



ФИЛОСОФИЯ И НАУКА

СВОБОДА ВОЛИ И ЕЕ УТРАТА В КОНТЕКСТЕ НЕЙРОПСИХОЛОГИИ*

© А. Е. Сериков

Сериков Андрей Евгеньевич
кандидат философских наук,
доцент
декан философского
факультета
Самарская
гуманитарная академия
aeserikov@mail.ru

Один из возможных способов лучше понять феномен свободной воли — проанализировать психоневрологические симптомы ее утраты. Существуют два основных варианта потери свободы воли. Первый, когда пациенты не в состоянии контролировать свои побуждения, вследствие чего их воля не свободна. Второй, когда пациенты утрачивают способность чего-либо желать, поэтому у них нет воли. На основании этого можно сделать вывод, что ни наличие желаний самих по себе, ни способность контролировать желания не делают волю свободной. Необходимы дополнительные основания для того, чтобы утверждать, что личностью не манипулируют ни через искусственно вызываемые побуждения и желания, ни через навязываемые ей культурные и социальные правила.

Ключевые слова: свободная воля, автономия человека, утилитарное поведение, полевое поведение, зависимость от ситуации, лобный синдром, лоботомия, синдром Туретта.

Существуют психоневрологические заболевания, при которых человек частично или полностью утрачивает свободу воли. Эта ут-

Идея этой статьи появилась в ходе подготовки к лекционному курсу «Я и Другой в контексте психиатрии», который я читал весной 2012 г. в рамках философского клуба «Симпозион». Благодарю всех моих слушателей за внимание и поддержку, а также за их вопросы, реплики и комментарии. Особую благодарность выражаю замечательному самарскому психиатру профессору Геннадии Николаевичу Носачеву, посетившему одну из моих лекций и прочитавшему черновик данного текста, за его очень ценные замечания и советы.

рата выражается либо в непреодолимой тяге к стереотипным реакциям на различные аспекты ситуаций, либо, наоборот, в полной апатии и отсутствии желания делать что-либо вообще. В одних случаях наблюдается, так сказать, воля без свободы, то есть без возможности контролировать свои желания, в других случаях — отсутствие воли.

Существование подобных заболеваний порождает, как минимум, несколько вопросов. Если суть заболевания в нарушении контроля поведения, то кто (или что) контролирует поведение здорового человека? Поведение контролируется физиологическими процессами в головном мозге или самим человеком, его Я? Можно ли считать больного, не знающего о том, что в своем поведении он полностью зависим от обстоятельств и ситуаций, автором своих действий? Или автором своего свободного поведения, обладателем свободной воли является только тот, у кого функции головного мозга в норме? Не может ли дело обстоять так, что и нормальные здоровые люди целиком зависят в своем поведении от ситуаций, обстоятельств и причинно-следственных связей, лежащих в основе работы их мозга, но просто не догадываются об этом?

Конечно, на большинство этих и других взаимосвязанных с ними вопросов однозначных ответов в настоящее время не существует. Да если бы они и существовали, на их изложение понадобилась бы не одна книга. Тем не менее именно подобные вопросы и желание на них ответить задают контекст, в котором возникла данная статья. Я попробую в ней сделать предварительный обзор некоторых фактов, имеющих отношение к проблеме свободной воли, рассматриваемой сквозь призму ее возможной утраты. Основная идея очень проста: *чтобы лучше понять, что такое свободная воля в норме, следует приглядеться к поведению тех, кто ее потерял.*

Утилизационное поведение

В начале 1980-х годов французский нейропсихолог Франсуа Лермитт (1921—1998) описал поведение нескольких пациентов с повреждениями фронтальных областей коры головного мозга. Когда в поле их досягаемости оказывалась какая-либо вещь, они не могли удержаться от того, чтобы что-то сделать с ней, даже если ситуация в целом не подходила для этого. Лермитт охарактеризовал данный симптом как расширение так называемой *магнетической апраксии* и назвал *утилизационным поведением*. «Это поведение осуществлялось с различными утилитарными предметами. Для пациентов предъявление предметов обозначает требование схватить и использовать их»¹. Позже он предложил рассматривать в качестве разновидности утилизационного поведения *имитационное поведение*, когда «пациенты подражают жестам и поведению врача (examiner) вопреки тому

¹ *Lhermitte F. Utilization behaviour and its relation to lesions of the frontal lobes // Brain. 1983. Vol. 106: 237-255. P. 237. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6850269> (дата обращения: 15.02.12).*

факту, что их не просили об этом, и продолжают подражать после того, как их попросили остановиться»².

Если ранние исследования Лермитт посвящал поведению больных в относительно простых ситуациях клинического взаимодействия врача и пациента, то в статье 1986 г. он описывает потерю автономии двумя такими пациентами «в комплексных ситуациях повседневной жизни»³. В лекционной аудитории, в машине, в саду, в магазине, в гостях они вели себя так, как если бы окружающие обстоятельства вынуждали их поступать в каждой ситуации вполне определенным способом. Лермитт назвал это *синдромом зависимости от среды* (environmental dependency). Наиболее яркий пример проявления такого синдрома: один из пациентов, заходя в гостях в чужую спальню и видя кровать, раздевается, ложится под одеяло и засыпает. При этом он не замечает ничего необычного в своем поведении.

Как пишет Ж. Камбье, «продолжая его исследования пациентов с фронтальным синдромом, Лермитт показал, что зависимость от предметов и зависимость от индивидов может быть пролонгирована в форме зависимости от социального контекста, что окончательно характеризует потерю автономии. Последнее его наблюдение, в 1993 г., заключалось в том, что определенные сильные депрессивные состояния порождают утилизационное и имитационное поведение, сходное с типом поведения вследствие фронтального синдрома органического происхождения»⁴.

Полевое поведение

Американский нейропсихолог Элхонон Голдберг называет описанные выше симптомы *полевым поведением*: «Подверженность случайным отклонениям и проявление неспособности следовать планам являются общими признаками заболевания лобных долей. Оно известно как “полевое поведение”. Пациент с болезнью лобных долей будет пить из пустой чашки, надевать чужой пиджак или писать карандашом на поверхности стола просто потому, что чашка, пиджак и карандаш находятся в его окружении, даже если эти действия не имеют смысла. Этот феномен интенсивно исследовался французским неврологом Франсуа Лермиттом, который назвал его “утилизационным поведением”»⁵.

² Lhermitte F., Pillon B., Serdaru M. Human Autonomy and the Frontal lobes. Part I: Imitation and Utilization Behavior: A Neuropsychological Study of 75 Patients // Ann Neurol. 1986. Vol. 19:326—334. P. 326. URL: <http://pacherie.free.fr/COURS/MSCLhermitte-AnNeuro-1986a.pdf> (дата обращения: 15.02.12).

³ Lhermitte F. Human autonomy and the frontal lobes. Part II: Patient behavior in complex and social situations: The “environmental dependency syndrome” // Annals of Neurology. 1986. Vol.19:335–343. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ana.410190405/abstract> (дата обращения: 16.02.12).

⁴ Cambier J. The loss of human autonomy: utilization and imitative behaviors. // Rev Neurol (Paris). 1999. Vol. 155 (10):879–83. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10546302> (дата обращения: 15.02.12).

⁵ Голдберг Э. Управляющий мозг: Лобные доли, лидерство и цивилизация / пер. с англ. Д. Бугакова. М.: Смысл, 2003. Гл 8 URL: <http://the-fifth-way.narod.ru/ExecutiveBrain/108.htm> (дата обращения: 17.02.12).

Я думаю, что употребление в этом контексте термина *полевое поведение* связано с тем, что Голдберг до эмиграции учился в МГУ под руководством Александра Романовича Лурия. В англоязычном интернете такой термин не встречается, западные авторы его почти не используют. А вот в русскоязычной психологии он распространен, так как был введен под влиянием Курта Левина еще в 1930-е годы:

«В 30-е годы Левин бывал в Москве, общался и переписывался с Л. С. Выготским и А. Р. Лурией, которые планировали перевод его работ на русский. Тогда же некоторые ученики Левина, учившиеся у него в Берлине, приехали в Советский Союз и стали работать у нас. Наиболее известна из них Б. В. Зейгарник, ставшая одним из ведущих профессоров факультета психологии МГУ.

«... А. Н. Леонтьев нигде не ссылается на Левина, хотя те, кто был знаком с Алексеем Николаевичем лично, помнят, что словосочетание “полевое поведение” как оппозиция поведению волевому входило в число излюбленных им обиходных выражений»⁶.

Блюма Вульфовна Зейгарник, которая в Берлинском университете писала под руководством Левина дипломную работу, приводит наглядный пример того, как понималось тогда полевое поведение:

«Испытуемого, которого пригласили якобы с целью исследования его “интеллекта” или “памяти”, просили минуточку подождать. “Я забыл, что мне необходимо позвонить”, — говорил экспериментатор, выходил из комнаты, а сам наблюдал (через стекло Гизела) за тем, что будет делать испытуемый, оставшись наедине. Все без исключения испытуемые (а это были не только студенты, но и сотрудники берлинского института психологии — профессора, доценты) производили какие-то манипуляции с предметами: некоторые перелистывали книгу, трогали “шкафчик”, проводя пальцем по бисерной занавеске; все без исключения позванивали колокольчиком (автор данной книги тоже не составил исключения). К. Левин задался вопросом, почему же взрослые, серьезные люди совершали подобные манипуляции, и отвечал, что в ситуации, в которой субъект не занят осмысленным действием (а для К. Левина это означало, что в данной ситуации у людей не формировалось дифференцированного намерения), поведение становилось “ситуативно обусловленным”, “полевым”»⁷.

Из процитированных выше работ следует, что Левин и различавшие под его влиянием *волевое* и *полевое* поведение советские психологи понимали полевое поведение прежде всего как обусловленное ситуацией поведение здорового человека, даже не все его поведение целиком, а только те его аспекты, которые провоцировались окружающими обстоятельствами, психологическим полем. С этой точки зрения, контекстно-зависимое поведение пациентов Лермитга — это полевое поведение больных с по-

⁶ Леонтьев Д. А., Патяева Е. Ю. Курт Левин: в поисках нового психологического мышления. URL: <http://www.psychology-online.net/articles/doc-962.html> (дата обращения: 18.02.12).

⁷ Зейгарник Б. В. Понятия квазипотребности и психологического поля в теории К. Левина // Теория личности К. Левина / Б. В. Зейгарник. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1981. С. 18—32, 43—51. URL: <http://flogiston.ru/library/zeygarnik> (дата обращения: 18.02.12).

вреждениями фронтальной коры и суть заболевания заключается в том, что оно не компенсируется волевым поведением. То есть *склонность к полевому поведению сама по себе — не столько проявление болезни, сколько норма*. Патология заключается в том, что нарушено волевое поведение и утеряна автономия.

Отсутствие желаний и инициативы

У пациентов Лермитта *утрата воли выражалась в их неспособности к целенаправленному поведению*, к действиям в соответствии с заранее принятыми планами. Воля, с этой точки зрения, — это *способность чего-либо желать, ставить перед собой цели и последовательно их реализовывать*, не отвлекаясь и не сбиваясь с пути настолько, чтобы полностью забыть о своих первоначальных планах. Можно сделать предположение, что у пациентов Лермитта какие-то желания возникали, но как только ситуация менялась; они отвлекались от первоначальных целей и забывали о том, что делали до этого.

Но возможна и более радикальная потеря воли, *абулия* — состояние, когда почти *не возникает желаний*. «Лобный синдром абулического типа — это утрата инициативы, способности к творчеству, любознательности, безразличие и апатия. <... Лобный синдром абулического типа наблюдается при поражении дорсолатеральной префронтальной зоны»⁸. Голдберг в данном случае использует термин *дорзолатеральный синдром*⁹. Этот синдром наблюдается также у пациентов, которые перенесли лейкотомию, лоботомию или цингулотомию¹⁰.

⁸ Лобный синдром (0457, 0007) // Биология и медицина. URL: <http://medbiol.ru/medbiol/har/0034927c.htm> (дата обращения: 22.02.12).

⁹ Обратите внимание, что в русскоязычных источниках встречается два варианта написания: *дорсолатеральный* и *дорзолатеральный*. Для тех, кто не силен в анатомии, я рискну объяснить расположение дорсолатеральной префронтальной зоны так: она находится на верхней поверхности полушарий в передней верхней части лба, примерно там, где у большинства людей начинают расти волосы; это передний полюс коры и ближайшие к нему области справа и слева от него. Наиболее внятная схема из тех, что можно найти в интернете, расположена по адресу URL: <http://medbiol.ru/medbiol/har/00539639.htm> (дата обращения: 22.02.12).

¹⁰ Изобретателем *префронтальной лейкотомии* был португальский врач Эгаш Мониш (Antunio Egas Moniz). Первые операции Мониша были произведены в 1935–36 гг. Первоначальная процедура Мониша заключалась в том, что он просверливал отверстие в черепе и через него вводил инъекцию спирта, разрушающую соответствующий участок коры. Затем он изменил процедуру и вводил в просверленное отверстие тонкий хирургический инструмент, с помощью которого рассекал белое вещество, соединяющее лобную кору с другими отделами мозга (отсюда название процедуры — лейкотомия, что буквально обозначает рассечение белого вещества, и название соответствующего хирургического инструмента — лейкотом). Американский психиатр Уолтер Фримен (Walter Jackson Freeman) модифицировал процедуру и переименовал ее в *префронтальную лоботомию*. Первая префронтальная лоботомия была произведена им в 1936 г. В 1937 г. итальянский психиатр Амарро Фьямберти (Amarro Fiamberti) разработал способ доступа к мозгу пациента

Голдберг характеризует пациентов с дорзолатеральным синдромом как крайне *инерционных*. «Наиболее бросающейся в глаза особенностью их поведения была неспособность инициировать какое бы то ни было поведение. Однако, начав вести себя определенным образом, пациент равным образом не был способен прекратить или изменить свое поведение по своему желанию»¹¹. У пациента по имени Владимир вследствие травмы были удалены полюса лобных долей, и в его поведении радикально проявлялись оба вышеназванных аспекта дорзолатерального синдрома — как утрата собственных желаний, так и зависимость от ситуации. Я не могу удержаться от того, чтобы процитировать несколько довольно длинных отрывков из описания поведения этого пациента Голдберга, поскольку они очень наглядны и позволяют неспециалисту понять то, что скрывается за сухими терминами диагностических справочников и медицинских статей. Сначала приведу примеры инерционного поведения:

«Когда его просили нарисовать крест, он вначале игнорировал инструкцию. Мне приходилось поднимать его руку своей рукой, помещать ее на страницу и слегка подталкивать, — только затем он начинал рисовать. Но начав рисовать, он не мог остановиться и продолжал рисовать маленькие кресты до тех пор, пока я не брал его руку в свою и не поднимал ее от листа. <...

Я просил Владимира послушать простой детский рассказ “Лев и мышь”, а затем повторить его. В рассказе говорится следующее:

“Лев спал, и мышь начала бегать вокруг него и шуметь. Лев проснулся, поймал мышь и уже был готов съесть ее, но затем решил проявить милосердие и отпустил мышь. Через несколько дней охотники поймали льва и привязали его веревками к дереву. Мышь узнала об этом, прибежала, перегрызла веревки и выпустила льва на свободу”.

А вот как Владимир пересказывал эту историю:

“Итак, лев подружился с мышью. Мышь была поймана львом. Он хотел удавить ее, но затем отпустил. Мышь начала танцевать вокруг него, петь песни и была

через глазные впадины (орбиты). Фримен узнал об этом способе в 1940-е годы, усовершенствовал процедуру и назвал ее *трансорбитальная лоботомия* (по-русски этот термин также переводится как *транслазничная лоботомия*). Инструментами были тонкие иглы, напоминающие ножи для колки льда, сам Фримен их так и называл — *ice picks* (по-русски их также называют скальпелями или пешнями), поэтому процедура также известна как *ice pick lobotomy*. В 1948 г. британский психиатр Хью Кэрнс (Hugh Cairns) разработал операцию под названием *цингулотомия* — рассечение нервных волокон поясного тракта там, где он проходит через поясную извилину, и попутное рассечение части поясной извилины. Существовали также и другие похожие психирургические процедуры (см.: Сакс О. Антрополог на Марсе / пер. с англ. А. Николаева. М.: АСТ, 2009. С. 81—84; Слейтер Л. Открыть ящик Скиннера / пер. с англ. А. А. Александровой. М.: АСТ, 2007. С. 280—309; Лоботомия // Медицинский справочник. URL: http://www.yadoktor.ru/entry/медицина/история_медицины/лоботомия/ (дата обращения: 22.02.12); Eisenber L. Book Review: Last Resort: Psychosurgery and the limits of medicine. By Jack D. Pressman // The New England Journal of Medicine. 1998. Vol. 339:1719-1720. URL: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199812033392317> (дата обращения: 22.02.12)).

¹¹ Голдберг Э. Управляющий мозг: Лобные доли, лидерство и цивилизация. URL: <http://the-fifth-way.narod.ru/ExecutiveBrain/108.htm> (дата обращения: 17.02.12).

Свобода воли и ее утрата в контексте нейропсихологии

отпущена. После этого мышь была принята в его доме...львами, различными животными. После того, как она была отпущена, так сказать, она не была поймана, она была свободна. Но когда она была полностью отпущена и свободно ходила...”

В этом месте я спросил: “Ты закончил?” Но Владимир сказал: “Еще нет”, и продолжал:

“Итак, она была отпущена львом полностью, после того, как лев послушал ее, и она была отпущена на все четыре стороны. Она не убежала и осталась жить в его пещере. Затем лев поймал ее снова, немного позже... Я не помню этого точно. Итак, он поймал ее снова и снова отпустил ее. Теперь мышь вышла оттуда наружу и пошла к своему убежищу, к себе домой. А там другая мышь. Итак, мышь открывает дверь в это... как ты его называешь? Привет! Привет! Как твои дела? Хорошо, более или менее. У меня все в порядке. Рад тебя видеть. У меня квартира... и дом... и комната. Большая мышь спрашивает меньшую: «Как твои дела? Как оно движется?»”

Я говорю: “Ты лучше заканчивай”. Но Владимир снова говорит: “Еще нет”, и продолжает:

“Итак, все было хорошо. У меня было много друзей. Они часто собирались вместе... но дружба прекратилась, так что скажи ему, что я пропущу эти совместные встречи...”

Владимир продолжал свой монолог до тех пор, пока я не выключил магнитофон и не ушел¹².

Этот пример мне кажется чрезвычайно интересным потому, что инерция здесь проявляется не просто в моторном поведении, но в мышлении и речи. Ведь в повседневной жизни именно способность бесконечно рассказывать какие-то истории иногда рассматривается как признак интеллектуальной деятельности. Например, мне кажется, что диджей на радио и телевидении непрерывно несут какую-то чушь, зарабатывая этим вполне приличные деньги. Подозреваю, что, с точки зрения большинства людей, философы на лекциях занимаются тем же самым, только относительно бесплатно. То есть самим рассказчиком его повествование может восприниматься как вполне логичное, осмысленное и интересное, а со стороны выглядеть как проявление инерции мышления, болтовня. Очевидно, что в норме *инерция в различной пропорции сочетается с инициативой*, что и характеризуется как наличие свободной воли. Когда же при патологии утрачивается либо одна, либо другая способность и человек или не может инициировать действие, или не в состоянии его продолжать, мы говорим, что он несамостоятелен.

Ситуативность мышления

А вот пример Голдберга, иллюстрирующий полевое поведение Владимира и опять-таки показывающий, что оно может быть реакцией *как на внешние обстоятельства, так и на внутренние ассоциации*. То есть в каком-то смысле можно говорить не только о полевом поведении на уровне внешних физических действий, но полевом *мышлении и речи*:

«Простой эксперимент иллюстрирует сильно поврежденную способность Владимира следовать планам. Я просил Владимира прослушать сказку “Курица и золотые яйца”, а затем воспроизвести ее по памяти. История звучит так:

¹² Там же.

“У человека была курица, которая несла золотые яйца. Человек был жадным и хотел сразу иметь больше золота. Он убил курицу и разрезал ее, надеясь найти внутри много золота, но там не оказалось ничего”.

Владимир повторил историю следующим образом:

“Человек жил с курицей... или скорее человек был хозяином курицы. Она производила золото... Человек... хозяин хотел больше золота сразу... так что он разрезал курицу на куски, но там не было золота... Вообще не было золота... он разрезает курицу еще... нет золота... курица остается пустой... И так он ищет снова и снова... Нет золота... он ищет кругом во всех местах... Поиск проходит с магнитофоном... они смотрят здесь и там, ничего нового вокруг. Они оставляют магнитофон включенным, что-то там крутится... какого черта они там записывают... какие-то цифры... 0, 2, 3, 0... так они записывают все эти цифры... не очень многие из них... именно поэтому все другие цифры записываются... оказалось не очень многие из них либо... так все было записано...” [монолог продолжается]

<... Объясняется это странное поведение окружающей обстановкой. Я сижу перед Владимиром с переносным магнитофоном на коленях, записывая тот самый монолог, который мы обсуждаем сейчас.

<... Полевое поведение является сложным феноменом, который может принимать многочисленные формы. Иногда полевое поведение направляется внешними стимулами окружающего мира, а иногда оно направляется внутренними ассоциациями, находящимися вне контекста. По мере того как мы следуем за повествованием Владимира, оно делает поворот, который не находит готового объяснения во внешнем окружении. Вслед за упоминанием магнитофона и числа 5, “вращающегося там”, Владимир начинает описывать маршрут городского автобуса номер 5 в центре Москвы. Это также полевое поведение, но отвлечение теперь обнаруживается не во внешнем мире, а среди внутренних ассоциаций собственной памяти Владимира»¹³.

Существование гипертрофированного полевого поведения подсказывает, что возможны болезни, в которых именно способность к полемому поведению будет нарушена. Хотя я никогда с описанием таких синдромов не сталкивался, может быть, просто в виду отсутствия профессиональной подготовки в данной области, я могу предположить примерный характер такого возможного заболевания. Пациент с таким синдромом мог бы прекрасно планировать и придерживаться своих планов, осознанно, свободно и творчески подходить к принятию решений, но не быть в состоянии воспользоваться подсказками окружающей среды и гибко изменить курс своих действий, не понимать назначения и способов употребления каких-либо простых вещей, не иметь к ним интереса и не обращать на них внимания. Такого человека было бы трудно отвлечь от выбранной им цели, сбить с пути. Это был бы творческий и самостоятельный, при этом настойчивый и, может быть, даже упрямый человек. Возможно, ригорист. В своей любви к правилам он мог бы быть похож на аутиста, но не был бы им. Аутист в каком-то смысле зависим от правил и расписания так же, как пациенты Лермитта зависимы от окружающей среды. А это был бы автор своих действий, не испытывающий, подобно аутистам, ужаса при нарушении планов, но и не обладающий гибкостью в понимании ситуаций, не замечающий их нюансов. Возможно, такой

¹³ Голдберг Э. Управляющий мозг: Лобные доли, лидерство и цивилизация...

пациент был бы похож на стереотипного рассеянного профессора, погруженного в решение научных задач и игнорирующего мелочи быта.

Потеря самоконтроля

При поражении нижних областей лобных долей воля может утрачиваться иначе, чем при дорзолатеральном синдроме. Инициатива и умение продолжать намеченные действия сохраняются, но больной не может следовать социальным нормам и ограничивать свои желания. Исчезает *воля как способность к самоограничению*. «Лобный синдром расторможенного типа — это импульсивное поведение, искажение взглядов, суждений, самокритики, способности предвидеть последствия своих действий. Такие больные поражают несоответствием между сохранным интеллектом и полной потерей элементарного здравого смысла. Несмотря на сохранность памяти, они не способны учиться на собственном опыте и упорно совершают одни и те же неадекватные поступки, не испытывая при этом ни чувства вины, ни сожаления. <... Лобный синдром расторможенного типа наблюдается при поражении медиальной префронтальной¹⁴ или поражении орбитофронтальной¹⁵ зоны»¹⁶. Голдберг называет это заболевание *лобно-базальным синдромом*.

«Этот синдром во многих отношениях противоположен дорзолатеральному синдрому. Пациенты эмоционально расторможены. Их аффекты редко бывают нейтральными, они постоянно колеблются между эйфорией и негодованием, причем контроль над эмоциями весьма ослаблен, если есть вообще. Их способность затормозить порыв к немедленному удовлетворению серьезно нарушена. Они делают то, что им нравится делать, тогда, когда им это нравится, не беспокоясь о социальных табу или правовых запретах. У них нет предвидения последствий их действий.

Пациент, подверженный лобно-базальному синдрому (вследствие травмы головы, цереброваскулярного заболевания или деменции), совершает кражи в магазинах, демонстрирует сексуально агрессивное поведение, безрассудно водит автомобиль или совершает другие действия, обычно рассматриваемые как анти-социальные. Эти пациенты отличаются эгоизмом, хвастовством, инфантильностью, вульгарностью и сексуальной распущенностью. Их юмор является плоским, а их веселость, известная как *Witzelsucht*, напоминает веселость пьяного подростка»¹⁷.

Неспособность следовать правилам

Лобный синдром обоих типов сопровождается, как правило, *анозогнозией* — неспособностью знать о собственном заболевании. Такие больные не подозревают о своей инертности и зависимости от ситуаций, *не*

¹⁴ Медиальная префронтальная зона находится на том же уровне, что и дорзолатеральная префронтальная зона, но только на медиальных поверхностях полушарий, в глубине между левым и правым полушарием.

¹⁵ Орбитофронтальная (передняя глазничная) зона находится на уровне глаз — в самой нижней части наружной поверхности передней коры.

¹⁶ Лобный синдром (0457, 0007) // Биология и медицина. URL: <http://medbiol.ru/medbiol/har/0034927c.htm> (дата обращения: 22.02.12).

¹⁷ Голдберг Э. Управляющий мозг: Лобные доли, лидерство и цивилизация. URL: <http://the-fifth-way.narod.ru/ExecutiveBrain/109.htm> (дата обращения: 23.02.12).

понимают, что они нарушают общественные приличия. Например, пациент Голдберга Владимир и пациенты Лермитта не догадывались о странностях своего поведения, о потере автономии. С этой точки зрения их интересно сравнить с другими пациентами, понимающими суть правил, но неспособными им следовать:

«Лобно-базальный пациент может отличать правильное от неправильного, но быть неспособным использовать это знание для регулирования своего поведения. Аналогичным образом, медиофронтальный пациент с повреждением передней цингулярной коры будет знать правила цивилизованного поведения, но будет неспособен следовать им»¹⁸.

Люди, страдающие от *синдрома Туретта*, также понимают суть правил, которым не всегда могут следовать, они осознают свои странности и пытаются с ними совладать, иногда преуспевая в этом, а иногда — нет. При этом они в состоянии поделиться своими самонаблюдениями. Поэтому анализ их поведения мне кажется очень важным для понимания свободной воли.

«Впервые описанное Жоржем Жилем де ла Туреттом в 1885 году, это заболевание характеризуется неконтролируемыми тиками лица и всего тела, принудительными хрюкающими звуками, непристойной речью и непрерывным “полевым” изучением окружающей среды»¹⁹. Предположительной причиной этого заболевания является дисфункция уже не столько лобных долей коры, сколько находящегося под ними нейронного узла, называемого *хвостатым ядром*²⁰.

Ребенок с синдромом Туретта часто воспринимается взрослыми, не знающими о его болезни, как избалованный хулиган, который дергается и строит рожи, дразнит других детей, просто не умеет и не хочет хорошо себя вести. Долгое время так относились и ко взрослым туреттикам, считая их поведение не столько проявлением заболевания, сколько следствием дурного характера, плохого воспитания и безответственности.

Туреттики могут и сами не знать о своей болезни, воспринимая ее проявления как дурные привычки, побороть которые не хватает сил. Психиатр Оливер Сакс описывает пациента по фамилии Беннетт, узнавшего

¹⁸ Там же. Попутно я хочу обратить внимание, что ситуация этих пациентов наглядно демонстрирует реальность проблемы правила у Людвиг Витгенштейна: знать правило и следовать ему — это разные вещи.

¹⁹ Там же, гл 10. URL: <http://the-fifth-way.narod.ru/ExecutiveBrain/108.htm> (дата обращения: 23.02.12).

²⁰ Это одна из немногих систем мозга, связанных с функционированием нейромедиатора дофамина (допамина), вызывающего у человека чувство удовольствия и вырабатываемого в больших количествах во время позитивного опыта. Существует гипотеза, что хвостатое ядро инициирует какие-то действия, а префронтальная область лобных долей пропускает их через систему когнитивных фильтров, разрешая одни действия и запрещая другие. Одно из объяснений синдрома Туретта заключается в том, что запускаемое хвостатым ядром поведение каким-то образом уходит из-под контроля префронтальной коры. Возможно, в некоторых случаях это заболевание имеет наследственную основу.

о синдроме Туретта только в 37 лет из радиопередачи, хотя тики у него были с семилетнего возраста. Вот отрывок из рассказа его жены:

«Я говорила ему: “Если ты бросишь свои художества, то я брошу курить”. Мы оба считали, что от этих навязчивых странностей легко избавиться, стоит лишь захотеть. Я спрашивала его: “Зачем ты совершаешь эти бессмысленные движения?” Он отвечал: “Сам не знаю”. Своих несуразных движений он не стеснялся и не считал их проявлением недуга...»²¹

Беннетт работал хирургом и проводил операции, водил машину и летал на самолете. Из этого, как и из подробных описаний Сакса, следует, что Беннетт мог в какие-то ключевые, ответственные моменты своей жизни избавляться от проявлений синдрома. Тиков не было во время проведения хирургических операций, и хотя они проявлялись за рулем, Беннетт никогда не попадал в аварии. Беннетт мог частично контролировать свое поведение при незнакомых людях, но позволял себе расслабиться в одиночестве или при тех, кто хорошо его знал и относился терпимо к его болезни.

«Мистер Беннетт рассказывал мне, что в первое время работы в госпитале он ужасно стыдился своей болезни и, положив, подпрыгивал в коридоре, только предварительно убедившись, что коридор пуст. Теперь положение изменилось: к его тикам привыкли, и стесняться их проявления на людях он перестал.

Разговор в ординаторской был обычным: врачи рассказывали о своих пациентах, обсуждая главным образом тяжелые случаи. Когда очередь дошла до мистера Беннетта, он улегся на пол, чуть скорчившись, и, потрясая одной ногой, рассказал о необычном проявлении нейрофиброматоза у одного из своих пациентов, которого он недавно прооперировал. Мистера Беннетта слушали внимательно. Серьезность сообщения и необычная манера доклада резко контрастировали друг с другом»²².

То есть, хотя Беннетту и удавалось какое-то время или при каких-то обстоятельствах себя сдерживать, он не мог избавиться от проявлений болезни полностью и «выпускать пар», когда это было возможно. В целом это мне напоминает поведение большинства обычных людей, которые пытаются совладать со своими дурными привычками. Ведь хотя считается, что от привычек можно отказаться, если проявить волю, проявить ее до конца почти никто не может. Наши привычки — это часть нас самих. С этой точки зрения, поведение Беннетта и других туреттиков — это выпуклая, гипертрофированная иллюстрация того, что происходит почти с каждым из нас. Мы думаем, что автономны, но на деле очень зависим от своих привычек.

Голдберг красочно описывает полевое поведение туреттиков и их осознание того, что с ними происходит. Они не могут совладать с соблазном, исходящим от вещей, тел и обстоятельств, и гораздо лучше, чем обычные люди, понимают, что не являются полноправными авторами своего поведения. Вот пример поведения туреттика по имени Ш. Ф.:

«Исследовательское поведение молодого мужчины было исключительным, его привлекало все, что встречалось на нашем пути: дерево, железная решетка, урна

²¹ Сакс О. Антрополог на Марсе / пер. с англ. А. Николаева. М. : АСТ, 2009. С. 128.

²² Там же. С. 113.

для мусора. По мере того, как мы продвигались по улице, он перепрыгивал от одного предмета к другому, проверяя их всеми своими органами чувств. Он смотрел, слушал, трогал, нюхал и лизал их языком. <... Когда мы вошли в ресторан по соседству, наш друг с туреттом под возмущенными взглядами других посетителей немедленно оцупал хозяйку, солидную женщину средних лет из Германии. Это было сделано с небрежной невинностью, походя. Так как я был старым клиентом, дама из Германии только посмеялась и оставила это без последствий»²³.

Вот отрывки из беседы Голдберга (ЭГ) с Ш. Ф. и еще одним туреттиком по имени Лоуэлл Хандлер (ЛХ):

«ЭГ: У вас часто возникает потребность касаться предмета или человека. Что происходит в вашей голове в этот момент и непосредственно перед ним?

ЛХ: Это повышенное сенсорное любопытство и отсутствие тормозов. Я сосредотачиваюсь на части тела или на предмете. Когда я сосредоточился на этом, потребность становится неконтролируемой. Это потребность, которой я не могу сопротивляться.

ШФ: Это тактильное любопытство, потребность исследовать. Меня привлекает кожаное кресло, пластиковая поверхность или другой предмет, который я должен потрогать. Это может принимать крайние формы. Однажды я подавился зубной щеткой, потому что хотел проглотить ее, чтобы узнать, как она ощущается во рту. Когда я ем, у меня иногда возникает потребность опустить лицо в пищу, чтобы почувствовать текстуру. Иногда у меня возникает потребность прикоснуться к нбцу столовыми приборами, ножом или вилкой, до тех пор, пока оно не начинает кровоточить. Поэтому я люблю есть сэндвичи, — чтобы избегать приборов, потому что, хотя это не происходит каждый раз, раньше или позже это случается. Я часто ем руками; мне неважно, что думают люди. Я могу делать это элегантно.

ЭГ: Допустим, что предмет, который вас интересует, находится вне пределов вашей досягаемости. Будете ли вы преодолевать препятствия, чтобы достать его?

ЛХ: Я смогу обуздать эту потребность, но Ш., возможно, нет.

ШФ: Иногда, когда я вижу предмет, до которого не могу дотронуться в тот момент, я возвращаюсь обратно через несколько часов, чтобы потрогать его. Несколько раз у меня возникала потребность потрогать вещи, когда я переносил тяжелую мебель. В этом случае я поддерживал мебель одной рукой и трогал другой.

ЭГ: Насколько сильна эта потребность? Станете ли вы трогать предмет или человека даже тогда, когда заведомо знаете, что это может привести к дурным последствиям? Или же вы будете в состоянии сдерживать эту потребность?

ЛХ: Вероятно, я смогу сдерживать потребность.

ШФ: Я постоянно трогаю горячие лампочки и обжигаю пальцы. <...

ЭГ: Ограничена ли эта потребность исследования только тактильной сферой? Или она включает и другие органы чувств?

ЛХ: Она включает все органы чувств. Но для меня это неизбежно заканчивается тактильными ощущениями.

ШФ: Также вкус и запах. Раньше я иногда помещал голову в унитаз, чтобы попробовать воду на вкус. Я больше не делаю этого. <...

ЭГ: Как насчет копролалии? Почему люди с синдромом Туретта испытывают потребность ругаться?

ЛХ: Твою мать... Я пошутил. Потому что это запрещено. Туретт — это отсутствие тормозов. <...

²³ Голдберг Э. Управляющий мозг: Лобные доли, лидерство и цивилизация...

ЭГ: Если это отсутствие способности сдерживать запрещенные мысли, то как обстоит дело с другими неуместными восклицаниями? Если вы видите жирного человека на улице, скажете ли вы вслух “жирный”, а если вы видите уродливого человека, скажете ли вы вслух “урод”?

ЛХ: Я не скажу, но некоторые с синдромом Туретта могут. Я знал женщину с копролалией. Мы вместе пошли в очень приличный ресторан на Манхэттене, и в ходе нашего разговора она выкрикивала что-нибудь оскорбительное о каждом входившем человеке. <...>

ЭГ: Некоторые врачи, работающие с синдромом Туретта, убеждены, что синдром Туретта ассоциируется с гиперсексуальностью. Что вы скажете об этом?

ЛХ: Я считаю себя гиперсексуальным и думаю, что это часть моего синдрома Туретта. Но для меня гиперсексуальность — просто специальный случай общей сверхчувствительности к любому стимулу. В сексе вы сталкиваетесь с сенсорным усилителем, а синдром Туретта усиливает привлекательность чего бы то ни было»²⁴.

Итак, синдром Туретта усиливает привлекательность всего вокруг, создает интерес и гиперактивность. Туреттик — это как бы проявление детской энергии во взрослом теле. В детстве все кругом красочно, интересно, привлекательно, все хочется посмотреть, попробовать на вкус, пощупать. Слова срываются с языка до того, как осознаются их последствия. Ноги и руки сами собой выдвигают кренделя. Хочется бегать и подпрыгивать, спокойно идти или сидеть на месте нет сил. Силы приходится затрачивать именно на то, чтобы быть молчаливым и спокойным, когда этого требуют учителя или родители. Энергия бьет ключом и не хватает воли ее контролировать.

Если синдром Туретта действительно связан, как полагают некоторые ученые, с активностью хвостатого ядра и ослаблением контроля за этой активностью со стороны лобных долей, то уместно сравнение туреттиков с влюбленными. «Группа под руководством доктора Фишера и доктора Артура Арона, психолога из Нью-Йоркского университета, проанализировала около двух с половиной тысяч снимков мозга. Они были получены во время обследования 17 влюбленных студентов колледжа. Сроки влюбленности: от двух недель до нескольких месяцев. Студенты рассматривали фотографии объектов своего обожания, пока аппарат для функциональной магнитно-резонансной томографии сканировал их головы. Затем исследователи сравнивали эти снимки с теми, когда студенты смотрели на фотографии просто знакомых»²⁵. Фото возлюбленного или возлюбленной вызывало активизацию хвостатого ядра, в то время как фото других людей — нет. Таким образом, есть повод думать, что интерес туреттиков к окружающим вещам сродни страсти, которую испытывают влюбленные. И все мы прекрасно знаем, что влюбленность — это безумие, когда не думаешь о последствиях своих действий, когда не можешь контролировать себя.

²⁴ Там же.

²⁵ Лаговский В. Что любовь делает с мозгом человека // Комсомольская правда. 29 июня 2005 г. URL: <http://www.kpru/daily/23536.3/41473/> (дата обращения: 25.02.12).

Получается, что полевое поведение при лобном синдроме и синдроме Туретта — это два разных типа потери автономии. При лобном синдроме воля утрачивается вследствие недостатка энергии, человек пассивен, у него нет собственных желаний и интересов. Поэтому он бессознательно опирается на подсказки среды, либо имитируя оружающих, либо стереотипно реагируя на типичные ситуации. При синдроме Туретта все наоборот: желаний и энергии слишком много и не хватает сил их контролировать. Полевое поведение — следствие непреодолимого интереса к окружающим обстоятельствам, вещам и людям.

Заключение

В описанных случаях воля дает о себе знать или как *источник уникативности*, или как *сдерживающий механизм*, который становится заметен именно потому, что он неисправен. С одной стороны, имеются побуждения, желания, с другой — понимание того, что в каких-то обстоятельствах следует сдержаться.

Если больные определенным стереотипным образом реагируют на ситуации, то каковы эти реакции и нельзя ли составить их каталог, классифицировать, построить их модели? Я думаю, что можно и нужно. Если здоровый человек отличается от больного только тем, что наряду с такими стереотипными реакциями у него также осуществляется сдерживающий контроль со стороны механизмов лобных долей, контроль на основе долгосрочных планов и целей, то и в здоровом человеке все эти реакции в качестве тенденции поведения должны присутствовать. Следовательно, их изучение имеет отношение не только к медицине, но и к психологии и социологии обычного поведения здоровых людей.

Наличие описанных выше болезней также подсказывает, что в норме поведение человека не может определяться только факторами среды и готовыми рецептами поведения. Поэтому *свобода воли и самосознание также характеризуются способностью к творчеству, к новизне, к неожиданным реакциям на ситуации*. С этой точки зрения интересна гипотеза Голдберга по поводу функциональной специфики левого и правого полушарий. Традиционно считается, что левое полушарие имеет дело с вербализованной, а правое — с образной информацией. Голдберг же обосновывает тезис о том, что левое полушарие управляет рутинными операциями в знакомых ситуациях, а правое специализируется в восприятии нового.

Кроме того, следует понять, как принимаются долгосрочные планы и цели, на основе работы каких механизмов. Может оказаться, что они похожи на механизмы стереотипных реакций, но имеют иные темпоральные масштабы. В какой мере человек сам является автором своих намерений получить высшее образование после того, как закончил школу, найти хорошую работу после того, как получил образование, завести семью, когда влюбился, и построить дом, если появились деньги? Такие цели скорее культурно предопределены обстоятельствами жизни, а не уникальны. И желание их реализовать может возникать вследствие работы механизмов, похожих на механизмы появления жажды при виде напитка,

желания рисовать при виде карандаша и желания лечь в кровать при виде кровати.

Откуда я знаю, что нельзя без разрешения залезать под одеяло в чужих спальнях, ощупывать встречных незнакомых женщин, дергаться и подпрыгивать при ходьбе, неприлично ругаться в общественных местах, рассказывать сальные анекдоты на официальных мероприятиях, засовывать голову в унитаз, изучать содержимое мусорных урн, лежать на полу во время презентаций, говорить людям в глаза все, что о них думаешь? Во-первых, другие так не делают. Во-вторых, меня этому научили. Источник всех этих приличий — не я сам, а другие люди, общество. Иногда я думаю, что только дома, только среди близких друзей могу расслабиться, уступить желаниям и быть самим собой, а иногда наблюдаю за поднимающимися из глубин моего существа побуждениями как чужими и не хочу себя с ними отождествлять. Где здесь подлинный Я — тот, кто желает, или тот, кто пытается сдержаться? Может быть, ни тот, ни другой, а третий — тот, кто наблюдает за первыми двумя и разрешает их конфликт?

Получается, что ни наличие желаний самих по себе, ни способность контролировать желания не делают волю свободной. Необходимы дополнительные основания для того, чтобы утверждать, что личностью не манипулируют ни через искусственно вызываемые побуждения и желания, ни через навязываемые ей культурные и социальные правила.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Голдберг, Э. Управляющий мозг: Лобные доли, лидерство и цивилизация / Пер. с англ. Д. Бугакова. — М.: Смысл, 2003. — Гл. 8.
2. Зейгарник, Б. В. Понятия квазипотребности и психологического поля в теории К. Левина // Теория личности К. Левина / Б. В. Зейгарник. — М.: Изд-во Моск. ун-та, 1981. — С. 18—32, 43—51.
3. Леонтьев Д. А., Патяева Е. Ю. Курт Левин: в поисках нового психологического мышления. URL: <http://www.psychology-online.net/articles/doc-962.html> (дата обращения: 18.02.12).
4. Лобный синдром (0457, 0007) // Биология и медицина. URL: <http://medbiol.ru/medbiol/har/0034927c.htm> (дата обращения: 22.02.12).
5. Лоботомия // Медицинский справочник. URL: <http://www.yadoktor.ru/entry/медицина/история-медицины/лоботомия/> (дата обращения: 22.02.12).
6. Сакс, О. Антрополог на Марсе / пер. с англ. А. Николаева. — М.: АСТ, 2009. — С. 81—84.
7. Слейтер, Л. Открыть ящик Скиннера / пер. с англ. А. А. Александровой. — М.: АСТ, 2007. — С. 280—309.
8. Cambier, J. The loss of human autonomy: utilization and imitative behaviors // Rev Neurol (Paris). 1999. Vol. 155 (10): 879-83. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10546302> (дата обращения 15.02.12).
9. Eisenber, L. Book Review: Last Resort: Psychosurgery and the limits of medicine. By Jack D. Pressman. // The New England Journal of Medicine. 1998. Vol. 339: 1719-1720. URL: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199812033392317> (дата обращения: 22.02.12).
10. Lhermitte, F. Human autonomy and the frontal lobes. Part II: Patient behavior in complex and social situations: The “environmental dependency syndrome” // Annals

А. Е. Сериков

of Neurology. 1986. Vol. 19:335–343. URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ana.410190405/abstract> (дата обращения: 16.02.12).

11. *Lhermitte, F.* Utilization behaviour and its relation to lesions of the frontal lobes // Brain. 1983. Vol. 106: 237-255. — P. 237. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6850269> (дата обращения: 15.02.12).

12. *Lhermitte F., Pillon B., Serdaru M.* Human Autonomy and the Frontal lobes. Part I: Imitation and Utilization Behavior: A Neuropsychological Study of 75 Patients // Ann Neurol. 1986. Vol. 19: 326-334. — P. 326. URL: <http://pacherie.free.fr/COURS/MS/Lhermitte-AnNeuro-1986a.pdf> (дата обращения: 15.02.12).