *Экспериментатор:* «Это ведь лошадь». *Больной.* «На лошадь плохо смахивает». Здесь отчетливо выступает нарушение не только смысловых, но и структурных компонентов. Узнав телегу и колесо, он не только не делает соответствующего вывода, что стоит телега с лошадью, но остро торчащие уши лошади создают у больного впечатление, что это птица. При попытке понять сюжет картинки больные из-за, неправильного узнавания деталей и структурного распада часто неправильно описывают ее содержание. Это расстройство напоминает феномен, описанный А.Пиком как «сенильная агнозия» или как расстройство «симультанного восприятия». Оно выражается в том, что испытуемый, описывая отдельные предметы, не умеет уловить общего смысла картинки.

При раскрашенных сюжетных рисунках дементные больные легко поддаются диффузному впечатлению яркой раскраски отдельных частей картинки и также могут описывать их по вышеуказанному типу. Восприятие, освобожденное от организующей роли мышления, становится диффузным, легко возникает структурный распад, несущественные элементы рисунка становятся центром внимания и ведут к неправильному узнаванию.

В силу выпадания и расстройства смысловых компонентов у дементных больных резко страдала ортоскопичность восприятия. Достаточно было показать этим больным предмет или рисунок в перевернутом виде, как они его уже не узнают. Примеры: предъявляется рисунок кошки (из детской серии лото) в перевернутом виде, *Больной* говорит: «Памятник какой-то». Экспозиция того же рисунка в прямом положении: «Вот так памятник! Кошка-котик». Рисунок — ботинок, из той же серии лото, дан в перевернутом виде. *Больной:* «Урна какая-то». В прямой экспозиции больной сразу узнает ботинок. При незначительном удалении предметов у дементных больных не сохранялась константность их величины.

Таким образом, нарушение восприятия при деменции, которую Г.В.Биренбаум обнаруживала у слабоумных больных, подтверждает ведущую роль фактора осмысленности и обобщенности в любом акте перцептивной деятельности.

3.Обманы чувств

*Галлюцинации.* Одним из наиболее часто встречающихся симптомов расстройства восприятия при душевных заболеваниях являются галлюцинации.

Галлюцинациями в психиатрии называют ложные восприятия. Больные видят образы, предметы, которых нет, слышат речь, слова, которые никем не произносятся, чувствуют запахи, которых в действительности нет.

Галлюцинаторный образ может быть различной модальности. При иллюзорном восприятии имеется раздражитель, но у больного возникает его искаженное восприятие. В зависимости от наличия или отсутствия раздражителя обманы чувств относятся к категории иллюзий или галлюцинаций.

Содержание характера галлюцинаций различно: они могут быть нейтральными, тогда больные спокойно реагируют на них. Галлюцинации могут носить императивный характер: голос приказывает больным что-то сделать. Так, одной больной голос «приказал» сжечь свои вещи; другой больной (кассирше) голос «приказал» выбросить деньги; «голоса» бывают устрашающими: они угрожают убить. Под влиянием этих образов, голосов больные совершают те или иные поступки (например, упомянутые больные действительно сожгли вещи, выбросили деньги).

Больные относятся к галлюцинаторным образам как к реально воспринимаемым объектам, словам. Поведение больных часто определяется именно этими ложными восприятиями; нередко больные отрицают наличие галлюцинаций, но их поведение выдает, что они галлюцинируют. Так, беседуя с врачом, больной вдруг говорит «голосу»: «Не мешай, видишь, я занят». Другой прогоняет «мышей», которые якобы ползут по его рукаву (при белой горячке). При обонятельных галлюцинациях больные отказываются от еды:

«Пахнет бензином, керосином, гнилью».

Больные, как правило, не могут отличить галлюцинаторные образы от образов, получаемых от реальных предметов. Галлюцинаторный образ проецируется вовне. Больной, страдающий галлюцинациями, может точно указать местонахождение галлюцинаторного образа. Он говорит о том, что этот образ находится «направо», что «машина стоит перед окном». Галлюцинаторный образ, как правило, чувственно окрашен: больные различают тембр «голоса», принадлежность его мужчине, женщине, они видят окраску, яркую, темную, маленьких или больших животных. Эта яркая чувственность, проекция вовне, мешает наступлению коррекции и роднит галлюцинаторный образ с образом, получаемым от реальных предметов Галлюцинаторный образ возникает непроизвольно, больной не может его вызвать, не может от него избавиться, галлюцинации возникают помимо его желаний, волевых усилий.

И, наконец, возникновение галлюцинаторного образа сопровождается отсутствием подконтрольности. Больного невозможно убедить в том, что галлюцинаторного образа не существует «Как же вы не видите, — возражает больной на уверения врача, — ведь вот стоит собака, вон там в правом углу, уши подняты, шерсть рыжая, ну вот, вот» или: «Как же вы не слышите, ведь вот совершенно ясно мужской голос приказывает мне

«подыми руку, подыми руку», это голос курильщика с хрипотцой». Убеждать галлюцинанта бесполезно — болезненный симптом проходит лишь с улучшением общего состояния

Вопрос о механизмах галлюцинаций ставился неоднократно. Одни авторы понимали галлюцинации как спонтанный продукт нарушения рецепторов; другие подчеркивали в возникновении галлюцинаций роль отдельных нарушенных участков центральной нервной системы, третьи видели механизмы галлюцинаций в интенсификации представлений Близкими к последней концепции являются взгляды Е А Попова, выдвинувшего тормозную теорию галлюцинаций (представления под влиянием гипноидных фаз интенсифицируются и проецируются как реальные предметы в пространство).

Однако, как замечает С. Я. Рубинштейн *[12],* прибавление гипноидных фаз не сделало теорию интенсификации представлений более убедительной, так как представления не существуют сами по себе вне рефлекторного процесса. Автор указывает, что диалектико-материалистическая теория рассматривает психическую деятельность как отражение действительности, что все формы деятельности человека представляют собой отражение бесчисленных воздействий реальных раздражителей. Тот факт, что в большинстве случаев невозможно установить непосредственную связь между галлюцинацией и объектом, еще не говорит о его отсутствии С Я Рубинштейн, отмечает, что связи между объектом и возникающим образом могут быть сложно замаскированы или опосредованы, они могут представлять собой связи следового порядка, но положение, что первоначальной причиной всякого психического акта является внешнее раздражение, относится и к нарушенной деятельности анализатора. С Я Рубинштейн приходит к выводу *(см.* Приложение 2), что одним из важных патогенетических условий формирования галлюцинаций является затрудненность прислушивания и распознавания звуков.

О правомерности положения о том, что затруднения деятельности анализатора облегчают или даже вызывают обманы чувств, говорят факты возникновения галлюцинаций у здоровых людей. В литературе описаны случаи, когда галлюцинаторные переживания возникали:

1) в условиях сенсорного дефицита (у водолазов, у людей в барокамерах);

2) у слабовидящих и слабослышащих (но не у слепых и не у глухих).

Эти факты свидетельствуют о том, что условия, затрудняющие прислушивание, приглядывание, вызывающие усиленную ориентировочную деятельность анализаторов, способствуют возникновению галлюцинаций.

Таким образом, в сложном патогенезе галлюцинаций большую роль играет изменение деятельности внешних и внутренних анализаторов. На основании своих экспериментальных данных С.Я. утверждает, что

неправомерно определять галлюцинации как ложные восприятия, возникающие без наличия обусловливающих их раздражителей во внешней или внутренней среде. Автор указывает, что различные раздражители способны возбудить содержание через сложную цепь ассоциаций, промежуточные звенья которой могут ускользнуть от отчета. Связь образа с наличными раздражителями трудно поддается прослеживанию, она часто маскируется, но она существует.

Выводы С.Я.Рубинштейн перекликаются с экспериментами, проведенными в свое время В.М.Бехтеревым. В присутствии больных, страдающих слуховыми галлюцинациями, В.М.Бехтерев применял монотонные звуковые раздражители с помощью метронома и получил следующие результаты:

1) галлюцинации меняли свою проекцию в пространстве соответственно перемещению источника раздражения;

2) раздражители иногда возбуждали галлюцинаторные явления;

3) больные переставали видеть или слышать реальный раздражитель, когда возникал галлюцинаторный образ, несмотря на то, что последний был вызван этим раздражителем.

*Псевдогаллюцинации.* Особый интерес представляет для психологии тот вид галлюцинаций, который носит название псевдогаллюцинации. Они были впервые подробно описаны русским психиатром В.Х.Кандинским и французским психиатром П.Клерамбо.

В книге «О псевдогаллюцинациях» В.Х.Кандинский проводит отличие псевдогаллюцинаций как от истинных галлюцинаций, так и от образов памяти и фантазии: «...В результате возбуждения известных (кортикальных) сенсориальных областей головного мозга, в сознании весьма живые и чувственные до крайности определенные образы (т.е. конкретные чувственные представления), которые, однако, резко отличаются для самого восприемлющего сознания от истинно-галлюцинаторных образов тем, что не имеют присущего последним характера объективной действительности, но, напротив, прямо сознаются как нечто субъективное, однако вместе с тем как нечто аномальное, новое, нечто весьма отличное от обыкновенных образов воспоминаний и фантазий».

В отличие от галлюцинаций псевдогаллюцинации проецируются не во внешнем пространстве, а во «внутреннем» — голоса звучат «внутри головы», больные их слышат как бы «внутренним ухом»; видения воспринимаются «умственным» взором, «духовными очами». Если галлюцинации для больного — сама действительность, то псевдогаллюцинации переживаются как субъективное явление, и больной по-разному к ним относится. Так, описываемый В.Х.Кандинским больной Лашков не испугался псевдогаллюцинаторного льва, хотя и чувствовал прикосновение его лап: он видел его не телесными, а духовными очами. По словам больного, если бы лев явился в настоящей галлюцинации, он бы закричал и бросился бежать.

Как и галлюцинации, псевдогаллюцинации возможны во всякой чувственной сфере: они могут быть тактильными, вкусовыми, кинестетическими. Но в любом случае они не идентифицируются с реальными предметами и их качествами.

В отличие от воспоминаний и образов фантазии псевдогаллюцинации представляются более отчетливыми и живыми, причем образы являются одновременно в мельчайших деталях, стойкие и непрерывные.

Псевдогаллюцинации возникают спонтанно, независимо от воли больного; они не могут быть произвольно изменены или изгнаны из сознания. При этом отсутствует ощущение собственной деятельности, активности, как это бывает при воспоминаниях, мышлении, фантазировании человека. Часто псевдогаллюцинации носят характер навязанности: они кем-то «сделаны»; больные жалуются, что им «насильно показывают картины», «вызывают звучание мыслей», «действуют помимо воли языком, говорят слова, которые он не хочет произносить», «руками, ногами, телом кто-то действует» и т.д. Наступает известная деперсонализация: собственная психическая продукция становится чужой.

Сочетание псевдогаллюцинаций с симптомом отчуждения, «сделанности» носит название синдрома Кандинского. Основной радикал синдрома Кандинского — это чувство «сделанности» восприятия, мыслей, утрата их принадлежности собственной личности, чувство овладения, воздействия со стороны. Различают три компонента этого синдрома:

1) идеаторный — «сделанность», насильственность, раскрытость мыслей. У больного возникают псевдогаллюцинации слуха, содержащие его собственные мысли. Возникает неприятное чувство «внутренней раскрытости»;

2) сенсорный — «сделанность» ощущений;

3) моторый — «сделанность» движений.

Природа этого синдрома недостаточно исследована. К объяснению псевдогаллюцинаций можно привлечь положения А.А.Меграбян о гностических чувствах и их расстройствах. А-А.Меграбян предполагает, что в основе этого сложного психопатологического явления лежит нарушение чувствования отнесенности к себе собственной психической продукции, отчуждение психических состояний.

**4. Нарушение мотивационного компонента восприятия**

Роль измененного личностного компонента в восприятии можно выявить разными путями:

а) путем анализа расстройств самого процесса восприятия;

б) путем создания специального экспериментального приема, позволяющего изменить смыслообразующую функцию мотива восприятия.

О значении личностного фактора в перцептивной деятельности говорят данные, полученные при исследовании восприятия больных с так называемым *лобным* синдромом, у которых выражены нарушения

подконтрольности, произвольности, поведение которых отличалось аспонтанностью, отсутствием коррекции.

Так, больной Б., описанный нами совместно с А.М.Дубининым в 1940 г., получивший тяжелую травму левой лобной доли, с трудом узнавал предметы, нарисованные пунктиром или затушеванные, был не в состоянии схватить и передать смысл двух картин, последовательно изображающих несложные сюжеты (на одной картине двое ребят курят у стога сена; на другой — они убегают от загоревшегося стога). «Здесь двое сидят, а здесь двое бегут». Больной не замечает, что речь идет о последовательном изображении. Другой больной из этой группы не мог узнать содержания известной картины Н.Я.Ярошенко «Всюду жизнь»: «Стоит человек, тут птичка, он смотрит на них». Точно так же больной не мог узнать рисунка, предметов, заштрихованных или наложенных друг на друга (фигура В.Попельрейтера).

О том, что затруднения узнавания являются псевдоагностическими, говорит тот факт, что стоило попросить больного «внимательно посмотреть», он давал адекватный ответ: «Ах, да ведь тут решетка, это заключенный». Следовательно, затрудненность узнавания не являлась у подобных больных агностическим расстройством в узком смысле этого слова, а проявлением того, что больные не осуществляли активного поискового процесса, который всегда включен в акт восприятия. Таким образом, приведенные данные показывают, что существенную роль в гностических нарушениях описываемых больных играет нарушение подконтрольности, невозможность сличения своих действий с предлагаемым результатом. Иными словами, ответственными за «псевдоагностические» расстройства этих больных являются нарушение произвольности, невозможность коррекции. Эта непроизвольность проявляется еще в одном своеобразном феномене — у подобных больных не наступает смены фигуры и фона в обратимых фигурах Рубина.

Как известно, если длительное время фиксировать изображение, процесс смены фигуры и фона наступает сам собой; в противном случае достаточно обратить внимание испытуемого на возможность такой смены, чтобы произвольно вызвать этот процесс. У описываемых больных этот процесс смены фигуры и фона не может быть произвольно вызван. Точно так же у них не возникает гипотез при предъявлении пятен Роршаха. Таким образом, природа псевдоагнозий, описанная у больных с лобным синдромом, является проявлением непроизвольности больных и свидетельствует об определенной форме их личностных нарушений.

На сколько мы знаем смыслообразующая функция мотивации играет большую роль в процессе восприятия. Работами А.Н.Леонтьева и Е.П.Кринчик *[59}* показано, что введение подкрепления, имеющего различный смысл для испытуемого, по-разному влияет на время реакции. Ими выявлен активный характер переработки информации человеком, что нашло свое выражение; в схватывании статистических характеристик

объекта, в оптимизации деятельности испытуемого при построении вероятностной модели. Деятельность восприятия включает в себя основную характеристику человеческой психики — «пристрастность» (А.Н.Леонтьев). Поэтому можно было предполагать, что процесс восприятия не только строится различно в зависимости от того, какие мотивы будут побуждать и направлять деятельность испытуемых, но можно было ожидать разную структуру перцептивной деятельности у здоровых и больных людей, у которых клиника диагностирует те или иные изменения личности.

Роль мотивационного компонента в строении восприятия удалось вычленить в специально направленном экспериментальном исследовании. Целью исследования было: 1) показать зависимость восприятия от характера мотивации экспериментальной деятельности; 2) выявить особенности восприятия, связанные с нарушением смыслообразующей функции мотива (см. Приложение 3)

Анализ результатов исследования позволил установить, что изменение мотивации обусловливает разную структуру деятельности, в соответствии с чем изменяется место и содержание процесса восприятия. С введением смыслообразующих мотивов образуется новая мотивационная структура, разная в норме и патологии.

# ПРИЛОЖЕНИЕ 1 - ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ БОЛЬНОЙ В., КОТОРАЯ БЫЛА ОПИСАНА Б.В. ЗЕЙГАРНИК СОВМЕСТНО С Г.В.БИРЕНБАУМ В 1935 Г *[10]*

Больная В., 43 года, по профессии библиограф. Диагноз: эпидемический энцефалит (из истории болезни доктора Э.Г.Кагановской).

Заболела в 1932 г. Появилась резкая сонливость, которая продолжалась около недели и сменилась бессонницей. Отмечалось слюнотечение, левосторонний парез ноги и боль в области наружной части левого плеча, повышение температуры. Имели место иллюзии и галлюцинации. На стенке вокруг вентилятора «бегали мыши», на полу прыгали фигуры, кружились «танцующие рожи». С этими явлениями больная поступила в Боткинскую больницу.

Через несколько дней появились кратковременные расстройства сознания, больная не могла найти своей палаты, постели. В 1933 г. была переведена в психиатрическую клинику ВИЭМ.

Ко времени нашего исследования психический статус больной изменился. Больная в ясном сознании, правильно ориентирована в окружающем. Несколько амимична. Тихий, мало модулирующий голос. Много лежит, жалуясь на утомляемость и головные боли.

С трудом и не сразу дает анамнестические сведения, при этом останавливается на подробностях, не имеющих отношения к существу вопросов. Мало читает, «не хватает, — отмечает больная,— живого воображения». Внешне добродушна, эмоциональна. Это состояние, однако, быстро сменяется раздражительностью, злобностью, доходящими до аффективной взрывчатости. Вместе с эмоциональной лабильностью отмечается в общем бедная и довольно однотипная аффективная жизнь с очень узким кругом привязанностей, безразличное отношение к людям, к работе, к общественной жизни, к литературе, раньше очень любимой.

На этом фоне общего эмоционального однообразия имеется заинтересованность в выздоровлении.

Экспериментально-психологическое исследование не выявляет каких-либо грубых изменений мыслительной деятельности больной. Больная правильно усваивала инструкцию, передавала хорошо содержание, подтекст прочитанной книги, понимала условный смысл пословиц, метафор. Обнаружились лишь некоторая пассивность и отсутствие заинтересованности в экспериментальной ситуации.

Вместе с тем патопсихологическое исследование выявило грубые нарушения узнавания предметов. Больная часто не узнавала (40%) предъявленных ей изображений. Так, нарисованный гриб она называет «стог сена», спички — «кристаллами». Сюжет картины больная не улавливает сразу, а лишь после длительных фиксаций на отдельных деталях. Процесс восприятия носит характер отгадывания: «Что бы это могло быть — расческа? На чем она сидит — на кресле, стуле? Что бы это могло быть — плита, корыто?». При показе

известной картины «Смертница» больная говорит: «Что это за женщина, о чем-то задумалась? На чем она сидит? На кровати? Что это за тени?»

Протокол экспериментально-психологического исследования больной В.

|  |  |
| --- | --- |
| Предъявленный рисунок карточки лото  | Описание больной  |
| 1  | 2  |
| Щетка зубная  | Щетка, вероятно, половая. А это что?  |
| Пионерский барабан  | Желтенькая палочка, вероятно, бахрома.  |
|   | Горшок с кисточкой. *Экспериментатор:* может быть, что-нибудь другое?*Больная:* булка, которую кладут в кастрюлю, а это кренделек (на палочку). Похоже и на шапку, а это что такое?  |
| Кнопки  | Внутри треугольники, вероятно, протоплазмовая клетка.  |
| Перья  | Перья.  |
| Книга  | Книга с бисерным почерком.  |
| Спички  | Свечи горящие, это не может быть; а это не может быть кристаллы в лампе?  |
| Два барабана  | То же самое, что и раньше, только две штуки: знакомое и незнакомое. *Экспериментатор:* детская игрушка. *Больная:* может, губка круглая для стола?  |
| Перья для туши  | Факелы, носят в театрах или длинные ручки с пером.  |
| Карандаш  | Свеча, тут уж ясно, что свеча.  |
| Кисточка  | Кисточка.  |
| Пионерская труба  | Музыкальный инструмент, флейта или труба.  |
| Стручки  | Растение, морковка по форме, а по хвостику вот не знаю.  |
| Самолет  | Это стрелка (указывает на хвост самолета). Это балкон, но при чем тут стрелка, две ножки?  |

Даже при правильном названии у больной всегда отмечалось сомнение и неуверенность, она ищет опорные пункты в рисунке для того, чтобы подтвердить ими правильность своего вывода. Так, больная узнавала изображение книги, но сразу наступили обычные для больной сомнения: «Разве книга, это какой-то квадрат. Нет, у квадрата нет выступов и тут что-то написано. Да, это книга».

При таком выраженном нарушении узнавания рисунков больная прекрасно узнавала геометрические формы, дополняла незаконченные рисунки согласно структурным законам. Больше того, не узнавая предмет на рисунке, больная прекрасно описывала его форму. Например, не узнав рисунка барабана и шкафа, она описывала их форму чрезвычайно точно и даже хорошо срисовывала их.

В процессе исследования выявилось, что реальные предметы больная всегда хорошо узнавала и затруднялась при узнавании модулей из папье-маше (например, больная не узнавала самолета, с трудом узнавала собаку, мебель).

Таким образом, создавалась как бы некоторая ступенчатость ее расстройств. Больная хорошо узнавала предметы, хуже узнавала модели, еще хуже — рисунки предметов. Особенно плохо она узнавала те изображения, которые были схематически нарисованы, в виде контуров. Поэтому возникло предположение, что причина затрудненности узнавания, очевидно, вызывается той обобщенностью, формализацией, которая присуща рисунку. Для проверки была проведена следующая серия экспериментов: больной предъявлялись изображения одних и тех же предметов в разном выполнении:

а) в виде пунктирного контура;

б) в виде черного силуэта;

в) в виде точного фотографического изображения, иногда на фоне конкретных деталей, например, рядом с пресс-папье была нарисована ручка и чернильница.

Данные экспериментального исследования подтвердили наше предположение. Больная совершенно не узнавала пунктирные, несколько лучше, но все же очень плохо узнавала силуэтные изображения и лучше конкретные.

Приводим для иллюстрации несколько выписок из протоколов ее исследования.

|  |  |
| --- | --- |
| Предъявлена картинка  | Описание больной  |
| 1  | 2  |
| Шляпа (пунктирное изображение)Шляпа (черный силуэт)  | Я сама не знаю, что. Напоминает кольцо. Не может быть такой широкий камень (откладывает в сторону, вертит рисунок). Не гриб ли это? Может быть, похожа на шляпу, но при чем тут эта полоса?  |

Таким образом, эксперимент «...явил обозначенную выше своеобразную ступенчатость узнавания; последнее улучшалось по мере включения объекта в фон, характеризующийся конкретными подробностями, окраской. Можно сказать, что, улавливая структурную оформленность рисунка, больная как бы не осмысливает того, что она видит, она не в состоянии отнести схематический рисунок к определенной категории вещей. Об этом говорит и отгадывающий характер ее узнаваний, поиск опорных деталей («что это за точки, что они означают?»), вопросительная форма ее высказываний («неужели это был забор?», «неужели это расческа?»).

Как указывает А.Р. Лурия «процесс зрительного анализа превращался в серию речевых попыток расшифровать значение воспринимаемых признаков и синтезировать их в зрительный образ». Больная не могла «с глаза» воспринять рисунок, процесс восприятия приобрел характер развернутого дезавтоматизированного действия.

Об этом свидетельствует следующий факт: узнав фотографическое изображение, больная не смогла перенести это узнавание на силуэтное изображение. После того как больная узнала в раскрашенном изображении ножницы, экспериментатор спрашивает: «А я вам показывала раньше этот предмет?». Больная раздумывает и говорит с удивлением: «Нет, я его вижу впервые; ах, вы думаете, те палочки, которые вы мне показали? Нет, это не ножницы (больная при этом рисует их по памяти). Что же это может быть? Я не знаю». Даже тогда, когда ей удается сделать перенос, у нее остается неуверенность. Узнав раскрашенную шляпу, она говорит на контурную: «А это что, тоже шляпа?» На утвердительный ответ экспериментатора она замечает: «При чем тут эта линия?» (указывает на тень). Когда ей в последующем эксперименте опять предъявляют этот рисунок, она замечает: «Вы тогда сказали, что это шляпа».

|  |  |
| --- | --- |
| Шляпа (цветное конкретное изображение) Пресс-папье (пунктирное изображение) Пресс-папье (силуэтное изображение) Повторно показывается шляпа (контур) Пресс-папье (конкретное изображение)  | Это похоже на шляпу.Не знаю, точки какие-то, что это такое? Это странный предмет.Это не шляпа, а может быть, действительно шляпа. Это для промокашки, пресс-папье.  |

# ПРИЛОЖЕНИЕ 2 - Методика С.Я. Рубинштейн по исследованию природы галлюцинаций

С.Я Рубинштейн разработала следующую методику: больным предлагались записанные на магнитофонной ленте слабо различимые звуки, которые носили предметный характер (шелест бумаги, бульканье воды), характер других являлся неопределенным

В то время как здоровые испытуемые различали источники звуков, у больных, страдающих или страдавших раньше галлюцинациями, эти эксперименты вызывали обманы слуха. С. Я. Рубинштейн описывает, как одна больная слышала при звуке шелеста бумаги слова «Ты дрянь, ты дрянь... » Другая слышала рыдания; больной, в прошлом моряк, слышал звон склянок, прибой моря. Поведение больных, их действия, суждения были ответными на ложно воспринимаемые звуки. У некоторых больных ложные образы сохраняли известную, хотя и искаженную связь с источниками звука, у других больных эти связи оказались зафиксированными стереотипными связями

# ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Исследование роли мотивационного компонента в строении восприятия

Экспериментальная методика состояла в следующем. Предъявлялись сложные сюжетные картинки и картинки с неясным сюжетом в условиях разной мотивации, которая создавалась, во-первых, с помощью различных инструкций, во-вторых, — разной степенью неопределенности изображений. Используемые в эксперименте картинки представляли собой изображения более или менее сложных ситуаций (мать купает ребенка, группа чем-то взволнованных женщин и т.д.) или нечеткие снимки объектов (цветы, мокрая мостовая, пятна Роршаха).

Различие инструкций состояло в следующем. В варианте «А» карточки-картинки предлагались с «глухой» инструкцией описать, что изображено. В варианте «Б» сообщалось, что целью эксперимента является исследование воображения. В варианте «В» испытуемых предупреждали, что задачей исследования является определение их умственных способностей. Чтобы мотивировка задания выглядела убедительной, предварительно предлагалась серия заданий, где экспериментатор якобы оценивал интеллект испытуемых. В каждом варианте предъявлялись разные наборы картинок. Таким образом, во всех трех вариантах исследования цель задания оставалась неизменной, менялась лишь его мотивация. Неопределенность перцептивного материала выступала непосредственным побудителем деятельности, роль смыслообразующего мотива выполняла инструкция.

В экспериментах участвовали здоровые испытуемые, больные эпилепсией, больные шизофренией. Данные историй болезни и общепсихологического исследования показали, что в клинической картине болезни на первый план у больных выступали личностные расстройства, типичные для выбранных новологических групп. Между исследованными больными не было существенных различий в возрасте и образовании.

Большинство из испытуемых (как в норме, так и в патологии) при предъявлении карточек-картинок выдвигают гипотезы. При восприятии структурных картинок (с неопределенным сюжетом) испытуемые пытаются определить, на что могут быть похожи изображения.

В условиях варианта «А» процесс восприятия не обусловливался экспериментально заданной мотивацией. Тем не менее деятельность испытуемых в целом направлена на содержательную интерпретацию картинок и реализуется процессом выдвижения гипотез. Это заставляет предположить, что экспериментальное задание актуализировало какие-то мотивы, существующие у испытуемых потенциально, в форме своеобразной готовности, установки. Таким мотивом мог быть прежде всего *мотив экспертизы,* который почти всегда актуализируется в психологическом эксперименте в клинике. Адресуясь к личности испытуемого, его уровню притязаний, он придает любому психологическому исследованию *личностный смысл.* Наряду с «мотивом

экспертизы» деятельность испытуемых побуждалась собственным мотивом восприятия (СМВ). Определяясь свойствами перцептивного материала, СМВ как бы присутствует в самом акте восприятия, побуждает к ориентировочной деятельности, направленной на исследование характера стимуляции.

Таким образом, деятельность испытуемых определялась влиянием двух мотивов — мотива *экспертизы* и СМВ. Эти мотивы находятся в иерархическом отношении: мотив *экспертизы* порожден и опосредован социальными и личными установками испытуемых. Он не только побуждает деятельность, но и придает ей личностный смысл. Собственный мотив восприятия играет роль дополнительного стимула. Совместное действие обоих мотивов обеспечивало содержательную интерпретацию картинок. В ряде случаев смыслообразующая функция мотива *экспертизы* могла быть выражена недостаточно. В силу этого непосредственная цель деятельности — содержательная интерпретация — не приобретала самостоятельной побудительной силы. Процесс интерпретации принимал тогда вид формальных ответов. Это явление наиболее ярко проявилось у больных шизофренией.

Качественно иные результаты были получены в вариантах «Б» и «В», где введение инструкций-мотивов создавало определенную направленность деятельности.

Выступило прежде всего изменение в отношении к эксперименту. В норме это выразилось в том, что у испытуемых появился интерес к заданию и оценке экспериментатора. Изменился и характер формулировок гипотез — они стали более развернутыми, эмоционально насыщенными. Центральное место в описании сюжетных картинок занимает раскрытие внутреннего мира изображенных персонажей. Исчезают формальные ответы.

У больных эпилепсией изменение инструкции привело к полному переструктурированию деятельности. Больные с энтузиазмом приступают к заданию, подолгу с удовольствием описывают картинки. Резко сократилось количество формальных высказываний. Гипотезы становятся значительно более эмоциональными, часто сопровождаются пространными рассуждениями. В своих ответах больные не столько дают интерпретацию картинок, сколько стремятся продемонстрировать свое отношение к событиям или персонажам. Часто это достигается путем приписывания героям определенных ролей. Длинные витиеватые монологи героев комментируются «автором», вместе с предположением о сюжете дается оценка действующим лицам или событиям. Гипотезы превращаются в «драматические сценки». Употребление прямой речи, напевная интонация, иногда ритмизация и попытка рифмовать придают ответам исключительную эмоциональность.

Некоторые изменения наметились и в деятельности больных шизофренией. По сравнению с предыдущим вариантом вдвое

уменьшилось количество формальных ответов, у некоторых больных удалось создать направленность на раскрытие содержательной стороны картинок. Тем не менее у 30% больных сохранились формальные констатации и отказы. У больных шизофренией не отмечался тот выраженный комплекс эмоциональных реакций, который характеризует именно деятельность.

Результаты, полученные в варианте «В» («интеллектуальная инструкция»), показали, что деятельность здоровых испытуемых принимает вид развернутого решения перцептивной задачи. Происходит поиск *информативных* элементов изображения, их сопоставления, построение и проверка гипотез. Формальные описания, неадекватные гипотезы встречаются лишь при затруднениях в определении содержания картинок и составляют промежуточный этап в интерпретации. Приведем описание одного из здоровых испытуемых карточки, на которой изображена группа чем-то взволнованных женщин

«Первое, что бросается в глаза, — это лицо женщины, возможно, матери. К ней тянется мальчик, лицо его сходно с выражением лица женщины, матери. Справа пожилая женщина, возможно, мать. Она что-то говорит, успокаивает... Пятно на спине у мальчика... кровь? Тогда можно объяснить, почему так отчаянно смотрят люди... Почему на первом плане женщины с детьми, а мужчины в стороне? Если бы это было столкновение, то почему с женщинами и детьми? В то же время голова мальчика очень естественно лежит на плече женщины, так что эта версия отпадает... Скорее всего, это момент, когда у людей отнимают что-то очень дорогое. Возможно, из дома выселяют... С другой стороны, из-за дома так не страдают. Возможно, что-то случилось с мужчинами... Да, мне кажется, это вокзал, и мужчин куда-то увозят, поэтому у женщин такие лица».

Сформулированная испытуемым гипотеза является, таким образом, итогом длительного поэтапного процесса рассуждений. Представляет интерес сравнение этих данных с результатами исследования больных эпилепсией. Больные придавали большое значение экспериментальному исследованию, относились к заданию как к своеобразной *экспертизе ума.* Предъявление картинок вызывает обстоятельное, детализированное описание изображений. При этом наряду с информативными элементами, на основе которых может быть построена гипотеза, привлекаются детали, не несущие никакой смысловой нагрузки.

Больной О-в, 1930 г. рождения, образование 7 классов. Диагноз: эпилепсия травматического генеза с изменением личности по эпилептическому типу. Психический статус: вязок, инертен, многоречив, обстоятелен, склонен к резонерству.

Приводим высказывания больного при предъявлении уже упоминавшейся картинки.

«На этой картинке изображены несколько человек. Слева стоит женщина, около нее другая. Волосы темные у нее. Она сложила руки на груди и плачет. К ней бежит мальчик, поднявши руки, вроде, успокоить хочет... Сзади мальчика женщина держит ребенка или он на чем-то сидит, прижался к ней, обняв ее правой рукой... В левом углу еще две женщины стоят...» и т.д.

Приведенный пример показывает, как деятельность, вначале направленная на содержательную интерпретацию картинки, превращается в скрупулезное описание отдельных ее фрагментов. В некоторых случаях это тормозит процесс выдвижения гипотез, приводя к возникновению формальных ответов.

Иной вид имеет деятельность больных щизофренией. Несмотря на «интеллектуальную» направленность исследования, больные не проявляли интереса к заданию, не реагировали на оценку экспериментатора, не корригировали свои ошибки. Деятельность больных характеризуется чрезвычайной свернутостью, отсутствием поисковой активности, столь выраженной в норме. Высказывания больных крайне лаконичны, малоэмоциональны и в основном лишь обобщенно констатируют некоторое сюжетное или предметное содержание картинок: «Какое-то несчастье», «Человек задумался».

# СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Психология. Словарь/ Под общей редакцией А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. - 2-е издание, испр. и доп. - М: Политиздат, 1990г. -494с.

2. Р.А. Каничева. Влияние цвета на восприятие размера. «Психологические исследования»/ под ред. Ананьева, т. IX. -Л., 1939г.

3. Л.А. Венгер. «Восприятие и обучение». - М.: Просвещение, 1969г.

4. Р.С. Немов. Психология: в трех книгах, книга 1 - Общая психология/ 3-е издание. - М.: Владос, 1999г.

5. Р.С. Немов. Психология: в трех книгах, книга 2 - Психология образования/ 3-е издание. - М.: Владос, 1999г.

6. В.В. Степанов. Психологические особенности перцептивной деятельности школьников и учет их в учебно-воспитательной работе:

учебное пособие. - М.: МОПИ им. Крупской, 1989г.

7. Психокоррекционная и развивающая работа с детьми: учебное пособие для студентов средних педагогических учебных заведений/ под ред. И.В. Дубровиной/2-е издание, стереотипное. - М.: Академия, 1999г.

8. Батуев А.С. Высшая нервная деятельность: учеб, для вузов по спец. «Биология», «Психология», «Философия». - М.: Высш. Шк., 1991г.

9. Зейгарник Б.В. Патопсихология. - М.: Академия, 1999г.

10. Зейгарник Б.В., Биренбаум Г.В. К проблеме смыслового соприятия. "Советская невропатология, психиатрия и психогигиена". -T.IV.-Вып.б.-М., 1935г.

11. Советский энциклопедический словарь/ главный редактор AM. Прохоров. - М.: Советская энциклопедия, 1990г.

12. Рубинштейн С.Я. Экспериментальное исследование обманов слуха. - В сб. Вопросы патопсихологии. - М., 1970г.

1. Деменция - результат изменений мозга при различных заболеваниях (атеросклероз сосудов мозга, эпилепсия и др.) - глубокий малообратимый дефект психики, проявляющийся слабостью интеллекта, утратой ранее приобретенных знаний и (или) затруднением в приобретении новых, бедностью психики в целом и изменением поведения. [11] [↑](#footnote-ref-1)