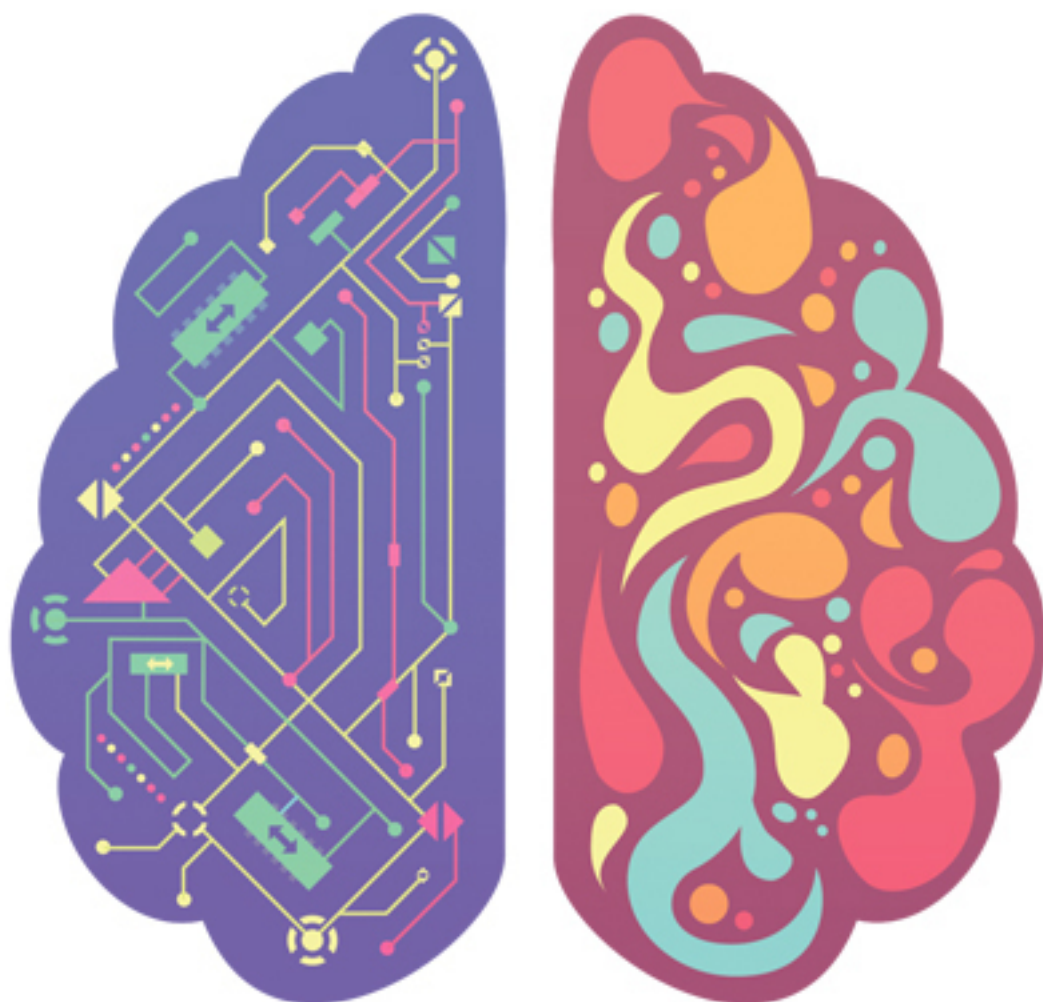


ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДИКИ ПАТОПСИХОЛОГИИ

С.Я. Рубинштейн



Сусанна Рубинштейн

**Экспериментальные
методики патопсихологии**

Издательский дом «Городец»

1999

Рубинштейн С. Я.

Экспериментальные методики патопсихологии /
С. Я. Рубинштейн — Издательский дом «Городец», 1999

ISBN 978-5-907982-74-1

Книга включает две самые известные работы выдающегося отечественного ученого, признанного авторитета в области патопсихологии Сусанны Яковлевны Рубинштейн (1911–1990). «Экспериментальные методики патопсихологии» — методическое руководство по применению экспериментальных методик исследования психики человека (сенсомоторной сферы, внимания, памяти, мышления, эмоционально-волевой сферы). Приведено подробное и исчерпывающее описание 34 практических методик, изложены принципы построения экспериментальных методик патопсихологии и роль экспериментального метода в изучении психики здоровой и отклоняющейся личности. В работе «Психология умственно отсталого школьника» рассматриваются своеобразие психического развития такого ребенка, особенности познавательных процессов в формировании личности. Книга снабжена необходимым рабочим материалом (бланки, протоколы, стимульные материалы), данным в приложении. Для психологов, психиатров, дефектологов, невропатологов. Печатается по изданию 1999 г. по правилам современной орфографии и с исправлением замеченных опечаток.

ISBN 978-5-907982-74-1

© Рубинштейн С. Я., 1999

© Издательский дом «Городец», 1999

Содержание

Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике	6
От автора	6
Часть I	8
Глава 1	8
Глава 2	12
Глава 3	14
Глава 4	17
Часть II	20
Глава 5	20
Глава 6	21
Глава 7	46
Конец ознакомительного фрагмента.	88

С.Я. Рубинштейн

Экспериментальные

методики патопсихологии

© Рубинштейн С.Я., 1999

© ИД «Городец», 2026

Все права защищены. Никакая часть электронной версии этой книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме и какими бы то ни было средствами, включая размещение в сети Интернет и в корпоративных сетях, для частного и публичного использования без письменного разрешения владельца авторских прав.

@ Электронная версия книги подготовлена ИД «Городец» (<https://gorodets.ru/>)

Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике Практическое руководство

От автора

Назначение этого методического руководства – помочь начинающим сотрудникам кабинетов экспериментальной патопсихологии и врачам-психиатрам овладеть приемами экспериментально-психологических исследований психически больных.

В развертывающейся сейчас сети кабинетов экспериментальной патопсихологии наряду с получающими специальное университетское образование патопсихологами начинают работать также врачи-психиатры, а в детских психоневрологических учреждениях – дефектологи. В опубликованных за последние десятилетия книгах, статьях и методических письмах по экспериментальной патопсихологии излагается содержание некоторых методик и указываются принципы их построения, но нет конкретного описания того, как следует проводить эксперименты. В связи с этим возникает необходимость в издании такого методического пособия, в котором было бы не только указано, для какой цели может служить та или иная экспериментальная методика, но и то, как подготовиться к опыту и как его провести, а также как интерпретировать полученные данные.

Разумеется, что и в этой области, как и во всех остальных разделах лабораторной работы, одно лишь книжное обучение недостаточно; навыками проведения экспериментально-психологических исследований больных следует овладевать под непосредственным руководством опытных специалистов на рабочих местах, в лабораториях экспериментальной патопсихологии.

Даже самый опытный психиатр едва ли решится приступить к экспериментально-психологическим исследованиям больных, не изучив предварительно основы общей психологии и не овладев практическими навыками экспериментальной работы. Тем не менее систематическое описание наиболее употребительных и апробированных методик нужно и для процесса обучения, и для справок в начале самостоятельной экспериментальной работы.

При описании методик и особенно способов анализа экспериментальных данных использованы опыт работы и результаты научных исследований коллектива сотрудников лаборатории экспериментальной патопсихологии Института психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР (профессора Б.В. Зейгарник, Ю.Ф. Поляков, В.В. Николаева, Т.И. Тепеницына, С.В. Лонгинова), а также опыт работы сотрудников кабинетов экспериментальной патопсихологии психоневрологических больниц и диспансеров.

В данную книгу вошло описание только тех методик, в применении которых автор имел достаточный личный опыт. Многие очень ценные экспериментальные методики, например используемые в области нейропсихологии (А.Р. Лурия, Е.Д. Хомская, Л.С. Цветкова), а также в области экспертизы трудоспособности психически больных (Э.А. Коробкова, В.М. Коган), не включены в данное описание отчасти потому, что уже описаны, а отчасти из-за недостаточного личного опыта автора этой книги. По той же причине возникает неравномерность в разделах, которые содержат интерпретацию экспериментальных данных; по некоторым методикам может быть дана детальная квалификация способов решений и ошибок больных, может быть указано диагностическое значение разных ошибок, а по другим – столь обширного опыта не накопилось и интерпретация дается более схематично или иллюстративно. Включение таких, в меньшей степени апробированных, методик в книгу диктуется следующими соображениями: раз-

нообразие клинических задач вынуждает пользоваться разными методиками, необходимость в них очень велика, а недостаточная степень апробированности может стать стимулом к тому, чтобы молодые специалисты продолжали и углубляли эту апробацию.

Часть I

Глава 1

Использование экспериментального метода для изучения психопатологических явлений

История развития естественных наук свидетельствует о том, что развитие каждой области знания зависит от совершенства методов исследования и что эксперимент является более совершенным методом, чем наблюдение и описание. Современная физика, химия и биология решают свои проблемы экспериментальным методом и обязаны своим прогрессом именно этому методу.

Экспериментальный метод широко используется во всех областях медицины, однако в психиатрии эксперимент до последнего времени используется преимущественно во вспомогательных лабораторных разделах и крайне мало – для анализа собственно психопатологических явлений.

Собственно психопатологические явления по традиции изучаются методом наблюдения и расспроса больных. В этой традиции сказывается в известной мере специфика психиатрии. Сама природа патологии психики такова, что установить ее, прежде всего, удастся при расспросе и наблюдении. По сравнению с другими областями медицины в психиатрии методики расспроса и наблюдения являются значительно более изощренными, разработанными и усовершенствованными. Опытный психиатр лучше, чем врач другой специальности, умеет установить контакт с больным, умеет выявить в беседе наличие бредовых идей, узнать о его галлюцинаторных переживаниях. Выявить различные оттенки состояния больных, например депрессию, апатию или беспечность, можно в беседе с самим больным, а также при расспросе персонала или родственников больного о его поведении. Врачи-психиатры достигают часто большого искусства в умении беседовать с больным, наблюдать за ним и затем описывать его психическое состояние. Поэтому в оценке состояния психики расспрос и наблюдение до сих пор остаются не только преобладающими, но почти единственными методами врачебного исследования, в то время как соматическое состояние психически больного исследуется многообразными современными лабораторными и экспериментальными методами. Между тем наступило время, когда в самой психопатологии, т. е. при анализе патологии психики, методы опроса и наблюдения должны быть дополнены экспериментом. Для того чтобы обосновать это положение, следует вспомнить, что такое эксперимент, и выяснить, какие обстоятельства затрудняют внедрение эксперимента в психопатологию.

Эксперимент во всякой науке отличается от простого наблюдения тем, что изучаемое явление специально создается или вызывается, а также тем, что оно многократно наблюдается и объективно регистрируется в специально создаваемых варьирующихся условиях. Благодаря эксперименту причина явления отделяется от условий, в которых оно развивается, становятся известными условия, усиливающие, ослабляющие либо уничтожающие данное явление. Таким образом, становится возможным познание причин и закономерностей развития и исчезновения явления, т. е. его сущности. Благодаря экспериментальному методу исследователь овладевает явлением. Именно экспериментальный метод в психопатологии дает исследователю возможность перейти от описания явлений к анализу причин и механизмов симптомообразования.

Точное, филигранное описание психопатологических симптомов было совершенно необходимым этапом становления психиатрических знаний. Но при переходе к познанию сущности

и причин возникновения тех или иных симптомов одних описаний становится недостаточно. Чтобы узнать причину и суть явления, нужно попытаться на него воздействовать, т. е. выяснить, при каких условиях оно может быть устранено, при каких усилено или впервые спровоцировано. А это и означает, что необходимо экспериментально исследовать каждый симптом. Некоторые психиатры пытались миновать этот этап и искать причины психопатологических симптомов только вне психического, в тех уровнях строения и функций организма, которые являются предметом иных наук (патоморфология, патофизиология, биохимия и т. д.).

Но причинно-следственные отношения в области психопатологии очень сложны. Симптомы расстройств психики не всегда прямо обусловлены этиологией болезни. Они могут носить вторичный характер (оставаясь все же типичными для течения определенной болезни). У каждого симптома может быть свой собственный, иногда очень сложный механизм развития, т. е. патогенез.

Еще в 1931 г. Л.С. Выготский писал о том, что причина поражения мозга ребенка не может однозначно определять симптом болезни. «Подобное утверждение, – писал он, – означало бы игнорирование процесса развития психики больного».

Невозможно предрешить вопрос о том, какие психопатологические симптомы детерминированы биохимическими, эндокринными, физиологическими или иными сдвигами, какие могут оказаться детерминированными другими психопатологическими либо же компенсаторными явлениями. Причиной отдельного психопатологического явления может стать продолжающаяся деятельность и все обстоятельства жизни человека с больным мозгом. Иными словами, многие психопатологические явления возникают при соприкосновении больного с теми или иными требованиями окружающей действительности, с ее воздействиями. Следовательно, определяющая причина каждого симптома может быть очень различна, она не задана, не предопределена самим поражением мозга, ее нужно исследовать и искать экспериментальными методами.

Поэтому весь сложный и многообразный ряд психопатологических симптомов и синдромов – бред, галлюцинации, явления психического автоматизма, эмоциональная тупость, беспечность, нескритичность, манерность, дурашливость, сужение круга интересов, деградация, эгоцентризм и т. д. – подлежит экспериментальному анализу.

Экспериментальный анализ симптома означает (как говорилось выше) разнообразные попытки воздействия на него, применение разных способов его ослабления, усиления или даже провоцирования. Только воздействуя на явление, можно узнать его сущность. Именно в таком экспериментальном анализе симптома состоит путь изучения механизмов его становления, его качественная квалификация. Иными словами, квалификация любого психопатологического симптома требует того, чтобы были экспериментально изучены условия и причины его развития. Для того чтобы узнать, например, что такое амбивалентность, негативизм и даже столь сложный синдром, как «психический автоматизм», нужно научиться это патологическое явление ослаблять, провоцировать, выявлять его причины и условия, способствующие либо препятствующие его появлению.

Следовательно, метод наблюдения в психиатрии должен быть дополнен экспериментальным, должны быть экспериментально изучены механизмы симптомообразования.

Но, может быть, использование экспериментального метода в психиатрии возможно ограничить двумя уже существующими направлениями, а именно – экспериментом на животных и учетом опыта лекарственной терапии? Рассмотрим эти вопросы.

Общепринятый в медицине эксперимент на животных имеет, разумеется, большое значение для психиатрии, поскольку с его помощью изучаются механизмы действия различных вредностей, лекарств и многие другие важные вопросы. Однако при истолковании собственно психопатологических явлений эксперимент на животных малопродуктивен и должен иметь ограниченное значение.

Перенос данных, полученных на животных, на человека возможен лишь в отношении аналогично функционирующих органов и систем. Что же касается функции нервной системы, то здесь перенос требует осторожности и может привести к грубым ошибкам. Об этом говорил академик И.П. Павлов.

Строение мозга человека принципиально отличается от строения мозга животных; даже в пределах сходных мозговых структур локализация функций животных и человека оказывается различной. Наконец, и это наиболее важно, у животных и человека различно происхождение психических свойств и процессов, различно соотношение структуры и функций. Психические процессы и психические свойства человека, как это показано в исследованиях советских психологов, не возникают в результате созревания определенных мозговых структур, они не фиксированы строением мозга.

Психические процессы и свойства личности человека формируются в онтогенезе на основе его собственного жизненного опыта и присвоения им опыта человечества с помощью речи и предметных действий. Лежащие в их основе системы условно-рефлекторных связей или особые «функциональные органы» (А.А. Ухтомский, А.П. Леонтьев) также возникают в онтогенезе и детерминированы образом жизни.

Следовательно, психические процессы и свойства человека возникают иначе, они принципиально отличны от психики животных, они общественно, а не биологически детерминированы. В оценке тех психопатологических явлений, которые специфичны для человека, т. е. таких, как расстройства восприятия, мышления, эмоционально-волевой сферы, самооценки и т. д., эксперимент на животных использован быть не может. Изучать психические расстройства на животных – значит грубо биологизировать психику человека и, по существу, отказаться от изучения психопатологии. В этом разделе психиатрия вынуждена идти иными путями, чем остальные области медицины. Экспериментальное изучение психопатологии возможно только на человеке.

Второй вопрос заключается в том, может ли заменить введение экспериментального метода анализ опыта лекарственной терапии? Еще В.А. Гиляровский поставил вопрос о том, что терапия психозов дает психиатру интереснейший экспериментальный материал. Действительно, в широком смысле слова практика лекарственной терапии (так же как и анализ последствий случайных отравлений, опухолей и огнестрельных ранений мозга) может быть отнесена к категории естественного эксперимента. Было бы излишне говорить об огромном научном значении анализа опыта лекарственной терапии. Но если вспомнить определение эксперимента в его узком научном смысле слова и те условия, которые при таком эксперименте должны быть соблюдены, легко понять, что практика терапии психических болезней на данном этапе далека от эксперимента и даже в известном смысле принципиально контрастна по направленности. Лечение больного требует индивидуального подхода, индивидуально подобранных дозировок, комбинирования лекарственных средств. При терапии часто один курс лечения назначают вслед за другим, не зная точно явлений последействия, не учитывая того, как лекарство сочетается с условиями режима жизни и труда больного. На ход болезни и ее симптомы влияют множество факторов, в том числе фактор времени. Поэтому в практике терапии мало повторяющихся фактов, очень приблизительной является регистрация сдвигов, с трудом подбираются контрольные группы. Иными словами, не хватает всего того, что необходимо для эксперимента.

Следовательно, опыт терапии психозов также не может полностью заменить экспериментальный анализ психопатологических явлений. Возникает необходимость специальных экспериментальных исследований психики больных людей.

Такие эксперименты уже проводятся.

Из числа опубликованных в Советском Союзе экспериментальных исследований психопатологических явлений наиболее продуктивными представляются так называемые фар-

макодинамические пробы. Такие серии экспериментов, заключающиеся в разовых применениях лекарственных веществ не с терапевтической целью, проводились А.Б. Александровским, А.М. Халецким, А.С. Познанским, Г.В. Столяровым, И.С. Сумбаевым, Р.Х. Газиным, М.А. Рыбалко и др. Эти эксперименты открывают новую интереснейшую страницу психопатологии. Но они могли бы стать еще продуктивнее, если бы эффект фармакологического воздействия более строго фиксировался.

Обычно сдвиги в общем психическом состоянии больных либо сдвиги в проявлениях того или иного исследуемого синдрома и симптома, возникающие в результате лекарственного воздействия, фиксируются все тем же методом наблюдения и расспроса. Поэтому они не могут быть достаточно объективно квалифицированы. Во время такого эксперимента больной продолжает какую-то деятельность, он присматривается, прислушивается к внешней обстановке, о чем-то беседует, но эта его деятельность протекает стихийно и не становится объектом точного исследования. Таким образом, эксперимент остается как бы половинчатым, незавершенным. Один из важнейших принципов (можно сказать, методологический принцип построения эксперимента школы академика И.П. Павлова, а именно – критерий реагирования на внешние воздействия) упускается.

Между тем экспериментальные фармакологические воздействия должны были бы быть дополнены различными способами учета этого реагирования. Так, например, если больному дают лекарство, в результате которого нормализуется его прежде разорванная речь, то беседа с больным до введения лекарства и после его введения должна быть однотипной, содержать однородные вопросы и требования. Если лекарственное воздействие направлено на ослабление (или усиление) бредовой настроенности больного, то эксперимент должен быть поставлен так, чтобы степень этой настроенности больного могла быть учтена хотя бы по его отношению к однородным воздействиям.

По всей вероятности, дальнейшие пути экспериментального анализа психопатологических явлений будут заключаться в сочетании фармакодинамических проб с патопсихологическим экспериментом. Несомненно, что в ближайшие годы по мере увеличения интереса к механизмам симптомообразования экспериментальные методы исследования психики больных будут все больше разрабатываться и применяться.

Иногда возникают сомнения в том, возможно ли вообще проведение экспериментальной работы с психически больными. Эксперимент предполагает многократное повторение каких-либо действий в строго одинаковых условиях; испытуемые должны понимать и выполнять инструкции экспериментатора; подразумевается одинаковая заинтересованность больных в выполнении этой инструкции. Всего этого трудно ожидать от психически больных. Тем не менее экспериментальная работа с ними возможна, и она практически проводится уже многие десятилетия.

Специфика психиатрической клиники требует лишь особого, более совершенного построения эксперимента. Необходима очень большая, «отработанная» простота инструкции, видоизмененная мотивировка заданий, особая тщательность протоколирования опыта¹. Следует подчеркнуть только, что при достаточной подготовке использование экспериментальных приемов при исследовании психически больных практически возможно.

Экспериментальный анализ причин и условий возникновения психопатологических симптомов и синдромов – задача самой психопатологии. Было бы совершенно неправильно предполагать, что такая задача может быть решена только с помощью экспериментальных методик патопсихологии.

¹ Обо всем этом подробно рассказано в главах 3 и 4.

Однако, поскольку в патопсихологии накоплен большой опыт экспериментального исследования психически больных, этот опыт может быть полезен психопатологии и психоневрологии.

Данная книга посвящена описанию экспериментальных методик патопсихологии и анализу опыта применения этих методик в психоневрологической клинике.

Глава 2

Области психоневрологической клиники, в которых используется патопсихологический эксперимент

В современной советской экспериментальной патопсихологии накоплены данные относительно типичных нарушений мышления, памяти, восприятия, эмоциональной сферы, речи и праксиса, характерных для различных заболеваний и их стадий. На основе этих данных возникает возможность выявления дополнительных дифференциально-диагностических признаков при экспериментальном исследовании каждого отдельного больного. Данные экспериментально-психологического исследования становятся продолжением и дополнением общего клинического изучения больных. Так, например, в тех стадиях развития атеросклероза головного мозга, в которых первые признаки психических нарушений еще мало заметны при клиническом наблюдении и выступают лишь в субъективных переживаниях и жалобах больных, экспериментально-психологическое исследование может установить объективные признаки ослабления памяти, внимания, зрительно-моторной координации.

При отграничении алкогольных психозов от шизофрении, осложненной алкоголизмом, существенным подспорьем может оказаться результат экспериментального исследования мышления. Так же важна оценка мышления при отграничении простой вялой текущей формы шизофрении от психопатии. Показатели внимания и памяти больных могут служить дополнением в диагностике различных органических поражений мозга, отграничиваемых от шизофрении.

Накоплены экспериментальные данные, позволяющие отграничить различные варианты атрофических поражений мозга в старческом возрасте от сосудистых деменций и т. д.

Поэтому в практической работе кабинетов экспериментальной патопсихологии психоневрологических больных и диспансеров чаще всего обследуются больные, вызывающие трудности в диагностическом отношении.

Второй, достаточно широкой сферой применения методик экспериментальной патопсихологии является оценка эффективности терапии. Подбирая серии однотипных методик, равнотрудных и направленных на оценку определенных нарушений, исследователь получает возможность на протяжении длительного времени оценивать сдвиги в состоянии больных. Такие исследования состояния больных в динамике представляют интерес как для научных учреждений, в которых апробируются новые препараты и новые методы лечения больных, так и для больниц, диспансеров, практически осуществляющих различные методы лечения и контроль их эффективности.

Методики экспериментальной патопсихологии, предназначенные для учета сдвигов в психическом состоянии, применяются не только в психиатрической и неврологической клиниках. В области профессиональной гигиены, а также в терапии и даже хирургии также иногда возникает задача точного анализа изменений внимания больных, колебаний темпа их работы и утомляемости. Для этой цели давно разработаны и успешно применяются различные серии экспериментальных методик.

Большой удельный вес имеют экспериментально-психологические исследования больных с целью психиатрической экспертизы (трудовой, воинской, судебной). Дело в том, что почти каждый больной обнаруживает какую-то заинтересованность в экспертном решении. Одни хотят, чтобы их признали психически полноценными, другие, наоборот, чтобы их при-

знали больными. Чем сохраннее личность больного, тем более он способен обнаружить какую-либо позицию в процессе экспертного обследования, особенно при экспериментально-психологическом исследовании. Следует учесть при этом, что реализация той или иной позиции во время испытания представляет собой значительно более сложную и опосредованную систему действий, чем обычный обман или сообщение врачам неправильных анамнестических сведений. Поэтому психологическое исследование больных в процессе любой психиатрической экспертизы очень часто вскрывает важные (трудно выявляемые без такого обследования) факты. Так, например, больной, диссимулирующий свою болезненную симптоматику, скрывающий анамнез, может при внешне упорядоченном поведении не проявить себя в беседе. И только в эксперименте может обнаружиться грубый дефект эмоциональной сферы и мышления. В противоположность такой ситуации, если больной добивается группы инвалидности или признания невменяемости после совершения правонарушений, он может высказывать правдоподобные жалобы, нередко заимствованные им из наблюдений за соседями по палате. Между тем даже простое экспериментально-психологическое исследование может легко вскрыть несоответствие жалоб больного и его экспериментальных данных. Опыт показывает, что те экспертные психиатрические комиссии, которые начали на каком-то этапе пользоваться экспериментально-психологическими данными, в дальнейшем часто отказываются выносить решения без применения этих методов – настолько полезными оказываются психологические экспериментальные методики именно в ситуации психиатрической экспертизы.

Область трудовой экспертизы требует особой модификации экспериментально-психологических методик, использования показателей времени и равномерности работы больных, соотношения разнообразных экспериментальных показателей с требованиями конкретной профессии больного. Большое количество оригинальных и тонких экспериментальных методик для практики трудовой психиатрической экспертизы разработано и апробировано В.М. Коганом и Э.А. Коробковой.

Трудную область, подлежащую компетенции патопсихолога, успешно разрабатывавшуюся в 1930–1940-х годах, но в последние годы мало продвинувшуюся, представляет собой рациональное трудоустройство инвалидов, правильный выбор видов труда для них, основанный на экспериментальном анализе структуры дефекта.

Воинская экспертиза (в ее наиболее простых случаях) ставит перед психологическим исследованием вопрос об отграничении педагогической запущенности, низкого культурного уровня от своевременно нераспознанной олигофрении. В иных случаях возникают и значительно более сложные задачи.

Особую трудность и вместе с тем особый интерес представляет использование методик экспериментальной патопсихологии в практике судебно-психиатрической экспертизы. В этих случаях, прежде всего, возникает вопрос о степени интеллектуального снижения (при сосудистых, посттравматических поражениях мозга, при олигофрении, эпилепсии). Между тем оценка степени снижения затруднена. Больные в процессе исследования проявляют ту или иную заинтересованность в исходе экспертизы и, следовательно, в оценке их ответов и действий. Чаще всего эта заинтересованность проявляется в аггравации действительно имеющих у больного расстройств памяти, внимания, осмысления. Построить эксперимент таким образом, чтобы сквозь эту «завесу» замедленности, отказов, нежелания выполнять экспериментальные задания найти возможность выявить истинную степень интеллектуального снижения, – задача трудная.

Как известно, клиническая картина заболевания у больных, проходящих судебно-психиатрическую экспертизу, усложняется благодаря реактивным состояниям или даже обычным легким личностным реакциям на травмирующую ситуацию. Во всех этих случаях эксперимент позволяет более объективно установить те или иные особенности патологии психики.

Использование методик экспериментальной патопсихологии в психиатрической клинике детского возраста имеет наиболее широкое распространение. Помимо обычного их использования с целью дополнения дифференциальной диагностики (очень часто между олигофренией и последствиями органических заболеваний мозга, между олигофренией и задержками психического развития из-за педагогической запущенности, недоразвития речи и т. д.) и учета эффективности терапии возникает специфическая для этой клиники задача – задача прогноза обучаемости детей и практических выводов из такого прогноза. Умелое применение особой группы методик «обучающего эксперимента», основанных на теории Л.С. Выготского о зоне ближайшего развития, помогает быстрее решить вопрос о желательном типе обучения ребенка с патологией психики.

Удельный вес экспериментально-психологических исследований многообразен в разных психиатрических учреждениях и при обследовании разных психически больных. Так, например, при наблюдении больных, страдающих диагностически ясно очерченными, выраженными психозами, потребность в таких дополнительных исследованиях меньше, между тем как в диагностически сложных случаях, при кратковременном диспансерном или экспертном обследовании, а особенно в приемных отделениях больниц, необходимость в экспериментально-психологических исследованиях возрастает.

Следует учесть возможность и необходимость видоизменения отдельных методических приемов. Один и тот же (по направленности) экспериментальный прием может быть по-разному использован применительно к возбужденному больному или к депрессивному и заторможенному. Далеко не всякий эксперимент удастся провести с подозрительно настроенным бредовым больным. Следует, однако, отметить, что почти нет таких больных в психиатрической клинике, включая возбужденных или мутичных и недоступных, к которым было бы совершенно невозможно применить какой-либо экспериментальный прием. Более того, именно такие больные, трудные для клинического изучения, чаще всего особенно интересно раскрываются при специально подготовленных экспериментальных исследованиях.

Одной из особенностей психологического исследования является многообразие конкретных методических приемов и вариантов эксперимента, поэтому особенно важно перед описанием отдельных методик дать характеристику основных принципов их построения.

Глава 3

Основные принципы построения патопсихологического эксперимента

Одним из основных принципов построения экспериментальных приемов, направленных на исследование психики больных, является принцип моделирования обычной психической деятельности, осуществляемой человеком в труде, учении, общении. Моделирование заключается в том, что вычленяются основные психические акты и действия человека и провоцируется или, лучше сказать, организуется выполнение этих действий в непривычных, несколько искусственных условиях. Так, например, если одним из типичных интеллектуальных процессов учащегося является ориентировка в тексте, его запоминание и краткое воспроизведение, то и эксперимент может состоять в том, что больному предлагают какой-либо ранее ему неизвестный текст, дают ему возможность определенное число раз прочесть его и спустя фиксированное время просят воспроизвести этот текст.

Количество и качество такого рода моделей очень многообразны; здесь и анализ, и синтез, и установление различных связей между предметами, комбинирование, расчленение и т. д. Практически большинство экспериментов заключается в том, что больному предлагают выполнить какую-либо работу, предлагают ему ряд практических заданий либо действий «в уме», а

затем тщательно регистрируют, каким способом больной действовал, а если ошибался, то чем были вызваны и какого типа были эти ошибки.

Таким образом, экспериментальные задания строятся по типу общепринятых в медицине адекватных функциональных проб. Для психической (т. е. отражательной) деятельности мозга адекватной функциональной пробой является дозированная умственная нагрузка. При всем многообразии психологических экспериментов общим для них является то, что больному предлагают выполнить то или иное задание по определенной инструкции, – задание, представляющее собой модель обычной интеллектуальной деятельности.

Вовсе не просто, однако, создать экспериментальный прием, который в подлинном смысле слова моделировал бы суть какой-либо психической деятельности. В области психологии труда, например, создано много приемов и аппаратных установок, в которых копируется внешняя сторона профессионального труда (кабины, пульта управления), но не всегда улавливается самая суть психической деятельности, обеспечивающей успех в той или иной профессии. В патопсихологическом эксперименте должна быть моделирована еще более общая, непрофессиональная структура деятельности: активная ориентировка в новом, целенаправленность, критичность, содержание ассоциаций.

Кроме того, даже создание принципиально правильной модели тех или иных психических актов еще не означает создание удачного экспериментального приема. Эта модель должна быть так подана больному, чтобы суть, или сердцевина, исследуемого психического процесса не зависела от намерений больного, была от него во многих случаях скрыта. Это достигается с помощью измененной мотивировки задания. Например, возникает задача исследовать содержание и связность свободных ассоциаций больного, но больного спрашивают о том, может ли он быстро говорить, и предлагают «на скорость», как можно быстрее, назвать 60 любых слов. Та же задача выявления содержания и связности ассоциаций больного может быть выявлена методикой «Пиктограмма». Предлагая эту методику, экспериментатор спрашивает обычно у больного, хороша ли у него зрительная память, и предлагает проверить ее с помощью рисунков, подбираемых к каждому запоминаемому слову. Больной старается запомнить слова, а предметом исследования становятся выбранные больным для опосредования образы.

В другом эксперименте (см. методику «Слуховые восприятия») у больного «проверяют слух», а предметом анализа становятся провоцируемые вследствие длительного прислушивания к тихим звукам вербальные слуховые обманы.

Примеров такой измененной мотивировки задания можно привести много, они станут понятнее после ознакомления со всеми методиками. Главное заключается в том, что моделируемый психический акт или процесс должен быть претворен в эксперименте в иначе мотивированное, простое, доступное разумению психически больного человека действие.

Вторым принципом построения патопсихологического эксперимента является направленность на качественный анализ психической деятельности больных. Для толкования экспериментальных данных существенно не то, решена или не решена предложенная больному задача; существенно не то, сколько процентов предложенных задач выполнено, а сколько нет. Лишь в редких, специально направленных заданиях ограничивается время их выполнения.

Главными для толкования экспериментальных данных являются качественные показатели, т. е. те показатели, которые свидетельствуют о способе выполнения заданий, о типе и характере ошибок, об отношении больного к своим ошибкам и критическим замечаниям экспериментатора. Этот важнейший принцип построения и истолкования экспериментов будет конкретно раскрыт при описании каждой экспериментальной методики в отдельности. Однако о нем очень важно указать в самом начале книги, так как в этом отношении методики, принятые в советской патопсихологии, существенно отличаются от психометрических экспериментов, сохранившихся и в настоящее время во многих зарубежных странах.

Принцип качественного анализа не следует понимать как нечто противоположное количественной статистической обработке данных. При апробации всех экспериментальных методик такая количественная обработка обязательно проводится, но подсчитываются способы выполнения заданий или ошибки и их типы. Так, например, исследование, проведенное Б.В. Зейгарник, показало, что при использовании метода пиктограммы у больных шизофренией рисунки в 64 % случаев носили бессодержательный, формальный характер. В «классификации предметов» ошибки больных по типу конкретно-ситуационных сочетаний встречались в 95 % случаев при олигофрении и только в 9 % случаев при шизофрении. Таким образом, количественные показатели являются обязательным условием качественного анализа данных. Противопоставить качественному анализу можно лишь измерительный характер тестов, попытки измерить коэффициент ума или иного свойства психики путем подсчета количества правильно решенных задач.

Излишней и просто невозможной при исследовании психически больных является чрезмерная стандартизация условий исследования, ограничение времени. Напротив, желательной, нужной оказывается помощь экспериментатора испытуемому, индивидуальный подход к нему в процессе исследования. Совместное преодоление ошибок, возникающих у больных в процессе выполнения экспериментальных заданий, учет того, какая помощь оказалась больному необходимой и достаточной, представляет наиболее интересный и показательный материал. Лишь в отдельных случаях сохраняет значение измерительный характер исследования: при анализе утомляемости, психического и моторного темпа.

Третий принцип, положенный в основу всех экспериментальных приемов, очень прост и вытекает из самого смысла слова «эксперимент».

Эксперимент требует точной и объективной регистрации фактов. При всех вариациях и видоизменениях конкретных методических приемов недопустимо сводить эксперимент к свободной беседе с больным или ограничиваться субъективной интерпретацией экспериментальных данных.

Разумеется, эксперименты, которые проводятся с психически больными, заведомо не могут быть столь точными и безупречными, как эксперименты в общей психологии. Психически больные не только нарушают порядок работы, предусмотренный инструкцией, но иногда и вовсе не так действуют, как должно, обсуждают и комментируют пособия, вместо того чтобы раскладывать их соответствующим образом, прячут их в карманы, выполняют действия, прямо противоположные тем, о которых их просят.

Однако все эти искаженные, не соответствующие инструкции действия больных не являются «срывом» эксперимента. Они представляют собой ценный экспериментальный материал, который может оказаться продуктивным и важным для анализа психики больного, при условии если все, что происходило во время эксперимента, было тщательно запротоколировано. И наоборот, какими бы интересными и яркими ни оказались результаты применения экспериментальных приемов, если не было во время опыта тщательного протокола, опыт можно считать сорванным. Совершенно недопустимо вести эксперимент без протокола; протокол – такое скучное, казалось бы, понятие – является «душой» эксперимента. Даже если высказывания больного записываются с помощью магнитофона, протокол все равно следует вести, так как нужно еще записать действия больного с пособиями, его эмоциональные реакции и т. д.

Для каждой экспериментальной методики существует обычно своя особая форма протокола и особый способ обработки экспериментальных данных. Знание формы протокола не менее обязательно для экспериментатора, чем знание инструкции и порядка проведения опыта.

Общей для многих методик формой является следующая.

Вверху на каждой странице протокола записывается фамилия больного, дата и название методики. В графе слева записываются этапы инструкции, реплики, вопросы и замечания

экспериментатора, в средней графе – действия больного, а в правой – устные высказывания, ответы и пояснения больного.

Экспериментатор	Действия больного	Высказывания больного
-----------------	-------------------	-----------------------

Приведенная схема вовсе не является универсальной. Обычно протоколы составляются гораздо подробнее. Повторяем, для каждой методики существует своя особая форма протокола, но общей для всех методик является запись действий и устных пояснений больного, запись той помощи (вопросов, критических возражений, подсказывающих реплик, прямых разъяснений), которую экспериментатор оказывает больному, и того, как больной принимает эту помощь (сразу спохватывается и исправляет ошибки, оспаривает возражения, считает равновероятными свой собственный неправильный ответ и ответ, подсказанный экспериментатором). Каждый эксперимент должен дать объективно зарегистрированные конкретные данные, которые могут быть повторно получены и другим экспериментатором, и с помощью каких-либо иных контрольных опытов.

Таковы общие принципы построения патопсихологического эксперимента.

Следует также указать способы варьирования условий эксперимента.

Первый способ заключается в варьировании ситуации, в которой находится больной. Так, например, можно с экспериментальной целью поместить больного в специально оборудованную комнату, положить около него какие-то предметы (например, около маленьких детей – игрушки), регистрировать поведение больного в абсолютной тишине и в условиях специально создаваемого шума или словесных раздражителей.

Второй способ заключается в искусственном варьировании деятельности больного. Например, для изучения состояния памяти больному предлагают заучивать что-либо; для изучения мышления его вынуждают решать разного рода задачи. Варьируется характер предлагаемой больному деятельности, варьируется ее трудность.

Третий способ заключается в искусственном варьировании состояния больного путем специальных (не терапевтических) лекарственных воздействий.

Глава 4

О направленности отдельных методик

До сих пор речь шла об эксперименте вообще – об эксперименте как о некотором принципе построения исследования. Однако в реальной практике патопсихологических исследований эксперимент принимает обычно форму каких-то конкретных специализированных методик. Каждая такая методика отвечает на узкий (частный) вопрос, характеризующий тот или иной аспект психической деятельности, каждая методика обладает заостренной направленностью на обнаружение какого-либо одного элемента психической деятельности или психического дефекта. Так, например, при исследовании мышления некоторые методики выявляют особенности суждений больного в условиях заданий, строго регламентирующих ход рассуждений, а другие – особенности суждений в условиях большой свободы в выборе направлений мысли. Одни методики выявляют устойчивость суждений больного при отвлекающих и сбивающих элементах заданий, другие – продуктивность ассоциаций при необходимости спонтанной деятельности.

Вариантов методик, направленных на исследование мышления, на анализ «внутренней лаборатории» мыслей больного, существуют большое количество. Среди них аналитические (ассоциативный эксперимент, методика Леонтьева, пиктограмма) и синтетические (пересказы,

классификации), словесные (существенные признаки, простые и сложные аналогии) и вещные, предметные (исключение предметов, последовательность событий), требующие одномоментной сообразительности (карикатуры, исключение предметов) и длительной однотипной работы (простые аналогии, счет по Крепелину). Одни требуют определенной стратегии логического мышления (Выготского – Сахарова, классификация), другие – только «схватывания» (сюжетные картинки), одни больше выявляют понимание, другие – творчество. Перечислить вариации экспериментальных приемов трудно, важно лишь отметить, что только определенная совокупность приемов и сопоставление разных экспериментальных данных дают основание для оценки особенностей интеллектуальной деятельности больного.

Методики экспериментальной патопсихологии могут быть также использованы для анализа самых простых нарушений психики. Даже такая, казалось бы, элементарная особенность психики, как замедленность ее процессов, может по-разному раскрыться при экспериментальном исследовании. В одних случаях замедленность обусловлена психогенной депрессией, и тогда больные оказываются способными к быстрому, легкому пониманию различного материала; замедленность проявляется главным образом в продуктивной деятельности, в практических действиях больных. В других случаях необычайная медлительность раскрывается как компенсаторный механизм, прикрывающий растекаемость мышления больного; при переключении от словесно-логических заданий к техническим или счетным больной начинает работать быстро, без напряжения. Замедленность некоторых больных обусловлена колебаниями внимания, т. е. неравномерностью темпа, чередованием нормальной по темпу работы с эпизодически наступающими паузами, перерывами деятельности.

Почти каждая из методик позволяет косвенным образом анализировать отношение больного к ситуации и к себе самому. Это определяется тем, что любой набор экспериментальных заданий независимо от конкретного содержания методик является для больных своеобразным «естественным экспериментом». Больные воспринимают смысл этих заданий как проверку их умственной работоспособности. Огромный интерес представляет то, как они относятся к этой проверке: охотно, старательно или негативистично выполняют инструкции; заинтересованы в хорошей оценке их решений или безразличны к ней. Анализ этого отношения больных к исследованию позволяет выявить существенные показатели, характеризующие распад или сохранность их личности.

Таким образом, оказывается, что, хотя каждая методика обладает какой-то преимущественной узкой направленностью, она дает одновременно материал для выводов об иных сторонах или особенностях психики больного. Методики, направленные на анализ мышления, помогают также выявить сохранность или распад личности больного, его эмоциональной сферы. Даже в пределах познавательной деятельности одна и та же методика может быть использована и для анализа памяти больного, и для анализа особенностей его ассоциаций (например, пиктограмма), и для характеристики инертности либо подвижности, живости его психических процессов. Вследствие такой многосторонней возможности истолкования экспериментальных данных по каждой отдельной методике система их изложения приобретает крайне условный, приблизительный характер. Так, например, «предметная классификация» должна быть отнесена к группе методик, направленных на исследование мышления. Между тем с помощью этого эксперимента можно получить данные для суждения о внимании и памяти больного, попутно выявить явления амнестической афазии и истощаемости. Предназначенная для исследования памяти методика Леонтьева может обнаружить явные расстройства мышления больного, причудливый, выхолощенный характер его ассоциаций.

Многообразие и многоплановость использования экспериментальных методик не должны, однако, заслонять некоторые их недочеты. Несмотря на то что каждая такая экспериментальная методика апробирована на нескольких тысячах больных, ни одна из них не обладает той степенью достоверности и надежности, какой, например, обладает в неврологическом

обследовании рефлекс Бабинского или характер реакции зрачков на свет. Поэтому обнаруженные посредством какой-либо методики особенности или дефекты психики больного должны обязательно проверяться с помощью других методик. Это обязательно не только ввиду неполной достоверности отдельных методик. Дело еще в том, что толкование экспериментальных данных требует полноты сведений о психике больного. Так, например, для того чтобы сделать вывод об ослаблении памяти больного, нужно обладать данными, свидетельствующими об адекватной личностной заинтересованности его в достижении правильных решений и о достаточном осмыслении запоминаемого материала. Без этих данных плохие или хорошие показатели памяти не убедительны. Поэтому больной должен быть исследован всесторонне, с помощью нескольких методик.

Выбор программы исследования зависит от клинической задачи, от психического состояния больного, от его образования и от степени сложности психических нарушений. О том, как строить программу исследования, как подбирать адекватные методики, будет сказано в конце книги в особой главе. Здесь же следует только подчеркнуть, что экспериментатор всегда стоит перед задачей выбора семи-восьми адекватных для данной клинической задачи методик из числа 40–60 вообще существующих.

Часть II

Глава 5

Вводные методические замечания

Порядок описания методик носит характер очень условной схемы в связи с указанной ранее возможностью разнообразного истолкования экспериментальных данных (т. е. в связи с тем, что методика, предназначенная для исследования памяти, может дать материал для анализа мышления и эмоционально-волевой сферы больных).

Вначале приводится описание группы методик, направленных на исследование сенсомоторной сферы и внимания. Затем описывается группа методик, направленных на исследование памяти и на исследование мышления. В последнюю группу методик вошли лишь некоторые, направленные на исследование эмоционально-волевой сферы больных, их самооценки и так называемой внутренней картины болезни.

Описание каждой методики состоит из четырех разделов, обозначенных номерами: **1, 2, 3, 4.**

В первом разделе указывается преимущественная направленность методики, возможность дополнительного истолкования ее данных и краткие сведения об источниках ее возникновения.

Второй раздел содержит указания на то, какие аппараты или наглядные пособия нужны для проведения опытов, что должен подготовить экспериментатор перед началом опыта, а также указания, ограничивающие применение данной методики.

В третьем разделе содержатся описания порядка проведения опыта, инструкции и некоторые советы о том, как следует вести протокол опыта.

В последнем (четвертом) разделе даются указания по поводу интерпретации экспериментальных данных.

При проведении экспериментальной работы следует учесть некоторые методические советы.

Обязательно вести протоколы опытов в момент их проведения; не следует откладывать оформление протоколов. Протоколы, ведущиеся во время работы с больным, будут не такими полными и аккуратными, как того бы хотелось, но зато они гораздо достовернее и точнее. Постепенно, приобретая навык, экспериментатор научится писать протоколы все более полно и аккуратно.

В процессе выполнения больным экспериментальных заданий экспериментатор задает ему вопросы и помогает правильно выполнить задание. Формы этой помощи могут быть очень различны.

Помощью является даже простое переспрашивание, т. е. просьба повторить то или иное слово, поскольку это привлекает внимание больного к сказанному или сделанному.

Иным видом помощи являются одобрение действий больного и стимуляция, например, словами: «хорошо, дальше».

Помощью могут быть вопросы о том, почему больной сделал то или иное действие, поскольку такие вопросы помогают больному уточнить собственные мысли.

Более значительная помощь – наводящие вопросы или критические возражения экспериментатора.

Дальнейший уровень помощи – это подсказка, совет действовать тем или иным способом.

Экспериментатор может показать больному, как действовать, и попросить его самостоятельно повторить это действие.

И наконец, можно прибегнуть к длительному обучению больного тому, как надо выполнять задание.

При описании отдельных методик приводятся указания на то, какие виды помощи в этом задании уместны. Выбор адекватных способов помощи остается одним из трудных разделов экспериментальной работы, требующим опыта и квалификации.

Общие правила, которыми следует при этом руководствоваться, заключаются в следующем:

а) раньше следует проверить, не окажутся ли достаточными более легкие виды помощи, а затем уже прибегать к показу и обучению;

б) экспериментатор не должен быть многословным или вообще чрезмерно активным; его вмешательство в ход эксперимента, т. е. в работу больного, должно быть обдуманным, скупым, редким;

в) каждый акт вмешательства, т. е. помощи, должен быть внесен в протокол (так же как ответные действия и высказывания больного).

Наибольшую трудность представляет анализ экспериментальных данных. Важно суметь отграничить проявления патологии психической деятельности от особенностей психики, связанных с индивидуальными свойствами личности больного, или от неправильного отношения к исследованию. Во избежание ошибок желательно, чтобы экспериментатор, во-первых, приобрел личный опыт экспериментального исследования психически здоровых людей и, во-вторых, рассматривая полученные им экспериментальные данные при исследовании больных, сопоставлял их с клиническими. Психолог должен перед исследованием тщательно изучить историю болезни больного, включая последние дневники, и анализировать экспериментальные факты с большой сдержанностью и осторожностью.

На первых этапах ведения экспериментальной работы следует больше всего остерегаться произвольных, мало обоснованных толкований. Поэтому, делая в заключение какой-либо вывод из полученных экспериментальных данных, нужно обязательно записать те факты (действия или слова больного), из которых этот вывод следует. Полезно также проверить этот вывод с помощью других методик при повторном исследовании. Единичные, не повторяющиеся экспериментальные факты очень редко могут иметь существенное значение для клиники, особенно если получены недостаточно опытным экспериментатором.

На основании анализа экспериментальных данных составляется «заключение», которое вкладывается или вписывается в историю болезни (протоколы опытов сохраняются отдельно)².

Глава 6

Исследование сенсомоторной сферы и внимания

Зрительно-моторная координация

1. Назначение методики – исследовать точность движений обеих рук, умение больных координировать движения в заданном темпе, корригировать их под контролем зрения.

Применение этой методики позволяет выявить мало выраженную сторонность поражения и отличить нарушения корковой коррекции движений от нарушений тонуса, связанных с поражениями подкорковых областей. Методика может быть полезна при исследовании неврологических больных, а также в психиатрической клинике, при выявлении органических поражений мозга.

² О том, как составлять заключение, см. главу 11.

2. Для проведения опытов нужен электрокимограф с удлинителем и укрепленная на нем система пневматической передачи от резиновой груши до чернильного писчика. На барабаны кимографа надевается бумажная лента, на которой темными чернилами расставлены на разной высоте (на расстоянии 4–6 см друг от друга наискосок) отдельные точки. Кимограф установлен так, чтобы лента двигалась со скоростью 60 см в минуту³.

3. Больной усаживается на стул так, чтобы его правая рука от локтя до кисти лежала на столе, на котором установлен кимограф, а бумажная лента была прямо перед глазами. Экспериментатор берет в правую руку грушу так, чтобы нажимы на нее осуществлять большим пальцем, и показывает больному, что происходит с писчиком, когда он нажимает на грушу и когда отпускает ее. Он говорит больному: «Вот видите, когда я слегка нажимаю на грушу, перо идет вверх, а когда отпускаю – перо идет вниз». Экспериментатор убеждается в том, что больной это увидел, предлагает ему несколько раз перевести взгляд от груши к писчику.

Затем экспериментатор продолжает: «Видите вы точки на бумаге? Лента будет двигаться (включает кимограф). Задача заключается в том, чтобы, нажимая на грушу, соединить чернильной линией все точки».

Экспериментатор обводит сам шесть-восемь точек и при этом говорит: «Нужно попасть в каждую точку и постараться, чтобы линия от точки к точке была прямой и ровной». Затем экспериментатор передает грушу больному, проверяет правильность положения груши в его руке (все предплечье руки и кисть должны лежать на столе, груша находится между вторым и третьим пальцами, нажимы на основание груши производятся большим пальцем) и говорит: «Теперь сделайте это вы. Сразу – редко у кого выходит хорошо, нужно немного поучиться».

После того как больной проделал задание правой рукой на ленте длиной в метр, его просят встать и усаживают за стол так, чтобы он положил на стол предплечье левой руки, и то же задание выполняется левой рукой.

В случае если выявляется заметное различие в качестве кривых, записанных правой и левой рукой, опыт необходимо сразу повторить, но при повторении раньше проводят запись левой рукой, а затем правой, чтобы исключить роль упражнения и утомления. Анализ результатов опыта проводится по формам полученных на бумажной ленте кривых (рис. 1).

Наличие такого объективного показателя, как записанные самим больным кривые, крайне упрощает протоколирование опыта. Остается лишь отметить в протоколе, насколько быстро была понята инструкция, сразу ли усвоил больной, когда следует нажимать, а когда отпускать грушу.

Это имеет значение потому, что при слабоумии в самых ранних стадиях апрактических расстройств некоторые больные с трудом усваивают зависимость между нажимами на грушу и движениями писчика.



Рис. 1. Норма

³ Электрокимограф – довольно громоздкий и неудобный в обращении аппарат, по внешнему виду сравнимый с фотоувеличителем (фотографию аппарата можно увидеть в предыдущих изданиях «Экспериментальных методик...»), в настоящее время, пожалуй, уже устарел, хотя его еще можно обнаружить в недрах старых психиатрических клиник. Сама методика довольно актуальна и поныне, особенно для медико-психологической экспертизы; по идее А.Я. Ивановой: ее можно модернизировать, используя вместо кимографа компьютер с «мышью». – *Примеч. ред.*

В протоколе отмечаются также высказывания больного о затруднениях, об усталости и т. д. (хотя разговоры во время работы не только не поощряют, но и просят отложить).

В итоге форма протокола имеет следующий очень простой вид.

Ф.И.О. больного _____		Дата _____
Рука	Понимание инструкции; дополнительные замечания	Оценка кривой
Правая		
Левая		

Кривую свертывают и прикалывают к протоколам. Само собой разумеется, что на ленте, в начале ее, также записывают фамилию, имя и отчество больного и дату.

4. Результат этого очень простого и кратковременного эксперимента дает объективный материал для анализа моторики больного. Выявляются различия в движениях рук, свидетельствующие о скрытой сторонности поражения. Неровность, толчкообразность движений, свидетельствующая об огрубении корковой коррекции движений, наблюдается при сосудистых поражениях мозга (рис. 2) и в более грубой форме – при алкоголизме (рис. 3).



Рис. 2. Толчкообразные движения больного атеросклерозом



Рис. 3. Толчкообразные движения больного при хроническом алкоголизме

Эту толчкообразность движений следует отличать от тремора, который совершенно иначе записывается на ленте (рис. 4). Одним из доказательств того, что толчкообразность кривой вызывается огрубением корковой коррекции движения, является следующий факт: если больному, который обводит точки толчкообразной линией, предложить продолжить кривую с закрытыми глазами (т. е. не стремясь попадать в точки, а просто нажимая и отпуская грушу), кривая станет плавной.

При паркинсоноподобных синдромах сосудистого происхождения в эксперименте исчезает свойственное больным дрожание рук (кривая, которую они записывают, носит плавный характер, но движения чрезвычайно замедленны, больные систематически «опаздывают», пропуская точки) (рис. 5).



Рис. 4. Тремор у больной, перенесшей энцефалит



Рис. 5. Замедленность движений при паркинсоноподобном синдроме сосудистого происхождения

У некоторых больных при исследовании отчетливо выступают атактические нарушения движения (рис. 6), у других – порывистые периодические подергивания (например, при хорее Гентингтона).

Обращает на себя внимание тот факт, что, несмотря на резко выраженные гиперкинезы, искажающие кривую, больные хореей Гентингтона после некоторого этапа обучения и адаптации к опыту умудряются все же попадать в точки (рис. 7).



Рис. 6. Атактические движения у больной, перенесшей энцефалит



Рис. 7. Компенсаторные возможности при хорее Гентингтона (больная попадает в точки, несмотря на гиперкинезы)

Внезапные подергивания, очень похожие на хореаформные, но значительно слабее выраженные и реже прерывающие ход кривой, наблюдаются при различных органических поражениях центральной нервной системы с диэнцефальными синдромами. Правильнее было бы сказать, что это вообще не подергивания мышц руки, а именно характерный рывок кривой (рис. 8), возникающий из-за внезапного ослабления тонуса мышц, осуществляющих нажим на грушу.

При токсических профессиональных заболеваниях, в частности при длительном воздействии ионизирующего излучения, иногда, помимо толчкообразности движений, наблюдается быстро наступающая мышечная утомляемость; больные не в силах продолжать нажимы груши после 30–40 секунд (рис. 9). Нажимы на грушу на протяжении 2–2,5 минуты опыта, как правило, не вызывают мышечного утомления; только при хронических лучевых заболеваниях мы наблюдали выраженную утомляемость в этом эксперименте.



Рис. 8. Характерный «рывок» кривой при диэнцефальном синдроме



Рис. 9. Утомляемость к концу минуты

Проба отличается высокой чувствительностью. Поэтому ею удобно пользоваться для динамического наблюдения за больными. Она выявляет сдвиги после проведенной терапии, например у алкоголиков (рис. 10, 11), и может служить индикатором фармакологических воздействий (рис. 12).

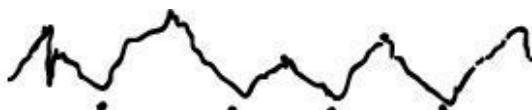


Рис. 10. Кривая больного-алкоголика в период абстиненции

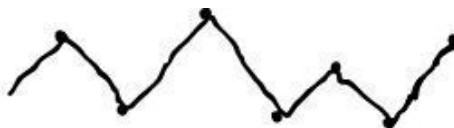


Рис. 11. Кривая того же больного после лечения



Рис. 12. Нарушение зрительно-моторной координации под влиянием приема амитала

Литература

1. Рубинштейн С.Я. Методика исследования зрительно-моторной координации больных, страдающих сосудистыми заболеваниями мозга. Психические нарушения при атеросклерозе сосудов головного мозга // Труды Института психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР. – Москва, 1960. – Т. 22. – 502 с.

2. Голодец Р.Г., Зейгарник Б.В., Рубинштейн С.Я. Клиническая и патопсихологическая характеристика астенических состояний, развивающихся при хроническом лучевом воздействии // Вопросы психологии. – 1963. – № 5. – С. 129–140.

Слуховые восприятия

1. Методика предназначена для исследования того, различают ли больные предметный источник тихих звуков, а также для провоцирования и изучения слуховых обманов, возникающих иногда у больных в процессе длительного прислушивания к тихим звукам.

2. Для проведения опыта нужен магнитофон, специально смонтированный таким образом, чтобы его репродуктор находился в возможно более тихой, т. е. изолированной от внешнего шума, комнате, а сам звукозаписывающий аппарат с кассетами – в другой. Кроме того, на ленте одной из кассет должны быть предварительно записаны следующие звуки: шелест страниц перелистываемой книги, журчание воды (при вдувании в нее воздуха через трубочку), звук перекачивания по дереву деревянных шаров, пересыпание крупы в тарелку, шум дождя, трение двух металлических пластинок и т. д. Длительность звучания каждого такого шума 55 секунд, затем интервал 5 секунд перед следующим звуком. На последние 10 минут дается иной набор: короткие – на 3–5 секунд – звуки, отчетливо различимые по предметному источнику: звук кашля, падения на пол деревянных кубиков, звон стекла, свист, шепот, звук пролитой воды, всхлипывание, стук в дверь, пение птицы, вздохи и т. д. Интервалы между этими звуками аритмичны, в среднем 30–57 секунд почти абсолютной тишины. Длительность всего набора звуков – 25 минут.

3. Исследование проводится под видом проверки слуха. В комнате тихо, никого, кроме экспериментатора, нет, неполное затемнение (экспериментатор должен иметь возможность писать).

Больного расспрашивают о том, хорошо ли он слышит, а затем говорят: «Сейчас мы проверим ваш слух. В этой комнате будут слышны тихие звуки. Слушайте их внимательно и все время говорите мне тихим голосом, что вам слышно. Если трудно будет понять, что именно слышно, говорите мне, на что этот звук хотя бы приблизительно похож, что он вам напоминает, но старайтесь как можно точнее определить звук. Слушать надо будет долго. Сядьте поудобнее и прикройте рукой глаза, тогда лучше будет слышно». (Если больной возражает или неохотно соглашается прикрыть глаза, настаивать ни в коем случае не нужно. Следует лишь позаботиться о том, чтобы больной сидел удобно. Желательно, чтобы он сидел в мягком кресле.)

После этого лаборант в соседнем помещении включает магнитофон, т. е. опыт начинается. Протокол ведется на специально разграфленной бумаге, так что напротив места, обозначающего какой-либо звук, экспериментатор в соседней графе записывает все высказывания больного.

Если больной молчит, экспериментатор тихим голосом спрашивает у него: «А сейчас что слышно? А сейчас?»

Такие вопросы отмечаются в протоколе вопросительным знаком. Других слов экспериментатор не произносит, а вопросы задает как можно реже.

В результате протокол имеет следующий вид.

Ф.И.О. _____ Дата _____		
Звук	Высказывания больного	Помехи
Перелистывание	...Как будто мышь скребет... шум... (?) Как будто легкие удары по металлу.	
Бульканье	Вода переливается... Чайник кипит... и т. д.	

Примечание. Многоточиями обозначается длительное молчание больного.

4. Применение данной методики выявило следующие факты. Пытаясь разобрать трудно различимый предметный источник звуков, как здоровые, так и больные вначале ассоциировали эти звуки с теми, которые были привычны им по профессиональному или житейскому опыту.

В последующие секунды здоровые переходили к более или менее объективной предположительной характеристике этих звуков: говорили о трении металла, шелесте бумаги, бульканье и т. д.

Иначе происходил тот же процесс слуховых восприятий у исследуемых во время реактивных состояний истерического характера. В начале слушания звуков они, так же как и здоровые, ассоциировали слышимые звуки с привычными им по профессиональному или жизненному опыту звуками. В последующие секунды и минуты больные не исправляли свои толкования, как это делали здоровые, не уточняли характеристики звуков, а, напротив, полностью включались в эту припомнившуюся им ситуацию и начинали иллюзорно воспринимать звуки.

Так, больной, по профессии пожарник, начиная с 10-й минуты опыта, все звуки воспринимал как сцену тушения пожара, «слышал», как плакали погорельцы, как ломали ломом стену и заливали огонь водой из рукава. От волнения больной во время опыта охрип, потерял голос.

Одна из больных в звоне стекла узнала церковные колокола и, опустившись на колени, проникновенно молилась.

Другой больной принял шелест бумаги за стрельбу пулемета, кричал, командовал.

В тихом звуке всхлипывания очень многие узнавали голоса своих близких; волнуясь, требовали немедленного свидания с ними.

Возникшие у этих больных истерики по ассоциации воспоминания о каких-либо ситуациях прошлого, профессиональных, военных или бытовых сценах становились для них актуальными переживаниями. Эти переживания охватывали их настолько, что все последующие звуковые раздражители не могли быть расценены ими объективно, а как бы «подтягивались», искаженно воспринимались в плане овладевших ими образных представлений. Погружение больных в эту воображаемую ситуацию иногда достигалось путем некоторого самовзвинчивания, иногда происходило по типу грез, но внешние двигательные и мимические проявления больных, их интонации, смех, слезы и возгласы свидетельствовали об известной глубине и целостности этих включений. Характеристика звуков, которую продолжали давать больные, носила иллюзорный характер. Иногда наряду с иллюзорными искажениями звуков наблюдались также включения дополнительных ложных восприятий, для которых трудно было найти какую-либо основу в реальном составе звуковых раздражителей, но которые вытекали из содержания переживаемой ситуации в целом.

Несмотря на крайне мимолетный, нестойкий и неразвернутый характер описанных состояний, они все же могут быть рассматриваемы как экспериментально спровоцированные слуховые иллюзии, связанные с погружением в воображаемую ситуацию. Если искать аналогию этим состояниям в клинических формах нарушений сознания, то они ближе всего к состоянию так называемого истерического транса или делирия. Они несколько напоминают также описанные В.П. Сербским под названием скоропреходящих психозов истеричные состояния без припадков, но со «своеобразным расчленением сознания», благодаря которому, как пишет Сербский, «действительные восприятия переплетаются самым странным образом с бредом».

Для понимания того, как происходит включение истериков в воображаемую ситуацию, важны данные А.А. Ухтомского о принципе доминанты, ее инерции и о различии двух путей восстановления доминанты. Он указывает (описывая в этом месте доминирующие переживания человека), что доминанта может восстанавливаться и возобновляться двумя разными путями; первый путь – кортикальный; это ассоциация, благодаря которой прежнее переживание повторяется как более или менее мимолетное воспоминание и уходит; второй путь, когда прежнее переживание возникает, выражаясь словами Ухтомского, во всей соматической констелляции, т. е. сопровождаясь сосудистыми, секреторными и прочими целостными телесными компонентами. Воспоминание, мысль о пережитом или даже представление о нем становится в этих случаях повторным чувственным переживанием. Этот второй путь наблюдался, видимо, и в наших опытах. Слушая разнообразные нейтральные звуки, больные-истерички как бы отбирают среди них те, которые ассоциируются с личными переживаниями и мечтами, затем с легкостью включаются в переживание воображаемой ситуации не только мыслью, но и всеми своими чувствами, движениями и т. д.

Ассоциации по впечатлению, минуя сознательный контроль, реализуются в действиях. Вместо анализа и синтеза объективных звуковых раздражителей появляется иллюзорная переработка их.

Эти наблюдения подтверждают факты, известные давно. Особенностью их является, однако, то, что они вызываются экспериментально.

Именно в экспериментальной ситуации можно было с секундомером в руках измерять длительность подобных состояний, глубину погружения больных в эти состояния, наблюдать двойную ориентировку больных, изучать возможность преодоления иллюзорных состояний.

У больных во время депрессивных состояний на фоне сосудистой патологии выявлялась невозможность различения предметного источника звуков при нормальном слухе. Больные описывали слышимые звуки, правильно указывали, что звук стал тише или прекратился, но не могли узнать его. Эта невозможность узнать звук особенно ярко выступала в конце опыта, когда изредка звучали совершенно отчетливые звуки кашля, шепота и всхлипывания.

Следующее наблюдение относилось к больным, у которых до исследования клиницистами констатировался галлюцинаторно-параноидный синдром (реактивного происхождения). У этих больных в процессе прислушивания к звукам наблюдалось чередование правильного их восприятия с искаженным, преимущественно с вкраплением вербальных галлюцинаций.

Так, например, больная во время исследования сначала объективно характеризовала звуки, а затем при звуках перелистывания страниц книги начинала произносить слова в ритме шелеста бумаги: «“Ты дрян”», “ты дрян”», “ты дрян”», “...тебя”», “...тебя”», “...тебя”... – так они говорят». При последующих звуках в ответах больной также чередуются описания этих звуков с повторением слов, слышимых больной галлюцинаторно.

Обращает на себя внимание зависимость этих слов от фактически звучащих или слышимых ею звуков. Так, например, раздаются звуки ударов по стеклу («звон графина»). Больная описывает их так: «Звон, точно в церкви, – приглашает к обедне в немецкой кирке... На кладбище звонят». Следующий

затем звук – «завод часов». Больная отвечает так: «Кто-то сказал, что я на кладбище нахожусь».

Звук падения на стол деревянных предметов очень многими испытуемыми принимается за выстрел, и действительно, некоторое сходство со слышимым издали выстрелом у этого звука есть. Больная М., услышав этот звук, улыбнулась и сказала: «Выкрик бандитский какой-то... как будто сказали “остановись”». Следующее затем слово «восемнадцать» больная также воспроизвела как слово «остановись».

У больного Т., перенесшего реактивный галлюциноз, также наряду с неотчетливой, неопределенной характеристикой звуков наблюдалась переработка звуковых восприятий в вербальные галлюцинации. Так, например, при звуке журчания воды больной повторил услышанные им слова «пойдем, поплаваем» и в ответ на вопрос экспериментатора: «Что это означает?» – невозмутимо объяснил: «Так слышно... какой-то человек кого-то приглашает».

Больная Б. при звуках уличного шума говорит: «Снова слышу шум – не пойму что – может быть, поезд?» – и далее произносит тоном угрозы, как бы повторяя слова, которые ей сказали: «Я тебе дам поезд – так говорит кто-то (кто?) – я не знаю, кто так говорит». Далее слышны гудки проезжающих автомобилей («гудки машин»). Больная произносит тоном человека, повторяющего чужую речь: «Нет... уехала, скрылась». Слышно пощелкивание, принимаемое обычно многими испытуемыми за стрельбу («щелчки»). Больная снова повторяет слова: «Раз... два... расстреляли дуру такую». Вслед за тем в звуке шепотной речи также слышит выстрел, в перекачивании шаров – также.

Больная П. в перелистывании бумаги также слышала слова: «Идем, идем, идем».

Больной Ф. в грохоте шаров слышал разговор, заявил, что «это вроде нерусский разговор». В следующем затем звуке шелеста бумаги слышал слово «бежать», повторил его, волнуясь.

Приведенные примеры не дают еще оснований для объяснения механизмов наблюдавшихся вербальных галлюцинаций. Однако зависимость слов, которые больные слышали, от реальных звуков, воспроизводимых магнитофоном, выступала в этой серии экспериментов довольно отчетливо. Происходила трансформация звукового образа в словесный.

У больных, страдавших вербальным галлюцинозом, как при шизофрении, так и при алкогольных психозах выявилось плохое качество слуховых восприятий. Это можно было установить по следующим признакам: большое количество звуков, в том числе самых явных и определенных, больные не опознавали; недостаточное или ошибочное узнавание звуков сопровождалось часто скудностью и однообразием гипотез. «Какое-то шорканье», «шум какой-то» – заявляли больные относительно всех или почти всех звуков подряд; плохое узнавание предметного источника звуков сопровождалось ошибочной локализацией их источника: больные слышали их из окна, сзади себя, сверху, указывали самые различные направления, откуда якобы доносились разные звуки. Некоторые ошибки в узнавании предметного источника звуков были связаны с ранее описанным нами явлением запаздывающего узнавания.

Это запаздывающее узнавание нельзя назвать эйдетизмом, так как между поданным объективно звуковым раздражителем и ошибочным его узнаванием вклиниваются два или три иных, иногда даже правильно распознаваемых звука. Однако это запаздывающее узнавание может рассматриваться как родственное эйдетизму явление.

Наряду с признаками сходства имели место также и различия.

У больных, перенесших различные психотические эпизоды алкогольного генеза, во время эксперимента наблюдалась ярко выраженная образность восприятий. В некоторых случаях слуховые восприятия сопровождалась зрительными обманами; больные «видели» на стенке репродуктора сцены и видения, соответствующие по содержанию тому, что они слышали. При шизофрении этого не наблюдалось.

У многих больных шизофренией, возникшей на органически измененной почве, с синдромом вербального галлюциноза эксперимент вызывал заметное усиление вербальных галлюцинаций.

Так, например, у одной больной по данным клинического наблюдения можно было предполагать наличие отдельных отрывочных редких вербальных галлюцинаций (больная рассказала, что слышала слова «задавим, задавим»). Во время эксперимента, особенно к концу его, больная наряду с описанием предметных звуков «слышит» и воспроизводит много галлюцинаторных приказаний: «пойдем домой», «давай пол мыть», «пол мыть», «давай купать», «кукла» и т. д.

Некоторые больные воспроизводили слова и фразы, которые они ошибочно воспринимали, другие вступали в разговор с предполагаемым собеседником, отвечали ему либо просто реагировали на реплики неприятного содержания.

Так, одна больная с возмущением произносит: «Ну, нет, спасибо, отказываемся!» Она же отвечает, обращаясь в сторону репродуктора: «На самой высокой планете» – и объясняет врачу: «Спросила, как везли вас». Иногда больные, прислушиваясь, отказывались повторять слова, объясняя, что они были неприличными.

Больная Е. услышала (среди очень плохо различавшихся ею звуков), как мужской голос сказал: «Держите ее целый час», и, повторив эти слова, обратилась к экспериментатору с вопросом, верно ли это.

Другая больная, О., страдавшая вербальными галлюцинациями, но к периоду экспериментального исследования избавившаяся от них и относившаяся к ним в дни перед исследованием с критикой, вскоре после начала эксперимента заявила: «Точно так слышу, как голоса у меня были раньше» – и объяснила, что с ней разговаривают, как и прежде, «покойники и аборты». После окончания исследования, а также в последующие дни галлюцинаций не наблюдалось.

Таким образом, описанная экспериментальная методика позволяет установить разные формы искаженных ассоциаций между звуковыми раздражителями и возникающими у больных представлениями.

Особо следует отметить роль прислушивания к слабым раздражителям для провокации слуховых обманов. Только функциональной перегрузкой слухового анализатора можно объяснить такого рода наблюдения, как усиление слуховых обманов к концу опытов, а также возникновение слуховых иллюзий у лиц, ранее ими не страдавших.

Функциональная перегрузка слухового анализатора вызывает у многих больных легкое гипноидное состояние. Наступление таких гипноидных состояний сочетается с возбуждением чувствующих центров, что вполне соответствует представлениям В.Х. Кандинского о механизмах возникновения слуховых обманов.

Литература

1. *Рубинштейн С.Я.* О рефлексорной природе галлюцинации. Доклад на Всесоюзном совещании по психологии // Материалы совещания по психологии. – Москва: Изд-во Академии педагогических наук РСФСР, 1957.

2. *Рубинштейн С.Я.* Использование экспериментального метода для изучения психопатологических явлений // Вопросы экспериментальной патопсихологии: сборник. – Москва, 1965. – С. 14–41.

Корректурная проба

1. Методика выявляет колебания внимания больных по отношению к однообразным зрительным раздражителям в условиях длительной перегрузки зрительного анализатора. Заимствована из психологии труда (проба Бурдона), но нашла широкое применение в клинике. Применялась для выявления утомляемости, упряжнённости, колебаний внимания и т. д.

2. Для проведения опыта необходимы бланки и секундомер. Существуют много разных вариантов типографских бланков для корректурной пробы. Выбор варианта бланка небезразличен для получения однозначных результатов опыта. Поэтому лучше всего пользоваться вариантом, принятым в лаборатории Института психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР⁴. Для проведения опыта необходимо, чтобы в лаборатории было хорошее освещение и тишина.

При проведении опыта следует учитывать состояние зрения больного; при недостаточном или не скорректированном очками зрении результаты исследования нельзя сравнивать с данными исследования других больных.

Нецелесообразно также проводить эту пробу с малограмотными больными.

3. Больному дают два хорошо отточенных простых мягких карандаша (один запасной) и бланк. Его предупреждают, что предстоит проверка его внимания. Ему говорят: «Вы должны просматривать эти буквы строчка за строчкой, слева направо и вычеркивать все буквы “К” и “Р”. Вычеркивать нужно вот так (экспериментатор показывает, вычеркивая буквы на первой строчке вертикальной черточкой). Иногда я сам буду ставить на вашем листке черточки – это будет отметка времени, на это вы не должны обращать внимания. Старайтесь просматривать строчки и вычеркивать буквы как можно быстрее, но самое главное в этом задании – работать без ошибок, внимательно, ни одной буквы “К” или “Р” не пропустить и ни одной лишней не вычеркнуть. Понятно? Начнем со второй строчки».

Экспериментатор включает секундомер и дает больному сигнал начать. По прошествии каждой минуты (точно по секундомеру) экспериментатор ставит такой знак в том месте, где больной держит в это время карандаш, стараясь по возможности не мешать больному.

Общая длительность проведения опыта определяется в зависимости от задачи исследования – 10,5 или 3 минуты.

Проверка правильности выполнения задания проводится по заранее изготовленному «ключу». «Ключ» представляет собой бланк, на котором все подлежащие вычеркиванию буквы обведены ярким цветным карандашом, а в конце каждой строчки проставлена цифра, обозначающая число таких букв в данной строке. «Ключ» должен быть тщательно проверен и по традиции даже подписан двумя психологами. С помощью такого «ключа» производится проверка

⁴ См. бланк № 1 в приложении в конце книги.

правильности работы больного следующим образом: «ключ» и бланк кладут рядом и, передвигая линейку, сравнивают строчку за строчкой.

Поскольку результаты работы больного остаются на бланке, особого отдельного протокола опыта можно не вести.

Обработка экспериментальных данных проводилась разными исследователями по-разному. Наибольшую трудность при оценке результатов работы больного представляет сочетание показателей ее скорости и точности. За минуту больной (или вообще испытуемый) мог успеть просмотреть больше или меньше знаков – число просмотренных в минуту знаков и будет показателем скорости. За ту же минуту исследуемый мог допустить то или иное количество ошибок – это число ошибок и будет показателем точности. Попытки с помощью разных формул (например, с помощью формулы Уиппла) сочетать показатели скорости и точности в одну величину в клинической практике малоэффективны. Гораздо более показательны простые графики, где совмещены две кривые: изменение скорости работы (по количеству знаков, просмотренных в единицу времени) и изменение точности (по количеству ошибок в те же интервалы). Построение таких графиков позволяет выявить утомляемость больных (снижение скорости и точности), вработываемость (повышение скорости, точности), колебания того или иного показателя. Возникает также возможность сравнения качества работы больного в разные дни и часы.

4. При рассмотрении результатов выполнения корректурной пробы также рассматриваются два показателя – скорость и точность.

Показатели скорости представляют интерес лишь в самых крайних отклонениях: чрезвычайно быстрый темп работы (сопровождающийся, конечно, неточностью) наблюдается при маниакальных и паралитических синдромах, а чрезвычайно медленный – при депрессии. Промежуточные же показатели скорости работы не всегда имеют клиническое значение, так как могут зависеть от индивидуальных особенностей больного, т. е. от его привычных личностных установок. Большее значение имеет показатель точности работы, хотя, как доказано Т.И. Тепеницыной, и этот показатель меняется в зависимости от отношения больного к исследованию; заинтересованный в хорошей оценке при прохождении экспертизы больной может почти вдвое улучшить свои показатели. Тем не менее показатель точности в основном все же отражает состояние общей психической работоспособности больного, степень устойчивости и утомляемости его внимания. Психически здоровые молодые люди при 10-минутной работе допускали от одной до 10–15 ошибок, а больные с сосудистыми и иными органическими поражениями мозга за то же время допускали 40–60 ошибок. Следует обращать внимание на распределение ошибок по минутам. При общем снижении работоспособности число ошибок равномерное или нарастает к концу работы по мере утомления; при некоторых же функциональных расстройствах психической деятельности наблюдается, по данным Т.И. Тепеницыной, неравномерное распределение ошибок: на фоне безошибочной работы возникают небольшие периоды скопления ошибок и даже пропуски целых строк подряд.

Влияние утомляемости на выполнение корректурной пробы невелико. Ее можно сколько угодно раз применять повторно. Больше того, она настолько чувствительна и так тонко отражает изменения психического состояния больных (и даже здоровых), что ею неоднократно пользовались для оценки изменений состояния людей под влиянием фармакологических воздействий, терапии, трудовой нагрузки, настроения и т. д.

Литература очень обширна, приводим только основные источники.

Литература

1. Анфимов В.Я. Сосредоточение внимания и психическая работоспособность при эпилепсии // Обзорение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии. – 1908. – № 11–12. – С. 668–689; С. 705–727.

2. *Васильев Ю.А.* Журнал психологии, неврологии и психиатрии. – 1924. – Т. IV.
3. *Гутман Л.Г.* Экспериментально-психологические исследования в маниакально-меланхолическом психозе (состояние сосредоточения внимания, умственная работоспособность и ассоциации). – Санкт-Петербург, 1909. – 195 с. – (Серия докторских диссертаций).
4. *Сагалова С.Р.* Некоторые данные психологического исследования больных // Артериосклероз головного мозга и трудоспособность. – Москва, 1934. – 152 с.
5. *Тепеницына Т.И.* Анализ ошибок при исследовании внимания методом корректурной пробы // Вопросы психологии. – 1959. – № 5. – С. 145.

Отыскивание чисел

1. Методика заимствована из психологии труда (так называемые таблицы Шульте), но имеет большое применение в области патологии. Может быть использована для исследования психического темпа, точнее – для выявления скорости ориентировочно-поисковых движений взора, для исследования объема внимания (к зрительным раздражителям).
2. Для проведения опыта нужно иметь пять таблиц размером 50 × 50 см с написанными на них в беспорядке числами от 1 до 25. На каждой из пяти таблиц числа расположены по-разному. Кроме того, нужен секундомер и небольшая, примерно в 30 см, указка. Опыт можно проводить с больными, имеющими не меньше 4-х классов образования (фото 1).
3. Больному мельком показывают таблицу, сопровождая этот показ словами: «Вот на этой таблице числа от 1 до 25 расположены не по порядку». Далее таблицу прикрывают, т. е. кладут на стол числами книзу, и продолжают инструкцию: «Вы должны будете вот этой указкой показывать и называть вслух все числа по порядку от 1 до 25. Постарайтесь делать это как можно скорее, но не ошибаться, понятно?» (Если больной не понял, ему объясняют снова, но не открывая таблицу.) Затем экспериментатор одновременно ставит таблицу прямо перед лицом больного вертикально на расстоянии 70–75 см от него и, включая секундомер, говорит: «Начинайте!»



Фото 1. Эксперимент с отыскиванием чисел

Пока больной показывает и называет числа, экспериментатор следит за правильностью его действий, а когда больной называет число «25», экспериментатор останавливает секундомер.

После первой таблицы без всяких дополнительных инструкций больному предлагают таким же образом отыскивать числа на второй, третьей, четвертой и пятой таблицах (рис. 13).

21	12	7	1	20	9	5	11	23	20	14	18	7	24	21
6	15	17	3	18	14	25	17	19	13	22	1	10	9	6
19	4	8	25	13	3	21	7	16	1	16	5	8	20	11
24	2	22	10	5	18	12	6	24	4	23	2	25	3	15
9	14	11	23	16	8	15	10	2	22	19	13	17	12	4

22	25	7	21	11	5	14	12	23	2
6	2	10	3	23	16	25	24	3	13
17	12	16	5	18	И	3	4	5	18
1	15	20	9	24	8	10	19	22	1
19	13	4	14	8	21	15	9	17	6

Рис. 13. Таблицы для отыскивания чисел

Протокол опыта приобретает следующий вид (см. также приложение).

Таблица	Время (в секундах)	Примечания
1		
2		
3		
4		
5		

В примечаниях должно быть отмечено, равномерно ли больной отыскивает числа или изредка подолгу не может найти какое-нибудь одно число.

4. При оценке результатов прежде всего становятся заметны различия в количестве времени, которое больной тратит на отыскивание чисел одной таблицы. Психически здоровые молодые люди тратят на таблицу от 30 до 50 секунд, чаще всего 40–42 секунды.

У больных с выраженными клиническими проявлениями атеросклероза головного мозга, по данным В.А. Васильевой, на одну таблицу уходит до 2–3 минут. Однако столь длительное время уходит у больных вовсе не потому, что они так медленно ищут. По данным В.А. Васильевой, больные склерозом отыскивают числа так же быстро, как и здоровые люди, но удлинение общего времени обусловлено отдельными «случайными» задержками. Так, например, больной называет и показывает ряд чисел со скоростью 1–1 $\frac{1}{3}$ секунды на число, а затем вдруг

никак не может найти одно какое-либо число, смотрит как будто прямо на него и не видит и даже заявляет экспериментатору, что такого числа в таблице вообще нет.

Такие паузы, по мнению В.А. Васильевой, объясняются кратковременным состоянием охранительного торможения в корковых клетках зрительного анализатора больных (больные смотрят, но не видят числа). Экспериментатору такие паузы хорошо заметны. Их наличие дает ему основание делать вывод о неравномерности темпа психической деятельности, свойственной сосудистым больным. Равномерная замедленность темпа отыскивания чисел наблюдается при эпилепсии.

При заболеваниях, вызывающих нарушения моторики глазодвигательных нервов, также наблюдаются затруднения в отыскивании чисел и общее увеличение времени отыскивания чисел на одну таблицу. Заметное увеличение времени отыскивания чисел на последних (четвертой и пятой) таблицах свидетельствует об утомляемости больного, а ускорение – о медленном «вработывании».

В норме на все таблицы уходит примерно одинаковое время. Методикой можно пользоваться для повторных проб. При этом нет необходимости менять таблицы – можно пользоваться теми же пятью таблицами в первый, второй и, если нужно, третий раз.

Литература

1. *Васильева В.А.* Нарушения темпа сенсомоторных реакций у больных, страдающих сосудистыми заболеваниями головного мозга // Психические нарушения при атеросклерозе сосудов головного мозга. Труды Государственного института психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР. – Москва, 1960. – Т. 22.

Счет по Крепелину

1. Предложенная Э. Крепелином методика была предназначена для исследования волевых усилий, упражняемости и утомляемости больных.

В настоящее время применение этой методики приобрело более широкий диапазон; ею пользуются для изучения психического темпа, колебаний внимания, переключаемости (с видоизменением инструкции) и для выявления отношения к экспериментальному заданию.

2. Для проведения опыта нужны бланки, на которых длинными рядами напечатаны пары цифр, подлежащих сложению⁵. Существуют много типографских изданий этих бланков, разного формата и расположения. Желательно выбирать бланки, на которых цифры были бы отпечатаны крупным шрифтом. Необходимы также секундомер и запасные мягкие карандаши для больных. Так же как и бланки корректурной пробы, бланки «счета по Крепелину» проверяются по «ключу» (см. описание методики «Корректурная проба»).

3. Обычный вариант опыта проводится так: больному предлагают складывать числа, напечатанные одно под другим, и записывать результат, отбрасывая десяток. Так, например, если в ряду встречается «12», то больной должен подписать снизу только «2», а не всю сумму «12» (единицу, обозначающую десяток, нужно отбросить). Однако такое требование затрудняет многих больных, поэтому следовать ему не обязательно. Можно предложить больному записывать сумму полностью. Затем больного предупреждают о том, что он должен решать примеры в строчке до тех пор, пока экспериментатор не скажет «стоп». (Экспериментатор дает такой сигнал через 15 секунд после начала.) После этого он должен начать следующую строчку.

⁵ См. бланк № 2 в приложении в конце книги.

Больному объясняют также, что он должен стараться работать побыстрее, но самое главное – складывать точно, не допуская ошибок.

В зависимости от состояния больного и от задачи исследования можно ограничиться одним бланком, т. е. предложить ему восемь строк сложения по 15 секунд на каждую; можно это количество уменьшить либо увеличить. Отдельный протокол вести не обязательно.

4. Такое построение эксперимента позволяет выявить темп работы больного, его внимание, а также наличие утомляемости. Отмечая, сколько сложений выполнил больной за каждые 15 секунд правильно и сколько допустил ошибок, можно построить график его работоспособности. Обычно это делается очень просто, путем проведения черты на самом бланке, но можно построить специальный график. Так, например, больной Л. за первые 15 секунд выполнил 16 сложений без единой ошибки, во вторые 15 секунд – 15 сложений и одно из них ошибочное, далее 16, 12, 11 сложений и одно из них ошибочное, затем 10 и восемь сложений. Его график будет иметь следующий вид (рис. 14) и свидетельствовать о некоторой истощаемости больного, падении его работоспособности при небольшой нагрузке.

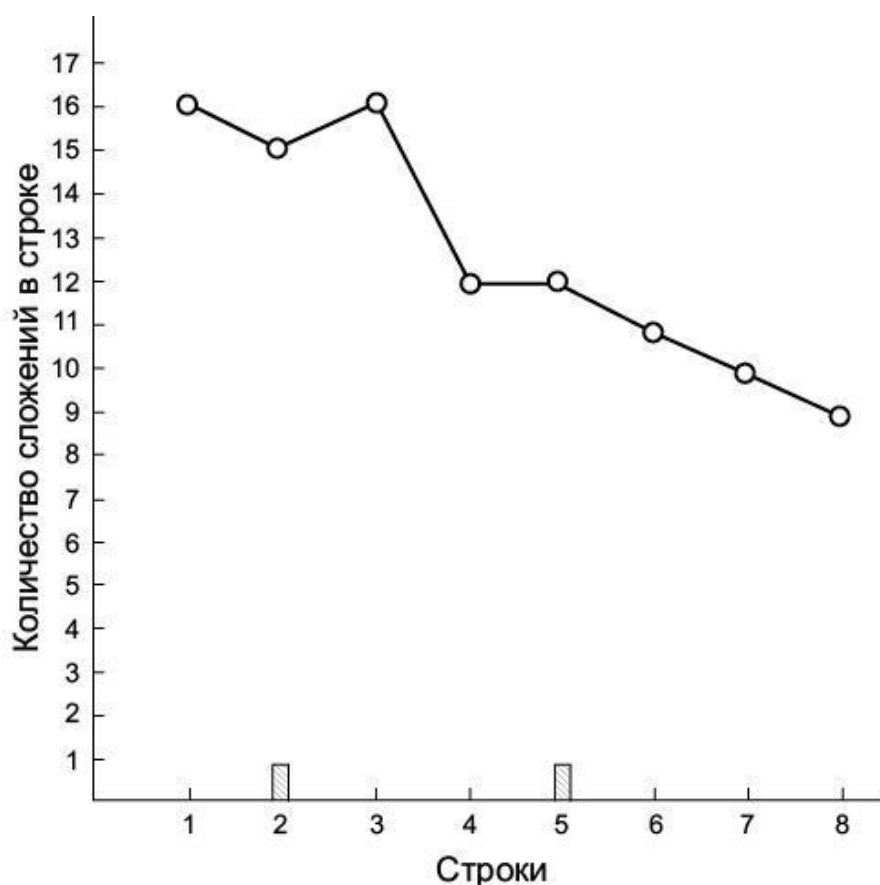


Рис. 14. Заштрихованные столбики – ошибки

Недавно Н.И. Курочкиным разработан видоизмененный бланк счетного задания, предусматривающий смену операции сложения и вычитания. Одну строчку больной складывает, в следующей за ней производит вычитание, а затем вновь сложение. Эта методика после тщательной апробации будет, видимо, очень интересна для выявления инертности и переключаемости внимания.

Приводим образец этого второго бланка⁶.

⁶ См. бланк № 3 в приложении в конце книги.

Литература

1. *Крепелин Э.* Гигиена труда. Умственный труд. Переутомление. – Санкт-Петербург, 1917. – 101 с.

Отсчитывание

1. Этот экспериментальный прием давно используется в психиатрической клинике для выявления сохранности навыка счета, устойчивости внимания, а также степени затрудненности интеллектуальных процессов больных.

2. Для проведения опыта желательно иметь секундомер.

3. В зависимости от образования и психического состояния больного экспериментатор предлагает ему одно из следующих заданий: отнимать от 200 по 17, или от 200 по 13, или от 100 по 7, или от 30 по 3 и т. д. Больному предлагают, например, отнимать от 100 по 7, называя каждый раз только остатки, т. е. не повторяя «отнять семь». Больной должен, таким образом, назвать 93, 86, 79 и т. д. Экспериментатор записывает все называемые больным числа и попутные высказывания, включая нарушения инструкции, т. е. включая те случаи, когда больной «рассуждает вслух», произносит: «93 отнять 7 останется 86» и т. д. В случае если больной медлит, молчит, экспериментатор продолжает ритмично ставить точки.

Таким образом, протокол опыта может принять следующий вид:

100 – 7 = 93 ... 86 ... 79 ... 72 ... 67 ... 60 ... 60 ... 53 и т. д.

4. Истолкование результатов этого исследования может быть правильным лишь тогда, когда задание по трудности соответствует образовательному уровню больного (это очень важно).

В таком случае анализ ошибок больных выявляет следующее:

1) затруднения и большое замедление темпа при отсчитывании с переходом через десяток (например, 93 ... 86 при отнимании 7) при общей равномерности отсчета свидетельствуют о затрудненности умственной деятельности;

2) замедление темпа к концу отсчета – показатель утомляемости больного;

3) ошибки с пропуском десятков (например, 86 ... 69 или 62 ... 45 при отнимании по 7) свидетельствуют об ослаблении внимания;

4) очень характерно отношение больного к допущенным ошибкам.

Обычно, если задача хоть сколько-нибудь трудна для больного, он, производя отсчет, все время спрашивает у экспериментатора, правильно ли называемое им число; некоторые больные не спрашивают, но выжидательно наблюдают за выражением лица экспериментатора, стараясь таким образом уловить, не допустили ли они ошибку. Стоит лишь экспериментатору поморщиться или переспросить у больного, сколько он назвал, как больной тут же спохватывается и исправляет свою ошибку.

Совсем иное отношение к своим ответам наблюдается у больных со снижением критики. Такие больные отсчитывают иногда от 100 по 7 следующим образом: 100, 93, 86, 76, 66, 56..., и если даже экспериментатор переспрашивает в это время больного: «По сколько вы отнимаете?» – больной может невозмутимо ответить «по семь» и продолжать дальше: 56 ... 46 ... 36 и т. д.;

5) иногда ошибки больных свидетельствуют о грубых колебаниях внимания, граничащих с обнублениями сознания. Так, например, больной отсчитывает от 30 по 3 следующим образом: 27, 24, 11, 14, 17, 21, 18, 15, 12, 9.

Если больной неправильно произвел подсчет, можно предложить ему повторно выполнить то же задание.

Меня исходные числа для отсчета, можно пользоваться этой методикой для многократных повторных проб (при необходимости оценки изменений состояния больных). В таких случаях целесообразно учитывать с помощью секундомера суммарное время, которое тратит больной на отсчитывание.

Исследование навыков

1. Методика представляет собой серию отдельных проб, направленных на выявление сохранности привычных умений и навыков у психически больных позднего возраста. Эта методика отличается от методик исследования праксиса, принятых в неврологической клинике и описанных А.Р. Лурия, хотя и имеет некоторые черты сходства. Исследованию подвергаются именно навыки, которыми больной раньше владел.

2. Для проведения опытов следует запастись набором разных очков (чтобы быстро подбирать больному нужные), текстами рассказов, написанными крупным шрифтом на картоне, большими мягкими карандашами и набором разных предметов. Такими предметами могут быть детский ботинок со шнурками, скрепленные в одном месте три ленты или веревки, стакан, бутылка и лейка, конверт, ножницы, линейка, ключ с замком, коробка с кубиками (можно Кооса), коробка с бусами и пуговицами и др.

Различные пробы можно предлагать больным только в том случае, если есть уверенность, что больной хорошо владел соответствующим навыком раньше. Так, например, проверка навыков письма и чтения правомерна лишь в том случае, если больной имеет не меньше 4–5 классов образования, а проверка навыка заплетания косички уместна при исследовании женщин, но сомнительна в отношении мужчин. Остальные пробы можно предлагать всем больным с учетом психического состояния. Следует указать, что пробы, направленные на проверку навыков, очень удобны для исследования психически больных старческого возраста, и нередко эти пробы оказываются почти единственно доступными для них. Это объясняется тем, что многие больные старческого возраста не слушают инструкции, не обращают внимания на слова экспериментатора, заняты какими-то своими стереотипными действиями, суетятся, бормочут. В таких случаях поставленный перед глазами текст сам по себе, без инструкции, стимулирует чтение, данный в руки карандаш – письмо, а вложенный в руку башмак толкает к его зашнуровыванию.

3. Четкой экспериментальной инструкции для проведения отдельных проб нет, да она и не требуется.

Если больной слушает и выполняет задания, его просят написать под диктовку фразу, например: «Сегодня хорошая погода», а затем подписаться, написать свой адрес. Иногда это не удается, а удается уговорить больного переписать какой-либо текст. Так же обстоит дело с чтением. Иногда больной читать не хочет, но если экспериментатор подставляет ему тексты или отдельные слова, буквально держит их перед глазами, то в последующей речевой продукции больного можно уловить отдельные слова или даже смысл прочитанного текста. В одних случаях можно попросить больного зашнуровать ботинок, в других экспериментатор вкладывает ботинок в руки больного и начинает сам шнуровать, а больной продолжает. Любую пробу следует объяснять словами, жестами, показом, иногда экспериментатор должен сам начать работу – важно добиться, чтобы больной что-то стал делать. Форма протоколирования – свободная запись и сохранение образцов сделанного.

4. Оценка проведенных проб основана на анализе допускаемых больными ошибок и искажений привычных действий. При сосудистых заболеваниях головного мозга без очаговой симптоматики наблюдаются различные дискоординации движений и случайные парaprаксии,

связанные с нарушениями внимания. Искажается почерк больного, в письме он делает ошибки из-за пропуска букв и повторения слогов и букв (персеверации). Такие же ошибки парaprаксии наблюдаются при выполнении нескольких практических действий подряд. Больные заменяют один из элементов действия другим. Иногда они производят действие не с тем объектом, с которым это следовало сделать, а с другим, например, разрезают не ту бумажку, которую им дали, а другую, которую резать не следовало. Иногда операция «Б» ошибочно выполняется раньше, чем операция «А», хотя привычно она должна была следовать после «А». Так, например, шнурки начинают завязывать бантиком, когда еще не закончена шнуровка, и оба шнурка оказываются на одной стороне ботинка. Парaprаксии обусловлены часто «застреванием» намерений. Если больному раньше было предложено разрезать бумагу, а следующее задание – разлиновать лист бумаги с помощью линейки, то больной и следующую бумагу разрезает или разрывает на части. Характерна для больных с сосудистой патологией неравномерность результатов действий и обилие компенсаторных образований. Одно и то же действие они выполняют в один день успешно, а в другой – ошибочно, по-разному выполняют равнотрудные действия. Огорчаются, замечая свои ошибки, и, стараясь выполнить задание лучше, произвольно замедляют темп, диктуют себе сами вслух, что нужно сделать, пытаются как-то рационализировать, облегчить действие. Вовсе не всегда эти компенсаторные тенденции больных приводят к положительному результату, иногда они даже ухудшают результат.

Иной тип нарушений навыков наблюдается при атрофическом заболевании мозга – болезни Альцгеймера. Как указывал С.Г. Жислин, распад навыков при болезни Альцгеймера связан с утерей памяти. Действительно, у больных как бы смываются ранее образованные условные связи и их системы – динамические стереотипы.

Одним из наиболее ранних и убедительных признаков этого заболевания является утрата навыка письма (рис. 15). Так, больная еще читает, еще не выражены расстройства речи, она еще может чертить карандашом по бумаге, но не помнит, не знает, как написать слово, как подписать свою фамилию. Чуть позднее (спустя несколько месяцев) она не умеет заплести косичку, вытереть тряпкой стол и т. п. Навыки теряются поочередно, но катастрофически наглухо, неравномерности достижений почти не наблюдается, компенсаторных механизмов также заметить не удается.

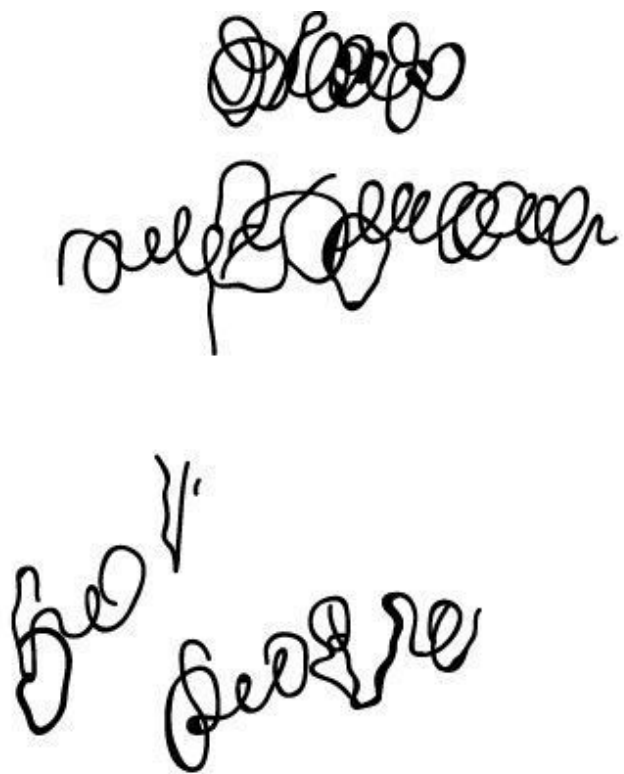


Рис. 15. Образец письма при болезни Альцгеймера

Совершенно контрастная картина распада навыков наблюдается при атрофическом поражении подкорковых отделов мозга – хорея Гентингтона. Даже на далеко зашедших этапах заболевания, когда гиперкинезы столь резко выражены, что профессиональный труд и бытовое самообслуживание кажутся немыслимыми, у больных наблюдается относительная сохранность навыков. Эти больные с огромным трудом приспосабливаются к каждому новому заданию или даже к новым условиям его выполнения. Но затем, адаптировавшись, умудряются выполнить почти невозможное.

Помимо указанных признаков разного течения распада навыков, имеющих прямое диагностическое значение, пробы, направленные на повторение привычных действий, могут быть истолкованы и в ином плане. Они позволяют судить о критичности больных к своим достижениям, о том, быстро ли они понимают инструкции, активны ли и т. д. Иначе говоря, эти простые приемы дают иногда возможность анализа не только практической, но и интеллектуальной деятельности и эмоционально-волевой сферы больных, что недоступно для исследования иными, более «строгими» экспериментальными методиками.

Литература

1. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. – Москва, 1962. – 432 с.
2. Родионова С.А. Методика исследования распада навыков у психически больных // Вопросы экспериментальной патопсихологии: сборник. – Москва, 1965.
3. Рубинштейн С.Я. Исследование распада навыков у психически больных позднего возраста // Вопросы экспериментальной патопсихологии: сборник. – Москва, 1965.

Доски Сегена

1. Методика направлена на исследование доступности очень простых целенаправленных действий⁷.

2. Для исследования используются разные варианты досок, среди которых есть совсем простые и более сложные. Простые представляют собой фанерные или выполненные из органического стекла доски с выемками разной формы и вкладками, которые точно соответствуют этим выемкам. Более сложные варианты отличаются тем, что выемки в доске могут быть заполнены лишь комбинацией нескольких вкладок. Самая простая доска пригодна при исследовании слабоумных больных старческого возраста и умственно отсталых детей.



Фото 2. Один из моментов работы с доской Сегена: экспериментатор помогает больному справиться с заданием

3. Задание может быть предложено даже без словесной инструкции или с очень простыми, не фиксированными словесными объяснениями. Экспериментатор показывает больному доски с правильно вложенными вкладками, а затем на его глазах опрокидывает доску так, что вкладки падают на стол. В некоторых случаях, для того чтобы больной начал действовать – вкладывать вкладки в выемки, экспериментатор должен начать работу сам, т. е. вставить в нужные места две-три вкладки. После этого, как правило, даже слабоумные больные пытаются продолжать эту работу.

4. Истолкование этого очень простого опыта возможно в самых различных направлениях. Во-первых, иногда оказывается важным установить, что простую работу, не требующую усвоения инструкции, больной выполняет охотно, старательно, испытывая видимое удовольствие от удачи. Это удовольствие проявляется у некоторых больных так явно, они так рады, что получили задание по силам, что по собственной инициативе вновь и вновь выбрасывают и вкладывают вкладки. Это не характерно для личностного слабоумия.

Некоторым показателем глубины интеллектуальной недостаточности служит способ работы. Так, например, более сохранные больные, отыскав взором нужную выемку, сразу подносят к ней вкладку и вкладывают ее. Более слабоумные берут вкладку и пытаются поочередно втиснуть ее то в одно, то в другое отверстие (так называемым методом проб и ошибок).

⁷ Предложена одним из основоположников олигофренопедагогики Э. Сеге-

Обнаруживается плохая дифференциация форм. Так, например, овальную форму больные пытаются втиснуть в круглую выемку, вкладку в виде звезды – в крестообразную выемку (наблюдается при сосудистой деменции, при имбецильности).

Интересными могут быть наблюдения за особенностями моторики больных.

Методика Кооса

1. Обычное применение методики Кооса направлено на выявление конструктивного праксиса, пространственной ориентировки, сообразительности, внимания.

2. Для проведения опыта нужно иметь 16 одинаково раскрашенных небольших кубиков и 18 карточек с изображением образцов разнообразных по форме и цвету фигур-орнаментов, которые могут быть составлены из кубиков (см. фото 3).



Фото 3. Складывание кубиков Кооса (рабочий момент)

3. Инструкция очень проста. Больному показывают первую или иную из карточек и предлагают сложить из кубиков такую же фигурку. Складывать нужно на столе, не накладывая кубики на образец, а рядом с ним.

Если задание оказывается для больного трудным, то экспериментатор накладывает на образец сетку из слюды, и тогда становится гораздо понятнее, как складывать фигуру.

В зависимости от цели исследования можно различными способами применять эту методику, а следовательно, по-разному вести протокол опыта.

Если она применяется для исследования сообразительности и внимания, можно последовательно предлагать задачи-образцы в порядке возрастающей трудности и протоколировать только время выполнения каждой задачи. Если возникают сомнения в сохранности пространственной ориентировки, экспериментатору приходится зарисовывать расположение кубиков. Методику Кооса некоторые патопсихологи используют как материал для исследования «уровня притязаний».

Возможны еще и иные разнообразные способы использования этой методики – для выявления локализации поражений мозга, для обнаружения особенностей эмоциональной сферы (в экспериментах с прерванным действием).

4. Истолкование результатов такого эксперимента может быть разнообразным. Выявляются, прежде всего, элементарная сообразительность больного, его умение построить, скомбинировать фигуру по заданному образцу.

При построении нескольких фигур, особенно более сложных, выявляется также степень внимания больного, поскольку построение сложных фигур требует устойчивости внимания.

Попутно при исследовании данной методики обнаруживаются тонкие нарушения пространственной ориентировки. И, наконец, данная методика позволяет выявить работоспособность больного, его отношение к заданию, его заинтересованность в достижении правильных решений.

Первые номера таблиц Кооса очень легки. Поэтому наблюдения за тем, как взрослый, интеллектуально сохранный больной складывает эти номера фигур, отчетливо выявляют его отношение к работе, вскрывают в ряде случаев такое отношение, которое именуется установочным поведением, или аггравацией.

Иначе обстоит дело при исследовании маленьких детей-олигофренов, которым может быть недоступна сама задача построения фигуры по образцу. Для исследования таких детей методика Кооса была преобразована А.Я. Ивановой в обучающий эксперимент (см. главу 7). Были взяты лишь четвертая и третья фигуры и разработаны виды помощи, которые экспериментатор оказывает ребенку, обучая его складыванию фигур. Больному предлагают сложить фигуру № 1 по образцу и дают кубики. Если это не удастся, объясняют, как раскрашены кубики, и на глазах у ребенка складывают № 1 по образцу. Это еще не обучение, это делается для ориентировки в задании. Обучение начинается с фигуры № 3. Если задание не выполняется, больному дают уроки (т. е. регламентированную экспериментом помощь) в следующем порядке.

Первый урок – экспериментатор поворачивает кубики нужной стороной кверху. Предлагает выполнить задание и регистрирует действия больного.

Если этот урок не помогает выполнить задание, дается *второй урок*: экспериментатор сам складывает фигурки на глазах у больного и, разрушив сделанное, предлагает ему самому выполнить задание.

Третий урок представляет собой подробное словесное объяснение того, как нужно складывать фигуры («два носика друг к другу повернуты»), сопровождаемое показом и применением сетки из слюды.

Если задание выполнено, предлагается контрольное задание (выявляющее возможность «переноса способа действия»), т. е. больному предлагают сложить фигуру № 4.

Литература

1. Лурия А.Р., Цветкова Л.С. Программирование конструктивной деятельности при локальных поражениях мозга // Вопросы психологии. – 1965. – № 2. – С. 17–28.
2. Kohs S.C. Intelligence Measurement: A Psychological and Statistical Study Based upon the Block Design Tests. – New York: The Macmillan Company, 1923. – 312 p.

Куб Линка

1. Методика эта заимствована из области психологии труда и применяется в клинике для исследования самых разнообразных нарушений психики: сообразительности, устойчивости внимания, эмоциональных реакций.

2. Необходимое для этого опыта пособие представляет собой куб, состоящий из 27 маленьких деревянных кубиков размером 3 × 3 см. Стороны маленьких кубиков окрашены в три разных цвета (красный, зеленый, желтый) таким образом, что из них можно сложить большой куб так, чтобы все наружные его грани оказались одного цвета.

3. Больному показывают собранный куб одного цвета, например красного, и заставляют его убедиться в том, что куб со всех сторон и с доньшка также красный (см. фото 4). «Теперь, – говорит экспериментатор, – я его развалю (разваливает), а вы должны будете снова собрать его так, чтобы он был со всех сторон и снизу красный. У маленьких кубиков бывают три стороны красные (показывает), только одна (показывает) и даже ни одной красной (показывать не обя-

зательно). Сложить правильно куб вы сможете только в том случае, если внутрь, т. е. туда, где кубики соприкасаются друг с другом, не положите ничего красного. Если положите красное внутрь, вам не хватит на наружные стороны. Понятно?»



Фото 4. Куб Линка (один из этапов инструкции)

Если больной задает вопросы, не сразу понимает инструкцию, ему дают дополнительные разъяснения. В отдельных случаях, если больному очень трудно начать работу, экспериментатор помогает ему, начинает сам складывать, объясняя, почему он кладет тот или иной куб на то или иное место. Некоторым больным приходится помогать до самого конца работы. Разумеется, это обстоятельство записывают в протокол.

4. В протокол записывается время, потребовавшееся больному, чтобы закончить складывание куба, а также все способы и особенности его работы.

К их числу относятся следующие:

а) насколько быстро больной усвоил способ раскладки, т. е. понял, что кубики с тремя красными сторонами нужно ставить на углы, без единой красной стороны – в самую середину и т. д. Быстрое понимание проявляется в том, что больной догадывается об этом сразу либо после трех-четырех взятых в руки и осмотренных кубиков. Можно считать, что больной медленно, туго соображает, если он не улавливает принципа построения куба после того, как экспериментатор показывает ему, как уложить одно ребро (т. е. три кубика рядом). Совсем не могут понять принцип построения куба Линка олигофрены на грани имбецильности и слабоумные больные с органическими заболеваниями. В очень редких случаях бывает, что непонимание конструкции куба и неумение сложить его обусловлены не общим слабоумием, а локальным поражением левой теменной доли мозга, вызывающим нарушение пространственных представлений;

б) второе наблюдение экспериментатора относится к устойчивости внимания больного. Очень часто бывает так, что больной правильно ставит кубик на соответствующее ему место, но по невниманию неправильно его поворачивает; в результате оказывается, что возникла нечаянная ошибка, которую трудно потом найти и исправить. Другой ошибкой внимания является использование кубика с лишней стороной, например: для этого места нужен кубик с одной красной стороной, а больной не замечает, что ставит кубик с двумя. Таким образом он запрятывает внутрь красную сторону и после должен искать ее. Подобные ошибки, обусловленные рассеянностью и неустойчивостью внимания, свидетельствуют об органической слабости. Ино-

гда такие ошибки возникают с самого начала, и больной почти не в состоянии довести самостоятельную работу до конца, а иногда ошибки возникают к концу работы, по мере утомления больного. Утомляемость, нарастание ошибок к концу работы наблюдаются при всякой астении, не специфичны для какого-либо определенного заболевания;

в) значительный интерес представляют наблюдения за способом работы больного. Различают два основных способа складывания. Первый, менее успешный, заключается в том, что, желая заполнить какое-либо очередное место, больной ищет нужный для этого места кубик, перебирая все остальные. Второй (более совершенный) способ заключается в том, что, беря наудачу любой очередной кубик, больной находит для него соответствующее место. В норме обычно с «первого этажа» начинают пользоваться вторым способом. Если больной этого не делает, экспериментатор подсказывает ему возможность пользоваться вторым способом, подкладывает ему таким способом два-три кубика; если это не помогает и больной до конца продолжает работать первым способом, это следует расценить как проявление сужения объема внимания и инертности психических процессов;

г) очень выразительными являются эмоциональные, точнее личностные, реакции больных в процессе складывания куба Линка. Их можно не только наблюдать, но и провоцировать дополнительными экспериментальными приемами.

Складывание куба Линка является увлекательной задачей не только для детей (для них особенно!), но и для каждого нормального взрослого человека. Едва начав эту работу, человек испытывает обычно азартное желание самостоятельно и как можно быстрее ее закончить. Если экспериментатор начинает помогать или подсказывать, то от психически полноценного человека он обычно слышит: «Пожалуйста, не нужно, я постараюсь самостоятельно сложить...» Это нормальная реакция.

У некоторых больных такой естественный задор достигает чрезмерной, неадекватной степени: заметив к концу работы, что у них «не выходит», они раздражаются и нетерпеливо разрушают все сделанное, сердятся, иногда дискредитируют задание, а иногда длительно переправляют и переделывают начатое, никак не разрешая себя прервать и бурно протестуя против всякой помощи, болезненно переживая свои неудачи. Если в процессе наблюдения экспериментатор со специальным намерением выражает свое нетерпение затянувшейся работой или, напротив, показывает (независимо от объективных данных), что она выполнена быстро и хорошо, поведение больного в зависимости от этих оценок резко меняется.

Такая обостренная самолюбивая реакция на успех, неудачи и оценки экспериментатора наблюдается часто у психопатов.

Напротив, полная безучастность к результату выполнения этого задания свидетельствует иногда об эмоциональной опустошенности либо загруженности. Чтобы проверить наблюдение такого рода, экспериментатор небрежным тоном предлагает больному, успешно складывающему куб и близкому к окончанию задания, бросить его незавершенным. Охотное согласие больного (если только оно не вызвано послушанием) должно вызвать, по крайней мере, сомнение в сохранности его эмоциональной сферы. Так могут реагировать дети-шизофреники. Следует, однако, учесть, что у некоторых взрослых больных (особенно у не понимающих условности) куб Линка из-за своего игрушечного вида вызывает с самого начала скептическое отношение. Если экспериментатор не сумел преодолеть его, не следует, конечно, судить об эмоциональных реакциях больного по работе, к которой он несерьезно относится.

При проведении однократной пробы с кубом Линка все внимание уделяется качественным особенностям работы больных. Однако этой методикой можно пользоваться и для учета эффективности терапии и вообще для оценки изменений в состоянии больного.

При исследовании больных с такой целью куб Линка можно использовать многократно. При этом приобретают актуальность количественные показатели: время (от начала до конца складывания) и количество ошибок. При повторных пробах наблюдается, конечно, некоторая

упражняемость. Наибольший сдвиг наблюдается при этом от первого ко второму складыванию, а между вторым и пятым или десятым отличие не столь велико. Поэтому при желании проводить с помощью куба Линка повторные пробы следует в первый раз проделать две пробы, а затем после терапии – третью, четвертую и т. д.

Литература

1. *Гаджиев С.Г.* К анализу нарушения интеллектуальной деятельности при поражении лобных отделов головного мозга: диссертация на соискание ученой степени кандидата педагогических наук. – Москва, 1947. – URL: http://irbis.gnpbu.ru/Aref_1951/Gadzhiev_S_G_1951.pdf.

2. *Костомарова Н.М.* Качественная характеристика деградации интеллектуальной деятельности у больных с диффузными изменениями центральной нервной системы в результате травмы головы // Травматические повреждения центральной нервной системы: сборник. – Москва: Медгиз, 1940. – Сб. 12.

Глава 7

Исследование мышления

Классификация предметов

1. Метод предметной классификации является одним из основных, используемых почти при каждом психологическом исследовании больного. Метод применяется для исследования процессов обобщения и абстрагирования, но дает также возможность анализа последовательности умозаключений, критичности и обдуманности действий больных, особенностей памяти, объема и устойчивости их внимания, личностных реакций больных на свои достижения и неудачи⁸.

2. Для проведения опыта необходимо иметь колоду из 68 карточек, на которых изображены разнообразные предметы и живые существа. В психологических лабораториях всех психоневрологических учреждений (институтов, больниц, учебных заведений) нашей страны принята единая предметная классификация, разработанная в лаборатории экспериментальной патопсихологии Института психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР. Подбор предметов, особенности художественного оформления каждой карточки (подбор красок, штриховка, форма предмета, даже бумага, на которой она выполнена) – все это имеет определенное, существенное для эксперимента значение. Поэтому пользоваться самостоятельно кустарно изготовленными карточками или наборами картинок из лото не рекомендуется. При таком кустарном подборе карточек часто возникают артефакты. Кроме того, данные, полученные с помощью этой методики, очень важны. При публикациях различных исследований возможность сопоставления экспериментальных данных, полученных разными авторами, будет обеспечена лишь в том случае, если они будут пользоваться одинаковыми методическими пособиями.

Метод классификации применим для исследования детей и взрослых любого образовательного уровня. Однако при исследовании детей дошкольного возраста и малограмотных взрослых часть карточек следует исключить (измерительные приборы, учебные пособия).

3. В некоторых случаях до начала работы нужно дать больному какую-либо мотивировку задания, характеристику его смысла. Это делается по-разному в зависимости от психического состояния и настроенности больного. Так, например, больному 50 лет, со средним образова-

⁸ Предложен К. Гольдштейном, видоизменен Л.С. Выготским и Б.В. Зей-

нием, страдающему склерозом сосудов головного мозга, можно сказать: «Это работа по проверке внимания, с виду она легкая – детская игра, а на самом деле она предназначена для проверки внимания людей с высшим образованием». При исследовании подростка 7-го класса можно сказать, что «это для 10-классников». При исследовании ипохондричного или аггравирующего при экспертизе больного, жалующегося на утомляемость и забывчивость, можно сказать: «Читать вам было бы трудно – сделаем эту легкую работу. Тут рисунки, крупные, ясные, и работа легкая, нужно лишь делать ее внимательно».

В большинстве же случаев такие «предисловия» не нужны. Перед началом опыта экспериментатор тщательно перетасовывает всю колоду карточек и сверху выкладывает шесть-семь карточек, облегчающих начало классификации (например, овца, стол, груша, коза, шкаф, лошадь, яблоко). Затем он подает всю колоду больному (кверху рисунками, а не тыльной стороной, как держат игральные карты) и говорит: «Разложите эти карточки на столе – что к чему подходит».

Это первый (I), так называемый *глухой*, этап инструкции (всего инструкция дается в три приема, на трех разных этапах выполнения задания)⁹. Если больной задает вопросы о том, как надо раскладывать, ему отвечают на этом первом этапе уклончиво: «Начните работать – сами увидите, как надо». Но записать эти вопросы в протокол необходимо. Вообще с самого начала экспериментатор записывает действия и высказывания больного в протокол. На первом этапе важно записать, как больной пытался ориентироваться в новом задании, сам ли он понял задачу. Начал ли он сразу объединять предметы по «сортам», либо стал класть рядом то, что в жизни часто бывает рядом (например, одежду в шкаф, морковь в кастрюлю, стакан на стол и т. д.), либо просто в недоумении выкладывает все карточки по одной.

После того как больной выкладывает на стол 15–20 карточек, дается вторая инструкция и начинается второй (II) этап работы. Он начинается с положительной оценки или критических замечаний по поводу того, что больной уже сделал. Экспериментатор говорит: «Правильно, вот вы положили вместе мебель, так и надо объединять все по сортам так, чтобы в каждой группе лежали предметы одного сорта, чтобы их можно было назвать одним названием», или, если больной кладет карточки ошибочно: «Нет, это не имеет значения, что одежда висит в шкафу, класть надо вместе предметы одного сорта так, чтобы их можно было назвать одним названием, мебель нужно положить с мебелью, одежду с одеждой».

Второй этап самый продолжительный. Экспериментатор записывает в протокол действия больного и время от времени спрашивает его, почему он положил те или иные карточки вместе, как можно назвать ту или иную группу. Не обязательно спрашивать о названии каждой группы, особенно если видно, что больной классифицирует правильно. Но даже при безупречной работе больного о названиях нескольких групп спросить необходимо. Не следует спрашивать больного (как это часто ошибочно делают неопытные экспериментаторы) только о тех группах, которые сложены ошибочно. Если экспериментатор замечает ошибку или непонятную группировку, он должен спросить больного об одной-двух правильно собранных группах и затем, не меняя тона, о той группе, в которой допущена ошибка или имеет место непонятно мотивированная раскладка.

Иногда целесообразно вообще не замечать допущенных больным ошибок, для того чтобы проследить, не обнаружит ли их сам больной, или для того чтобы вернуться к этой ошибке в конце работы и тогда «обсудить» ее.

Если больной спрашивает, нужно ли классифицировать подробно или можно сразу устанавливать крупные группы, экспериментатор отвечает уклончиво, т. е. говорит больному: «Как вам это кажется лучше, как вы сами хотите».

⁹ Поскольку инструкция должна быть всегда одинакова, нет надобности записывать ее в протокол, но обязательно отмечать ее этапы (I, II и III).

Некоторые больные пытаются пересмотреть раньше все карточки, начинают понемногу перебирать их, держа колоду под столом, на коленях, как бы пряча ее от глаз экспериментатора и убирая просмотренную карточку в конец колоды, вниз. Такую попытку следует внести в протокол, но разрешать этого нельзя; следует попросить больного сразу выкладывать каждую карточку на стол, сразу находить ей место (фото 5).



Фото 5. Классификация предметов
(один из моментов исследования)

Второй этап закончен тогда, когда с большей или меньшей помощью экспериментатора установлены основные группы: мебель, посуда, одежда, инструменты, транспорт, люди, фрукты, птицы, овощи, животные, измерительные приборы, насекомые, учебные пособия. Не будет ошибкой, если больной сразу объединит всех животных, но хорошо также, если он разделит их на домашних и диких зверей.

Когда эти группы собраны и названы, переходят к третьему (III) этапу. Больному говорят: «Первую часть работы вы выполнили хорошо. Теперь нужно сделать вторую часть работы. Раньше вы соединяли в группы карточку с карточкой, а теперь нужно соединить группу с группой так, чтобы групп стало как можно меньше, но чтобы можно было дать каждой группе какое-либо название». Далее, на примере каких-то двух-трех групп, экспериментатор показывает, как можно начать это объединение. Следует при этом учесть, что объединить растения легче всего, а объединить вместе все неодушевленные предметы – труднее. Поэтому одним больным помогают объединить измерительные приборы и инструменты, а другим – цветы и фрукты. По мере того как больной производит укрупнение групп, экспериментатор просит делать их все меньше и меньше. Иногда, если больной с трудом производит укрупнение, ему говорят: «Должно получиться всего три группы» (подразумевается: живые существа, растения, неодушевленные предметы).

Приведем образец протокола эксперимента по методике «Классификация предметов»¹⁰.

¹⁰ Исследован психически здоровый взрослый испытуемый с образованием 6 классов.

Экспериментатор	Действия испытуемого*	Высказывания и объяснения испытуемого
Этап I (инструкция обычная)	Рассматривает первые карточки, не начиная выкладывать	А как их надо группировать? По две?
Начните выкладывать — сами поймете...	Выкладывает по одной, затем, вопросительно глядя на экспериментатора, кладет морковь со свеклой, овцу с козой	Можно овощи с овощами, животных с животными?
Этап II (инструкция обычная)	Мебель + Овощи + Животные домашние + Многие карточки кладет по одной, не замечая того, что их уже можно было бы объединить	(Начинает сам комментировать свои действия.) Это будут профессии... а это...
Да, правильно...	К штангенциркулю прибавляет пилу	Это инструменты
Экспериментатор	Действия испытуемого*	Высказывания и объяснения испытуемого
Нет — это не совсем так: штангенциркулем не производят работы, штангенциркуль — это измерительный прибор, а пила — инструмент или орудие труда	Откладывает пилу от штангенциркуля, затем к пиле добавляет лопату и ножницы. К штангенциркулю подкладывает весы, часы и сантиметр. Транспорт + (только телега осталась одна) Рыба + Насекомые +	А-а — понял! Это инструменты. Измерительные приборы
Глобус для чего служит?	Кладет глобус к книгам и тетради. Все карточки разложены в основном правильно, но многие остались необъединенными — по одной	А глобус куда? Это все для учения. Все!
Не должно оставаться по одной. Карточки все надо сгруппировать	Ищет глазами карточки, лежащие по одной, и присоединяет их правильно — телегу к транспорту, ребенка к людям разных профессий	
Этап III (инструкция обычная)	Объединяет все растения, всех животных, часть вещей (мебель, одежду, посуду). Объединяет транспорт, измерительные приборы и инструменты. Осталось пять групп. Объединяет людей с животными, все неодушевленные предметы вместе	Он маленький... но тоже человек — это будут «люди». Это будут домашние вещи. Это что-то техническое
А нельзя ли собрать три группы?	Остаются три группы	Называет группы: живые существа, растения, неодушевленные предметы

Примечание. * Когда группа начата правильно (даже если она не закончена), экспериментатор ставит знак «+», например: «мебель +».

Из протокола видно, что задача обобщения оказалась для испытуемого не очень легкой, но все же доступной. Суждения его были в меру конкретны, помощь экспериментатора использовал легко, быстро.

Следует заметить, что помощь-подсказка в виде объяснения того, что собой представляет штангенциркуль, – почти обязательна. Для того и введен в набор именно этот измерительный прибор.

4. Анализ экспериментальных данных, полученных с помощью такого эксперимента, представляет значительную трудность. Прежде всего, следует учесть, что анализ и оценка тех или иных действий и высказываний не могут производиться безотносительно к этапу выполнения задания. Одна и та же ошибка, допущенная на первом, втором или третьем этапах, имеет разное значение и должна быть по-разному истолкована.

Ошибки больного на первом этапе работы не дают еще права для отрицательной оценки его мышления; он мог и не так истолковать задачу. Вот если больной с малым образованием сразу начинает правильно обобщать – это можно расценить как признак быстрой ориентировки в новом материале, хорошей сообразительности.

Иная оценка может быть дана таким же действиям больного на втором этапе. После второй инструкции интеллектуально полноценный человек без труда обычно устанавливает группы домашних животных, зверей, мебели, посуды, одежды, фруктов, овощей и т. д. Даже олигофрены справляются обычно с такой группировкой, испытывая, правда, некоторые затруднения при объединении более сложных групп (транспорта, людей). Наибольшую трудность на втором этапе представляет объединение группы измерительных приборов (термометр, весы, штангенциркуль, часы, сантиметр). Если больной самостоятельно объединил эту группу и назвал ее, такой экспериментальный факт свидетельствует о том, что ему доступны сложные обобщения. Этого не встречается при олигофрении. На втором месте по трудности объединение группы людей (так как в данной классификации люди изображены как представители разных видов деятельности).

Если на втором этапе больной продолжает устанавливать конкретные ситуационные группы, например объединяет бабочку с цветком, так как бабочки садятся на цветы, или объединяет моряка с пароходом, ребенка – с книжкой или с платьицем и т. д., – это свидетельствует о склонности больного к конкретному мышлению (особенно если такие ошибки повторяются, несмотря на критические замечания экспериментатора).

Кроме выявления того, в какой мере доступны больному простые обобщения, на втором этапе возникает возможность выявления ряда других особенностей мышления больных. Так, некоторые больные устанавливают очень дробные, чрезмерно детальные группировки: посуда чайная и посуда кухонная, птицы лесные и птицы домашние, мебель, годная для спальни, и остальная и т. д. Отделяя домашних животных (козу, овцу, лошадь) от зверей (лисы, медведя, волка), такие больные испытывают затруднения, не зная, куда отнести кошку, так как она хотя и домашнее животное, но не такое, как овца... Подобная склонность больных к детализации наблюдается часто при эпилепсии, в некоторых случаях – при ремиссии шизофрении. Типично для этих больных и то, что, когда экспериментатор предлагает им укрупнить группы, например объединить всех птиц, они не соглашались с этим, возражают или соглашались с большой неохотой. Как правило, однако, экспериментатор на втором этапе не дает никаких указаний по поводу того, какие группы устанавливать – широко обобщенные или дробные.

От излишней детализации в классификации следует отличать такое выполнение задания, при котором групп тоже очень много, но это обилие обусловлено не дроблением, а наличием одноименных групп. Так, например, больной начал объединять в одну группу животных – раз-

ных животных: и домашних, и диких. Затем, когда ему встретилось еще одно животное, больной забыл о том, что у него уже начата такая группа, не находит ее взором на столе и кладет это животное в другое место. Так возникают в разных местах ничем не отличающиеся группы, т. е. одноименные (люди в одном месте и люди в другом, мебель в одном и мебель в другом и т. д.). Наличие одноименных групп свидетельствует о рассеянности, забывчивости больных, о сужении объема их внимания (не видят всего, что лежит у них перед глазами). Такие особенности свойственны больным с сосудистыми и иными органическими поражениями мозга. На втором этапе классификации больные иногда складывают одни группы чрезвычайно обобщенно, а другие – чрезмерно детально. Такая непоследовательность мышления наблюдается при самых разнообразных заболеваниях – иногда при шизофрении, иногда при органических заболеваниях, но обычно в период какого-то легкого неблагополучия.

И, наконец, последнее, что выявляется иногда на втором этапе, – это разноплановость, причудливость рассуждений больных. Так, например, больной раскладывает по обобщенным группам мебель, посуду, людей, транспорт, а рядом с этим устанавливает группы железных и деревянных предметов и еще рядом же – группу предметов синего цвета и черных. Эти ошибочные разноплановые группировки не являются случайными, так как после недоумения или критической реплики экспериментатора больные не исправляют их, как бы «спохватившись», а пытаются это логически обосновать. Иногда наряду с обобщением сложных групп, таких, например, как группа измерительных приборов, больной откладывает группу предметов, которые он любит, а рядом такие, которые имеют острые окончания.

Так, мальчик, страдающий шизофренией, правильно объединив в группы все живые существа, измерительные приборы и инструменты, положил в отдельную группу глобус и часы, дав этому следующее объяснение: «Когда вращается глобус, происходит смена суток, а эту смену более подробно показывают часы». Затем, после того как экспериментатор помог мальчику отнести глобус к учебным пособиям, он правильно объединил все растения и соединил их с учебными пособиями, объяснив, что «все растения растут на земном шаре (показал глобус), а в книжках написано о том, как эти растения нужно выращивать, и школьники это изучают».

Эти данные свидетельствуют о том, что мальчику были доступны обобщенные суждения, но вместе с тем он допускал ошибки, вызванные растекаемостью, непоследовательностью мышления.

Наибольший интерес на втором этапе классификации представляет обсуждение совершаемых действий. Экспериментатор спрашивает у больного, почему он положил карточку в ту или иную группу и как теперь можно эту группу назвать. Ответы и доводы больного, исправления, которые он вносит в работу под влиянием замечаний экспериментатора, – вот наиболее ценный материал для анализа особенностей его мышления. Умение ставить вопросы и делать замечания – это особое искусство экспериментатора. Его реплики, замечания и вопросы обязательно должны быть скупыми и односложными; они должны быть занесены в протокол. Недопустимо, если экспериментатор слишком много говорит и спрашивает. Следует, разумеется, записать и подвергнуть анализу ответы больного и те названия, которые больной дает разным группам. При умственном недоразвитии больные не могут иногда найти общее понятие для обозначения группы, которая правильно ими собрана. Больные шизофренией придумывают иногда причудливые, аграмматичные названия групп. Так, например, группу карточек, изображающих разную посуду, больной-студент называет «средствами помещения объемов». От подобной причудливости названий, свойственной больным шизофренией, следует отличать претенциозность выражений, присущую обычно малокультурным, но желающим произвести впечатление психопатам. Например, группу посуды такой больной называет «принадлежностью культурного быта для принятия пищи».

На третьем этапе выявляется, доступно ли больному понимание сложных обобщений. Люди без образования иногда затрудняются на третьем этапе, но при небольшой помощи экспериментатора, при наводящих вопросах достигают правильного решения.

Если больной самостоятельно или при небольшой помощи экспериментатора доводит объединение групп до трех (живые существа, растения, неодушевленные предметы), то экспериментатор вправе записать в заключении, что больному доступно понимание сложных обобщений. При оценке допускаемых больным ошибок следует учитывать образовательный уровень; так, например, если больной с высшим образованием на третьем этапе хочет объединить группу людей с одеждой или вообще с вещами, которыми человек пользуется, то это можно расценить как признак некоторого интеллектуального снижения, как тенденцию к конкретности мышления. Такая же ошибка, если она допущена больным с низким образованием, может быть оставлена без внимания.

Интерес представляет соотношение между достижениями больных на втором и третьем этапах. При конкретности мышления, затрудненности процессов абстрагирования больные могут успешно справиться со вторым этапом и не справляются самостоятельно с третьим. При интеллектуальной сохранности, но сужении объема внимания и снижении работоспособности больных затрудняет обилие карточек на втором этапе, и они неожиданно лучше, увереннее, более четко справляются с работой на третьем этапе, где материала меньше, а необходимость абстрагирования больше.

Сходное соотношение между трудностью второго и третьего этапов наблюдается у больных шизофренией, но по другим причинам: обилие деталей на многих картинках провоцирует у них причудливые ассоциации и разноплановые суждения; между тем сложные обобщения меньше затрудняют этих больных. Случается, что именно больные шизофренией с самого первого этапа классификации делят карточки на две группы: живая и неживая материя.

Наибольшее значение в пробе на классификацию предметов имеет то, как больной принимает помощь и подсказка экспериментатора. Иногда он кладет в группу предмет, совершенно к ней неподходящий. Стоит, однако, экспериментатору спросить у больного: «Что в этой группе лежит?», или: «Как группа называется?» – как больной сразу же замечает и исправляет свою ошибку. Следовательно, это ошибка его внимания, а не его суждения. Если же в ответ на вопрос экспериментатора больной не исправляет своей ошибки, а пытается ее обосновать – значит это ошибка суждения.

Иногда больной оспаривает прямое указание экспериментатора на ошибку, не соглашается с ним, продолжает доказывать свою правоту. Такая реакция больного свидетельствует о снижении критики, потому что при любой убежденности больной должен был бы понять, что экспериментатор в данном вопросе лучше разбирается. Такого типа не критичность встречается у больных шизофренией. Иные проявления не критичности наблюдаются при паралитических и псевдопаралитических синдромах у органиков. Им все равно, куда положить карточку, – могут легко исправить свою ошибку после замечания экспериментатора и снова допустить аналогичную ошибку. У этих больных нет заинтересованности в достижении правильных результатов и в оценке.

Эмоциональные реакции больных на похвалу и порицание экспериментатора вообще представляют интерес. Так, например, аггравирующие при психиатрической экспертизе больные очень огорчаются при всяком одобрении их работы и после одобрения начинают часто работать хуже. В процессе классификации они нередко работают так: устанавливают правильные обобщенные группы, а затем в каждую такую группу подкладывают совершенно несоответствующие карточки. Если экспериментатор хвалит их, число ошибок увеличивается, а иногда больные перестают вдруг узнавать картинки, которые до того узнавали правильно, или даже начинают класть карточки картинкой книзу. До третьего этапа классификации эти больные редко добиваются.

Напротив, больные психопатизированные или просто психопаты обнаруживают способность мобилизовать все свои психические ресурсы при похвале экспериментатора. Если они понимают, что опыт направлен на испытание их умственных способностей, и если экспериментатор хвалит их, они оказываются в эксперименте лучше, чем в жизни; было бы ошибочно полагать, что они в профессиональном труде могут так же разумно и точно действовать, как они рассуждают в этих условиях при классификации предметов.

Все время, пока больной производит классификацию, экспериментатор ведет как можно более полный протокол по следующей схеме (см. также приложение).

Инструкции, этапы, вопросы и указания	Действия больного	Высказывания и объяснения больного
---------------------------------------	-------------------	------------------------------------

Свою инструкцию экспериментатор обозначает, только проставляя в левой графе порядковый номер этапа (I, II и III). Он должен следить за собой, чтобы своевременно проставлять этот номер, так как толкование ошибки зависит от того, на каком этапе она допущена. В этой же графе записывают вкратце собственные вопросы и указания. Было бы нереально рассчитывать на то, что экспериментатор успеет записать во второй графе все без исключения действия больного. Поэтому во второй графе запись делается сразу в частично обобщенном виде. Так, например, экспериментатор пишет: «одежда +, мебель +, животные +». Такая запись означает, что данные группы начаты и образованы в основном правильно, хотя, возможно, еще не все представители данной группы уже отнесены в нее. Далее экспериментатор может записать: «Излишняя детализация: посуда из металла и посуда из стекла отдельно». Может быть, в других группах тоже была допущена детализация, например транспорт крупный с двигателями и транспорт без двигателей был также разделен, но экспериментатор мог не успеть записать все виды детализации; он выхватывает в виде примера для иллюстрации одно-два дробления. Также может быть сделана запись: «Много одноименных; фрукты и овощи в двух местах», или запись может гласить: «Забычив: транспорт +, сверху телега, лопата, а к ней весь инструмент». Это означает, что больной допустил следующую ошибку. Правильно собрав разнообразный транспорт, он положил сверху телегу, затем, забыв, что лежит в этой группе, добавил к телеге лопату (конкретность), а потом к лопате стал уже, правильно обобщая, прибавлять различные инструменты. Если в дальнейшем больной сам спохватится и ошибку свою исправит, досадуя на нее, то такую ошибку следует истолковать как проявление забывчивости, колебания внимания, а не расстройств мышления. Относительно всяких странных необычных группировок экспериментатор обязательно расспрашивает больного и записывает в протокол как весь состав карточек в группе, так и объяснения больного. В таких случаях не следует спешить. Если больной сам раскладывает слишком быстро, его следует остановить, записать все, а затем продолжать работу.

В третьей графе могут быть записи описательного характера (например: «затрудняется в названиях групп», или: «все время рассуждает вслух, диктует себе порядок раскладки», или: «по поводу каждой карточки приговаривает что-то, комментирует их»). Лучше, однако, если в этой третьей графе удастся записать дословно высказывания и формулировки больных. Дословно записанные образцы высказываний следует брать в кавычки. Для того чтобы облегчить толкование ошибок больных в классификации, приведем несколько типичных выдержек из разных протоколов исследований и их истолкование.

Пример 1

Экспериментатор	Действия больного	Высказывания и объяснения больного
Этап II	После разъяснения инструкции с помощью экспериментатора собраны группы зверей, овощей, мебели. В группу мебели добавлены предметы одежды и велосипед	Одежда должна висеть в шкафу, все это — обстановка комнаты, и велосипед часто приходится держать в комнате

Пример 2

Экспериментатор	Действия больного	Высказывания и объяснения больного
Начало этапа II	Дерево, цветы, грибы, бабочка, медведь, лисица	Это лес — под деревьями цветы, на цветах сидит бабочка, в лесу всегда находятся разные звери

Пример 3

Экспериментатор	Действия больного	Высказывания и объяснения больного
Начало этапа II	Собраны вместе ребенок, кровать, термометр и доктор	Ребенок заболел, его уложили. Ему нужно измерить температуру, и доктор будет его лечить

Пример 4

Экспериментатор	Действия больного	Высказывания и объяснения больного
Этап III	Растения + Животные + Люди с вещами	Люди нуждаются в разных вещах — в одежде, мебели, посуде...

Пример 5

Экспериментатор	Действия больного	Высказывания и объяснения больного
Конец этапа II	Одежда + Мебель + Звери + Фрукты, овощи, часть домашних животных и посуда	Это все, что нужно для питания, это съедобное, вещи и посуда, чтобы сварить, приготовить

Все эти примеры свидетельствуют о конкретности мышления больных, о том, что вместо обобщений предметов они группируют их по привычным ситуационным признакам. Такая склонность к установлению житейски привычных связей может проявляться наряду с некоторыми несложными обобщениями. Иногда больные принимают критические указания экспериментатора, исправляют одну из сделанных ими конкретно-ситуационных группировок, но вслед за этим сбиваются на столь же конкретный путь объединений в последующих своих действиях.

От проявлений конкретности мышления не всегда легко, но необходимо отличать следующие ошибки.

Пример 6

Экспериментатор	Действия больного	Высказывания и объяснения больного
Конец этапа II	Люди + Измерительные приборы + Транспорт + Фрукты + Животные +	
Начало этапа III	Все живое вместе, а растения — со всеми неодушевленными предметами	Шкаф и мебель из дерева, а посуда из стекла, а стекло из песка, от трения в ледниковый период... Кастрюля из железа — значит тоже из недр земли, и растения из земли вырастают — значит все это недроископаемые, а живые — они поверх земли живут

Из приведенного примера видно, что больному доступно обобщение – он сам собрал группы измерительных приборов, живых существ. Переходя к третьему этапу, он не начал связывать предметы по конкретно-ситуационному признаку, а обобщил группы по довольно сложным признакам – происхождения «из недр земли» и «на ее поверхности». Однако это был несколько неожиданный и необычный подход к классификации, который дал основание объединить растения с неорганической материей и противопоставить их живым по месту происхождения. Таким образом, рассуждения больного были основаны на разных признаках обобщения: оба признака были абстрактными, но они допускали построение обобщения в совершенно различных несовместимых направлениях. Это было разноплановым построением классификации.

Не всегда разноплановость выступает в столь ярком виде. Иногда она проявляется фрагментарно, в виде небольших вкраплений ошибок среди правильно выполняемой обобщенной классификации.

Пример 7

Экспериментатор	Действия больного	Высказывания и объяснения больного
Этап II	Большинство групп собрано правильно, по обобщенным признакам. Транспорт + Люди + Животные +	
Как эту группу назвать?	Наряду с этим объединяет корабль с рыбой, моряком и лебедем	Относятся к воде

Подобная ошибка может быть понята как проявление конкретно-ситуационной группировки – больной все правильно обобщил, а моряк, рыба и лебедь ситуацией не связаны; эта ошибка типа разноплановости. В примере 8 больная наряду с обобщенными группами создает другие, руководствуясь соображениями о том, как можно организовать промышленность и ее снабжение. Ее ошибки не носят конкретного, житейски обыденного характера, они обращают на себя внимание произвольностью, аутистическим ходом рассуждений.

Пример 8

Экспериментатор	Действия больного	Высказывания и объяснения больного
Этап II	Люди + Животные + Мебель + Одежда +	
Почему они вместе?	Наряду с этим объединены лопата и слон	В одной из жарких африканских стран нужно развивать горнорудную промышленность
Почему?	Объединяет пароход, яблоко и рыбу	Необходима транспортировка плодов к районам Крайнего Севера
Почему?	Объединяет грузовик, кузнеца и ботинки	Группа металлургической промышленности. Ботинки — это спецодежда для рабочих

В самом деле, почему, приняв инструкцию и обобщив правильно несколько разных групп, больная может прийти к выводу, что лопата должна объединяться со слоном, чтобы развивалась горнорудная промышленность в Африке? Это вымысел, но больная наряду с таким вымыслом продолжает деятельность обобщения и классификации. Это включение иного подхода, иного плана рассуждения, но в этом ином плане уже нет деятельности обобщения, а есть произвольные построения. Здесь мы сталкиваемся с сочетанием разноплановости и аутистичности мышления.

Особенно ярко эта независимость хода рассуждений от только что принятых норм и правил видна в следующем примере.

В данном случае произошла смена видов деятельности: интеллектуальная работа по классификации неожиданно сменилась свободным ассоциированием, произвольным связыванием абсолютно не связанных друг с другом предметов. Подобная легкость связывания бессвязного едва ли была бы доступна человеку с нормальной психикой. Это особая произвольность, независимость от общечеловеческих нормативов и правил выполнения интеллектуальных актов, свойственная мышлению больных шизофренией.

Пример 9

Экспериментатор	Действия больного	Высказывания и объяснения больного
Этап II (заканчивается)	Измерительные приборы + Люди + Мебель + Посуда + Транспорт + Но все эти группы не завершены. Внезапно изменяет способ раскладки, т. е. просто выкладывает подряд все открываемые дальше в колоде карточки и собирает вместе лыжника, цветы, ботинки, морковь, телегу, женщину, петуха, велосипед, собаку, самолет	Больной — быстрой скороговоркой: «Пусть это будет человек на лоне природы, ему нужны грубые ботинки, он занят огородом, ему можно дать тележку, а это будет женщина, допустим жена Ива Монтана, она любит кур, ей нужен велосипед, у них, конечно, есть собака и самолет как символ современности...»

Следует отграничить эту причудливость, облегченность бесконтрольного ассоциирования от ошибок конкретного типа.

Пример 10

Экспериментатор	Действия больного	Высказывания и объяснения больного
Этап II	После многих правильно обобщенных групп собирает врача с этажеркой, бутылкой и моряком	
Почему они вместе?		Врач снял с этажерки пол-литра, а моряк пришел его арестовать за пьянство

По внешнему сходству можно было бы рассматривать эту ошибку как сходную с примером 3. Но это не так. Здесь нет конкретности обычной житейской ситуации, и пол-литра не типично снимать с этажерки, и моряк — отнюдь не полицейский, и арест здесь неуместен, это не привычно конкретная ситуация, а дурашливое свободное ассоциирование, оправдывающее

нелепую случайную группировку картинок. Это не конкретность, хотя и может быть внешне на нее похожа. Таков же и следующий пример.

Пример 11

Экспериментатор	Действия больного	Высказывания и объяснения больного
Этап II	Много правильно обобщенных групп. На этом фоне в группе — термометр, уборщица, доктор, ребенок	Чистота — залог здоровья

И это не конкретная ситуация. Здесь все подчинено смутной, неправильной, но все же какой-то идее.

Во многих случаях ошибки носят совершенно фрагментарный характер, связаны с объединением предметов по необычным, «слабым», по определению Секея, признакам.

Пример 12

Экспериментатор	Действия больного	Высказывания и объяснения больного
Этап II	Мебель + Посуда + Животные + Транспорт + Одежда + ... Ботинки кладет к группе транспорта	Ботинки тоже служат для передвижения

Пример 13

Экспериментатор	Действия больного	Высказывания и объяснения больного
Этап II	Одежда + Птицы + Звери + Люди +	
Почему?	Объединяет ботинки и гуся	Потому что там грязно

Пример 14

Экспериментатор	Действия больного	Высказывания и объяснения больного
Этап II	Животные + Люди + Фрукты и овощи + Одежда + Измерительные приборы +	
Почему?	Платье объединяется с ландышем	Это будет любовь

Пример 15

Экспериментатор	Действия больного	Высказывания и объяснения больного
Этап III	Объединяются группы транспорта и измерительных приборов	Всяким транспортом измеряются расстояния

Пример 16

Экспериментатор	Действия больного	Высказывания и объяснения больного
Этап I	Объединяются гусь и коза	Потому что они медленно ходят

Пример 17

Экспериментатор	Действия больного	Высказывания и объяснения больного
Этап II	После правильных группировок производится переделка всех групп	Нужно разделить предметы на легкие и тяжелые

Пример 18

Экспериментатор	Действия больного	Высказывания и объяснения больного
Этап III	Посуду объединяет с инструментами	Потому что посуда — это тоже орудия труда, женщина может использовать ложку при штопке чулок

Пример 19

Экспериментатор	Действия больного	Высказывания и объяснения больного
Этап II	После правильных группировок объединяет весы, кастрюлю, этажерку, штангенциркуль	Предметы первой необходимости
	Другая группа: термометр, стол и ботинки	Предметы жизненного комфорта

Во всех последних примерах, от 12-го до 18-го, обнаруживаются «соскальзывания» мысли больного, отклонения мысли от ее правильного логического хода по различным случайным ассоциациям: ярким чувственным (примеры 13 и 14), необычным, «слабым» (примеры 16 и 17), причудливым (примеры 15 и 18). В примере 19 показана надуманная необоснованная группировка предметов, заменившая содержательную их классификацию.

Методика «Классификация предметов» малоприспособлена для повторных проб. Только в том случае, если больной в первый раз ничего не сумел сделать и экспериментатор не стал «доводить» его до правильного решения, стоит попытаться провести пробу повторно. В противном случае, даже спустя много лет, больные «помнят», как нужно складывать, и проба лишается смысла. Поэтому при задаче учета эффективности терапии проба не применяется.

Помимо предметной классификации, была в свое время сделана попытка составить аналогичную классификацию карточек, на которых те же предметы были заменены их словесными обозначениями (словесная классификация). Сравнение психологических особенностей разных вариантов классификаций (предметной и словесной) (Т.И. Тепеницына) показало, что предметная представляет больше трудностей для процессов отвлечения и обобщения, поскольку красочное изображение конкретных предметов и деталей провоцирует конкретные ассоциации. Словесный же вариант классификаций легче поддается обобщению, но создает больше нагрузки для внимания и памяти.

Специальному исследованию методом предметной классификации подвергались суждения больных шизофренией (Ю.Ф. Поляков). Глубокий сравнительный анализ нарушений мышления при разных психических заболеваниях был проведен методом предметной классификации (Б.В. Зейгарник).

Литература

1. Зейгарник Б.В. Патология мышления. – Москва: Изд-во Московского университета, 1962. – 244 с.
2. Поляков Ю.Ф. Сравнительная характеристика нарушения динамики мышления у больных с начальным артериосклерозом сосудов головного мозга и больных шизофренией // Сосудистые заболевания головного мозга: сборник. – Москва, 1961.
3. Тепеницына Т.И. Сравнительная характеристика предметной и словесной классификаций как методов исследования мышления при сосудистых и других психических заболеваниях // Сосудистые заболевания головного мозга: сборник. – Москва, 1961.

Исключение предметов

1. Методика предназначена для исследования аналитико-синтетической деятельности больных, их умения строить обобщения. По своей направленности она похожа на классификацию предметов; отличие ее от классификации предметов в том, что она в меньшей мере выявляет работоспособность и устойчивость внимания, в большей мере предъявляет требования к логической обоснованности, правильности обобщений, строгости и четкости формулировок.

2. Для проведения опытов необходимы наборы карточек, на каждой из которых нарисовано по четыре предмета. Такие карточки-задачи могут быть градуированы по трудности – от самых легких до чрезвычайно трудных. Так же как и набор «Классификация предметов», набор этих карточек копируется в лаборатории экспериментальной патопсихологии Института психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР.

3. Больному показывают карточки, заранее разложенные в порядке возрастающей трудности.

Инструкцию дают на примере одной самой легкой карточки. Больному говорят: «Вот здесь на каждой карточке изображены четыре предмета. Три из них между собой сходны, их можно назвать одним названием, а четвертый к ним не подходит. Вы должны назвать предмет, который не подходит (или который надо исключить), и сказать, как можно назвать остальные три». Далее экспериментатор разбирает с больным первую карточку, вместе с ним дает обозначение трем обобщаемым предметам и объяснение тому, почему следует исключить четвертый предмет.

В протоколе (см. также приложение) записывается напротив номера карточки предмет, который больной считает нужным исключить, а в соседнем столбце – объяснения больного и название остальных трех.

ФОРМА ПРОТОКОЛА

Название карточки, а также вопросы и возражения экспериментатора	Исключаемый предмет	Объяснения больного
--	---------------------	---------------------

Если ответ больного неправильный и экспериментатор задает наводящий вопрос, то и вопрос и ответ больного, разумеется, записываются.

4. Методика представляет собой типичный образец моделирования процессов синтеза и анализа в мышлении.

Больной должен синтезировать, т. е. найти обобщающее понятие для трех предметов из четырех изображенных, и исключить, т. е. выделить, один, четвертый, не соответствующий общему понятию.

Невозможность решить простые задачи встречается крайне редко – тогда, когда больной в связи с очень глубокой степенью слабоумия или расстройством сознания не понимает инструкции. Как правило, больные правильно решают первые три-четыре задачи и начинают ошибаться по мере перехода к более трудным задачам. Степень сложности задач, на которых впервые начинает ошибаться больной, дает некоторое основание для суждения о степени его интеллектуального снижения. При исследовании этим методом детей-олигофренов (В.И. Перепелкин) было выявлено, что им иногда удается правильное решение задач средней трудности, но они не могут объяснить и мотивировать свои решения, не могут сформулировать общее понятие для обозначения трех объединяемых предметов. Конкретность мышления, непонимание абстракции обнаруживаются в том, что больные пытаются вместо задачи обобщения и

выделения идти по пути практического использования и ситуационного увязывания предметов. Так, например, вместо того чтобы в задаче выделить очки, а остальное назвать измерительными приборами, больной говорит, что ничего на этой карточке исключать не нужно, так как, надев на глаза очки, человек может лучше увидеть показатели весов, часов и термометра.

Некоторые больные шизофренией, правильно выполняя инструкцию и обобщая предметы, производят это обобщение по так называемым слабым признакам. Такой неправильный выбор посылок для обобщений вообще свойственен больным шизофренией. Так, в исследовании Ю.Ф. Полякова приводится следующий пример: больной обобщает зонтик, пистолет и барабан как предметы, издающие звук, и исключает фуражку, так как она звука не издает. В данном случае процесс обобщения не нарушен – действительно, три названных предмета издают звук и этим отличаются от фуражки. Однако признак звучания крайне необычен, странный для указанных предметов. Его можно отнести к числу латентных слабых признаков.

Методикой исключения предметов можно пользоваться и для повторных проб (при учете эффективности терапии), но для этого нужно подобрать два или три приблизительно равных по трудности набора карточек.

В книге Б.В. Зейгарник показано, как выполняют это задание психически больные разных нозологических групп.

Литература

1. *Зейгарник Б.В.* Нарушения мышления у психически больных. – Москва, 1958. – 94 с.
2. *Поляков Ю.Ф.* Сравнительная характеристика нарушений динамики мышления у больных начальным артериосклерозом сосудов головного мозга и больных шизофренией // Сосудистые заболевания головного мозга: сборник. – Москва, 1961.
3. *Перепелкин В.П.* Исследование суждений олигофренов методикой «Исключение предметов». Рукопись. – Москва: Изд-во Московского университета, 1959.

Методика Выготского – Сахарова

1. Назначение этого метода – исследование мышления, точнее – способности самостоятельно формировать понятия. Однако в процессе наблюдения за больным, выполняющим задание, выявляются также особенности его эмоциональных реакций, подверженность аффективной дезорганизации суждений.

2. Для проведения опыта нужен набор разнообразных деревянных фигурок (разной формы и разного цвета) с написанными на них словами «бик», «цев», «гур» и «лаг». Фигурки должны быть скопированы в лаборатории экспериментальной патопсихологии Института психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР или в другой психологической лаборатории, где эта методика применяется. Методика относится к числу очень трудных, пользоваться ею целесообразно при исследовании больных со средним или высшим образованием (см. фото 6).



Фото 6. Методика Выготского – Сахарова
(один из моментов исследования)

3. Перед больным на столе раскладываются беспорядочно все фигурки надписями книзу, так что ни одна надпись больному не должна быть видна. Полоска стола перед самым больным остается пустой. Экспериментатор говорит: «Все эти фигурки очень различны, но среди них можно найти фигурки одного типа или одного сорта. Вот я вам открою одну фигурку (экспериментатор переворачивает и выкладывает вперед синий треугольник с надписью «цев»), видите, здесь есть надпись «цев». Это слово ничего не означает, это просто название, имя одного сорта фигурок. Вы должны узнать, какие еще фигурки относятся к сорту «цев», и поставить их сюда, рядом с этой фигуркой «цев». Эта задача трудная, догадаться сразу о том, какие фигурки называются «цев», вы не сможете. Нужно будет высказывать предположения, учитывать свои ошибки, рассуждать, и постепенно вы сможете найти правильное решение. Работать будем так: переворачивать фигурки вы не должны, так как там будет написано их название, переворачивать могу только я. Вы высказываете какое-либо предположение и выкладываете сюда все те фигурки, которые, может быть, называются «цев»».

Если больной молча выкладывает фигурки, экспериментатор спрашивает у него, почему он думает, что они относятся к сорту «цев», и записывает слова больного, а также зарисовывает, какие именно фигурки больной поставил вперед. Чаще всего, однако, больной раньше нерешительно высказывает вслух гипотезу, например, говорит: «Может быть, все синие?», или: «Может быть, все треугольники?» – и нуждается в поощрении, чтобы начать выкладывать. В таком случае экспериментатор говорит: «Попробуйте» – и следит за тем, чтобы в соответствии с гипотезой были выложены вперед все фигурки с данным признаком. Если больной пытается положить только одну фигурку рядом с открытой (часто это бывает желтый треугольник «цев»), экспериментатор говорит, что таких фигурок должно быть несколько – пять или шесть, одной нельзя ограничиться. После того как больной выложил фигурки, экспериментатор открывает одну из них (из сорта «гур» или «лаг», смотря по обстоятельствам) и переворачивает, а все остальные фигурки ставит на место, не переворачивая. При этом экспериментатор говорит больному, что это фигурка тоже синего цвета (если он открыл синюю), но не «цев», или тоже треугольной формы (если он открыл треугольную), но не «цев», а имеет другое название. «Среди тех, которые я убрал обратно, – продолжает экспериментатор, – может быть, были «цевы», но этого мы не узнали». Так повторяется после каждого «хода», т. е. после каждой попытки больного.

ФОРМА ПРОТОКОЛА ИССЛЕДОВАНИЯ

ПО МЕТОДИКЕ ВЫГОТСКОГО – САХАРОВА¹¹

Порядковый номер хода	Предположения испытуемого	Действия по выкладыванию фигур	Фигура, открываемая экспериментатором, и его замечания
Ход I	По форме?	Выкладывает треугольные призмы, не замечая одной из них	Больше нет таких?
		Добавляет последний треугольник	Экспериментатор открывает красную треугольную призму «гур»
Ход II	Может быть, по цвету?	Выкладывает все синие	Экспериментатор открывает синий полукруг «бик»
Ход III	Может быть, плоские и синие?	Выкладывает плоские фигурки синего цвета	А ведь это тоже плоская фигурка синего цвета, а она — «бик»
	Я забыла посмотреть... может быть, все фигурки с углами — без округлостей?	В растерянности перебирает руками фигурки, не решаясь сделать ход	
	Я не могу решить эту задачу. Устала	Отказывается продолжать	

4. Обычно психически здоровые люди легко делают первый и второй ход – по форме и по цвету, а затем несколько затрудняются, прежде чем найдут настоящий признак различения фигурок – размер. Трудность нахождения этого признака в том, что размер как будто состоит из сочетания двух признаков (размера основания и высоты). В период затруднения, когда исчерпаны более доступные признаки – цвет и форма, у многих больных возникает чувство растерянности и аффективная дезорганизация суждений: больные начинают высказывать суждения более примитивные, чем те, на которые они по своему интеллектуальному уровню способны. Так, например, вместо того чтобы отыскивать признак для классификации, больные начинают строить из фигурок какие-то конструкции, грибочки, начинают их прикладывать друг к другу и т. д. Успех опыта в значительной мере зависит от квалификации экспериментатора, который должен уметь оказывать больному умеренную помощь и наблюдать за тем, как больной ею пользуется, какие выводы он может сделать из полученных в процессе работы данных. Если больной в три или четыре хода, логично рассуждая, справляется с заданием, это дает экспериментатору право сделать вывод о том, что больному доступны сложные абстракции и логические умозаключения.

Иногда успешное решение методики Выготского – Сахарова позволяет отвергнуть напращивавшийся по другим основаниям вывод о слабоумии больного или, во всяком случае, искать объяснения для такой неравномерности достижений.

Следует обращать внимание не только на то, каковы умозаключения больных из полученных в эксперименте данных, но и на то, какие признаки больной считает возможным использовать. При шизофрении (по данным Ю.Ф. Полякова) больные пытаются часто группировать фигурки по редко встречающимся, необычным так называемым слабым признакам. Так, например, больной шизофренией спрашивает, можно ли подобрать группу «цев» по звукопроводимости, или пробует фигурки зубами, пытаясь установить, нельзя ли различить их по плотности материала. Мнение Л.С. Выготского о том, что больным шизофренией не удастся установление абстракции и вместо понятий они устанавливают комплексные ситуационные связи, некоторыми авторами не разделяется.

С помощью метода Выготского – Сахарова исследовано мышление многих психически больных.

¹¹ Исследована больная артериосклерозом головного мозга с высшим образованием.

Литература

1. Сахаров Л.С. Образование понятий у умственно отсталых детей // Вопросы дефектологии. – 1928. – № 2. – С. 24–33.
2. Выготский Л.С. Избранные психологические произведения. – Москва: Изд-во Академии педагогических наук РСФСР, 1956. – 520 с.
3. Зейгарник Б.В. Патология мышления. – Москва: Изд-во Московского университета, 1962. – 244 с.
4. Haufmann E., Kasanin I. Conceptual Thinking in Schizophrenia. – New York, 1942. – 115 p.

Существенные признаки

1. Методика выявляет логичность суждений больного, а также его умение сохранять направленность и устойчивость способа рассуждения при решении длинного ряда однотипных задач.

2. Для проведения опытов нужны бланки с напечатанным текстом задач либо их машинописная копия¹².

Опыты можно проводить с больными, имеющими образование не менее 5 классов.

3. Пользоваться формальной «жесткой» инструкцией нецелесообразно. Вместо этого экспериментатор совместно с больным решает первую задачу и дает примерно следующие объяснения: «Видите, здесь ряд слов, напечатанных крупным шрифтом, а рядом с каждым таким словом (в скобках) – пять слов на выбор. Из этих пяти слов вы должны выбрать два – только два, не больше и не меньше, – два слова, обозначающих неотъемлемые признаки вот этого, написанного крупным шрифтом предмета, т. е. то, без чего он не может быть. Вот, например, сад. Все те слова, которые рядом с ним в скобках написаны, имеют какое-то отношение к саду – и земля, и забор, и садовник, и собака, и растения. Все это в саду бывает. Но без чего сад не может быть садом? Без земли и без растений. Без садовника или без забора сад будет, хотя, быть может, и плохой; без растений и без земли сада не бывает». Также совместно решается и вторая задача, а затем больной решает и объясняет свои решения самостоятельно.

В зависимости от того, для какой цели в большей мере экспериментатору нужна данная методика, он может действовать двумя способами: либо он только записывает высказывания и ответы больного и обсуждает их после окончания всей работы, либо сразу обсуждает с больным каждый следующий ответ, ставя ему контрольный вопрос.

ФОРМА ПРОТОКОЛА К МЕТОДИКЕ

«СУЩЕСТВЕННЫЕ ПРИЗНАКИ» И ПРИМЕР

ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

¹² См. бланк № 4 в приложении в конце книги.

Номер задачи и вопросы экспериментатора	Ответы больной*	Объяснения и мотивировки больной
2 3 4 5 6 7	Берег, вода + Здание, улицы + Крыша, стены + Углы, сторона + Делимое, делитель + Глаза, книга —	
А газету можно читать? А письмо не напечатанное, а написанное читать можно? Почему?		Ну, тогда: глаза, печать. Тогда эту задачу нельзя решить: глаза и слово будет неправильно... Слово может быть сказано вслух, а не только написано, поэтому нельзя**

Примечание. * Знак «+» означает правильный ответ, знак «—» — неправильный.

** В таком объяснении содержатся элементы алогичности.

В графу «Объяснения и мотивировки» следует внести пометку о том, проводилось ли обсуждение по мере решения каждой следующей задачи или к неправильно решенным задачам возвращались после решения последней.

4. В большинстве задач этой методики содержатся слова, которые провоцируют легкомысленные, бездумные ответы. Так, например, к слову «игра» многие, недолго думая, подбирают слово «карты», хотя карты вовсе не являются обязательным признаком для всякой игры. Многие больные не только при самостоятельной работе, но даже при контрольных вопросах и поправках со стороны экспериментатора в каждой следующей задаче сбиваются на путь таких случайных, привычных ассоциаций и отвечают бездумно. Таким больным подсказка, критическое замечание обычно помогают найти правильное решение. Таким образом, методика выявляет не критичность и ненаправленность мышления больных. В иных случаях методика выявляет резонерские, путанные рассуждения больных — аморфность и расплывчатость их мышления. Неумение выделить самые существенные признаки (т. е. слабость абстрагирования) становится особенно заметно тогда, когда экспериментатор обсуждает с больным решение.

Простые аналогии

1. Выполнение этого задания требует понимания логических связей и отношений между понятиями, а также умения устойчиво сохранять заданный способ рассуждений при решении длинного ряда разнообразных задач¹³.

2. Для проведения опыта нужен бланк или просто распечатанный ряд задач¹⁴.

Задание пригодно для исследования больных с образованием не ниже 7 классов.

3. Инструкция дается в форме совместного решения первых трех задач. «Вот посмотрите, – говорят больному, – здесь написано два слова – сверху “лошадь”, снизу “жеребенок”. Какая между ними связь? Жеребенок детеныш лошади. А здесь, справа, тоже сверху одно слово – “корова”, а внизу пять слов на выбор. Из них нужно выбрать только одно слово, которое так же будет относиться к слову “корова”, как “жеребенок” к “лошади”, т. е. чтобы оно обозначало детеныша коровы. Это будет... “теленок”. Значит, нужно раньше установить, как связаны между собой слова, написанные слева, вот здесь (показывает), и затем установить такую же связь справа.

Разберем еще пример: вот здесь слева – “яйцо” – “скорлупа”. Связь такая: чтобы съесть яйцо, нужно снять скорлупу. А справа “картофель” и внизу пять слов на выбор. Нужно выбрать из пяти нужных слов справа одно такое, которое относится к верхнему, как это нижнее – к этому верхнему (показывает слова слева)».

Инструкция несколько длинновата, но обязательно нужно добиться того, чтобы больной ее хорошо усвоил.

4. В норме, при соответствующем образовании, исследуемые усваивают порядок решения задач после двух-трех примеров. Если больной, имеющий неполное среднее образование (7 классов), никак не может усвоить задание после трех-четырех примеров, это дает основание думать, что его интеллектуальные процессы по крайней мере затруднены.

ФОРМА ПРОТОКОЛА К МЕТОДИКЕ

«ПРОСТЫЕ АНАЛОГИИ» (см. также приложение)

Номер задачи	Ответ	Объяснение
--------------	-------	------------

Примечание. Так же как в задании «Существенные признаки», в протоколе должно быть указано, когда велось обсуждение – сразу, в порядке решения задач либо после решения последней задачи. Кроме того, протокол может быть неравномерным по точности. Многие задачи, решавшиеся правильно, могут быть записаны только крестиком (плюсиком), но, если по поводу какой-либо задачи завязалась интересная дискуссия с больным, эту дискуссию следует записать как можно более подробно, в виде диалога.

Чаще всего при выполнении этого задания наблюдаются случайные ошибки. Вместо того чтобы руководствоваться при выборе слова образцом логической связи слева, больной просто подбирает к верхнему слову справа какое-либо близкое по конкретной ассоциации слово из нижних. Так, например, в задаче

¹³ Методика заимствована из психологии труда.

¹⁴ См. бланки № 5–7 в приложении в конце книги.

Ухо	=	Зубы
Слышать		Видеть, лечить, рот, щетка, жевать

больной выбирает слово «лечить» просто потому, что зубы часто приходится лечить. Часто бывает так, что больной решает три-четыре задачи таким бездумным, неправильным способом, а затем, без всякого напоминания со стороны экспериментатора, возвращается к правильному способу решения. Такая неустойчивость процесса мышления, соскальзывание суждений на путь случайных, облегченных, ненаправленных ассоциаций наблюдается при утомляемости больных, при хрупкости процессов мышления как органического, так и шизофренического генеза. Существуют, однако, некоторые отличия между особенностями решений больных. При органической слабости больные мгновенно «спохватываются» и исправляют свои ошибки, как только замечают, что экспериментатор недоволен их ответами. Сам экспериментатор может, напомнив инструкцию и настойчиво потребовав от больного внимательной работы и несколько задев при этом его самолюбие, добиться от больного-органика (с травматическим, сосудистым или легким интоксикационным процессом) безошибочного продолжения работы. Между тем ошибки больного шизофренией обусловлены слабостью побуждений, рыхлостью и ненаправленностью ассоциации. Поэтому «соскальзывания» мысли больных обычно не поддаются коррекции, от них часто не удастся добиться безупречных решений даже при повторных решениях тех же задач. Ошибки они допускают не в трудных, а сплошь и рядом в легких задачах. У больных не выявляется «предпочтения истины», т. е., выяснив с помощью экспериментатора правильное решение задачи, больной считает одинаково правомерным и прежнее, ошибочное, и другое, правильное.

Помимо такой «хрупкости», неустойчивости и непоследовательности решений, больные шизофренией обнаруживают при выполнении этого задания более выраженную расплывчатость мышления. Обилие слов, которыми им приходится оперировать, вызывает у них множество ассоциаций. Больные начинают связывать между собой слова одних задач со словами других задач и совершенно теряются в возникшей мешанине связей.

Если, однако, больной безупречно выполняет все задание, решив все 30–35 задач быстро и без ошибок, это еще не дает психологу основания утверждать, что мышление больного не нарушено. Данная методика может не выявить тонких, мало выраженных расстройств.

Некоторые больные, даже понявшие инструкцию и умеющие объяснить ее, тем не менее в каждой следующей задаче ошибаются, поддаются провоцирующему влиянию тех слов, написанных под чертой справа, которые обладают наибольшей конкретной, «притягательной» силой. Если экспериментатор говорит больному «подумайте», то больной тут же может дать правильный ответ, но уже в следующей задаче снова «собьется». При этом больной сам не огорчается, иногда даже смеется, считает свои ошибки несущественными. Такого рода беззаботность, некритичность, а главное – произвольность мышления наблюдаются при паралитических синдромах.

Методикой можно пользоваться для повторных проб, если разделить этот набор на две или три части.

Сложные аналогии

1. Методика направлена на выявление того, в какой мере больному доступно понимание сложных логических отношений и выделение абстрактных связей. Кроме того, методика провоцирует проявления резонерства у больных, склонных к нему¹⁵.

2. Для проведения опытов нужен бланк¹⁶.

Методику можно применять при исследовании больных, имеющих не менее 7 классов образования, но чаще всего ввиду очень большой трудности ее применяют при исследовании больных со средним и высшим образованием.

3. Больному говорят: «Давайте рассмотрим, какая связь между этими парами слов (вверху)», и подробно характеризуют принцип связи каждой пары. Так, например, ему объясняют, что «свет – темнота» – противоположные понятия, «отравление – смерть» имеют причинно-следственную связь, «море – океан» имеют количественное отличие. После этого больному предлагают прочесть каждую пару из расположенных внизу, сказать, к какой паре из числа верхних она относится, и назвать принцип этой связи. Больше никаких объяснений экспериментатор не дает, а только записывает решения больного, пока он не делает две-три попытки самостоятельного решения. В случае если эти первые решения свидетельствуют о том, что больной задачу не понял, экспериментатор дает повторные объяснения и вместе с больным решает две-три задачи. Правильное решение задачи должно иметь примерно такую форму: «физика – наука» соответствует паре «малина – ягода», потому что физика – одна из наук, так же как малина – это один из видов ягод. Или: «испуг – бегство» соответствует «отравление – смерть», потому что и там и здесь причинно-следственные отношения.

ФОРМА ПРОТОКОЛА К МЕТОДИКЕ

«СЛОЖНЫЕ АНАЛОГИИ»

Какую пару к какой относит	Обсуждение, доказательства
----------------------------	----------------------------

Примечание. В этом протоколе лучше записывать обе соотносимые пары слов (а не номер задачи) во избежание возможных ошибок. Обсуждение следует записывать полностью. Можно в одной графе чередовать реплики и вопросы экспериментатора (заключая их в скобки) и ответы испытуемого.

4. Если больной правильно, без особого труда решил все задания и логично объяснил все сопоставления, это дает право написать в заключении, что ему доступно понимание абстракций и сложных логических связей (но это еще не означает, что у него нет никаких расстройств мышления).

Если же больной с трудом понимает инструкцию и ошибается при сопоставлении, это еще не дает права делать вывод об интеллектуальном снижении: многие психически здоровые люди с трудом выполняют это задание. Нужно подвергнуть анализу ошибки, вернее, весь ход рассуждений больного. Чаще всего эта методика оказывается полезной для выявления соскальзываний, внешних паралогичных умозаключений, т. е. той растекаемости мышления, которая наблюдается при шизофрении. Больной, например, начинает пространно рассуждать о том, что «испуг – бегство» соответствует паре «враг – неприятель», потому что во время войны такое

¹⁵ Предложена Э.А. Коробковой.

¹⁶ См. бланк № 8 в приложении в конце книги.

бывает, или отвечает, что «физика – наука» соответствует понятиям «свет – темнота», так как это понятия, изучаемые физикой, и т. д.

Следовательно, анализ экспериментальных данных, полученных по данной методике, основывается не столько на ошибках и неправильных решениях, сколько на тех рассуждениях, которыми больные свои доводы обосновывают. Так, например, больной соотносит пару «испуг – бегство» с образцом «овца – стадо» и доказывает это так: «От испуга одной овцы целое стадо могло убежать». Это произвольное, нелогичное рассуждение.

Другой больной соотносил пару «десять – число» с образцом «овца – стадо» и доказывает, что здесь «мысль общая – количество». Это также расплывчатое нелогичное суждение, особенно если учесть, что большинство задач до этой больной решал правильно, т. е. инструкцию понял.

Такая же диффузность, расплывчатость мысли на фоне понимания логических связей имеет место в решении следующего больного: «обман – недоверие» он соотносит с образцом «море – океан», объясняя, что «обман – это большая грубость, чем недоверие».

Иногда за правильным ответом кроется ложное понимание. Например, «испуг – бегство» больной соотносит с «отравление – смерть». Это верно, но больной объясняет, что то и другое похоже потому, что «страх».

Без обсуждения эксперимент не имеет смысла. Особенно трудны соотношения понятий «бережливость – скупость» и «прохлада – мороз» – они редко выполняются без помощи экспериментатора, но дискуссия по ним интересна.

Следует подчеркнуть, что все ограничения в истолковании данных по этой методике не лишают ее ценности. При исследовании больных с высоким уровнем образования она всегда дает интересный результат как материал для обсуждения.

Сравнение понятий

1. Методика применяется для исследования мышления больных, процессов анализа и синтеза¹⁷.

2. Экспериментатор из имеющегося у него набора заготавливает 8–10 пар слов, подлежащих сравнению¹⁸.

В монографии Л.С. Павловской приводятся 100 таких пар; достаточно применять лишь часть этого набора.

Обращает на себя внимание, что уже в наборе Л.С. Павловской содержатся понятия разной степени общности, а также и вовсе несравнимые понятия. Именно несравнимые понятия оказываются иногда очень показательными для обнаружения расстройства мышления.

Методика апробирована, пригодна для исследования детей и взрослых разного образовательного уровня. Применима для исследования лежащих больных или больных малодоступных, отказывающихся выполнять экспериментальную работу. Кроме того, она очень удобна при необходимости повторных исследований больных для оценки изменчивости их состояния. Так, например, некоторые авторы пользовались этой методикой при оценке влияния какого-либо препарата на процесс мышления больных.

3. Больного просят сказать: «Чем похожи и чем отличаются эти понятия?» Записывают все его ответы полностью. Экспериментатор должен настаивать на том, чтобы больной обязательно раньше указывал сходство между понятиями, а только потом различие. Если больному не сразу понятна задача, можно совместно сравнить какую-либо легкую пару слов.

¹⁷ Применяется очень давно, особенно широко использовалась в школе академика В.М. Бехтерева.

¹⁸ См. бланк № 9 в приложении в конце книги.

Предлагая первую несравнимую пару (в данном списке «река – птица»), экспериментатор внимательно наблюдает за мимикой и поведением больного. Если больной выражает удивление, растерянность или просто молчит, затрудняясь, ему тут же дают пояснение: «Встречаются такие пары объектов (или понятий), которые несравнимы. В таком случае вы и должны ответить: “Их сравнивать нельзя”». Если больной сразу начинает сравнивать эту пару – его ответ записывают, но затем все равно дают пояснение относительно «несравнимых» пар. В дальнейшем таких пояснений больше не дают, а просто регистрируют ответы больного по поводу каждой пары.

4. При оценке ответов больных следует учитывать, удастся ли им выделить существенные признаки сходства и различия понятий. Неумение выделить признаки сходства, а также существенные признаки различия свидетельствует о слабости обобщений больного, о склонности его к конкретному мышлению.

В исследовании Т.К. Мелешко предметом анализа стала не логическая структура процесса сравнения, а состав признаков, которые использовались для сопоставления объектов. По данным Т.К. Мелешко, больные шизофренией сравнивают объекты, пользуясь очень разнообразными, необычными признаками, в то время как здоровые люди производят сравнения по банальным, «стандартным» признакам.

Второе, на что следует обратить внимание, это то, выдерживает ли больной заданный ему план сравнения или мысль его «соскальзывает» куда-то в сторону и суждения его оказываются лишенными логической последовательности.

Так, например, больной шизофренией в подостром состоянии дает следующее заумное и аграмматичное сравнение дождя и снега: «Снег – это называются все микроны и заочные точки, которые могут быть под заморозками, а дождь, состоящий из воды, и он может находиться в тесном сотрудничестве».

Другая больная сравнивает дождь и снег так: «Дождик – это капли водяные, а снег – это заморозки, снег это снег, а вода есть вода, какая может быть разница – это ведь совершенно разные вещи... Снег идет, и вода идет, снег падает, и дождь тоже падает...»

В исследованиях В.И. Перепелкина и С.Т. Храмцовой приводятся образцы сравнений, характерные для больных шизофренией, эпилепсией, для олигофренов и др. Эту методику удобно комбинировать с фармакологическими пробами и записывать высказывания больных с помощью магнитофона.

Литература

1. Павловская Л.С. Экспериментально-психологическое исследование умозаключений у душевнобольных. – Санкт-Петербург, 1909. – 79 с.
2. Мелешко Т.К. Вариант методики исследования процесса сравнения у больных шизофренией // Вопросы экспериментальной патопсихологии: сборник. – Москва, 1965. – С. 288–294.
3. Храмцова С.Т. Апробация методики «Сравнение понятий» в детской психоневрологической клинике // Вопросы экспериментальной патопсихологии: сборник. – Ленинград, 1965.
4. Перепелкин В.И. Особенности процесса сравнения наглядных объектов у детей, больных эпилепсией // Вопросы экспериментальной патопсихологии: сборник. – Москва, 1965.

Соотношение пословиц, метафор и фраз

Методика применяется для исследования мышления больных. Выявляет понимание переносного смысла, умение вычленить главную мысль во фразе конкретного содержания, а также дифференцированность, целенаправленность суждений больных¹⁹.

Пословицы	Фразы
Куй железо, пока горячо. Цыплят по осени считают. Нечего на зеркало пенять, коли рожа крива. Не красна изба углами, а красна пирогами. Лучше меньше, да лучше. Взялся за гуж — не говори, что не дюж. Тише едешь — дальше будешь. Не в свои сани не садись. Не все то золото, что блестит. Семь раз отмерь, а один раз отрежь.	Материал разрезают ножницами. Зимой ездят на санях, а летом на телеге. Каждое утро овец выгоняют за деревню. Не всегда то, что нам кажется хорошим, действительно хорошо. Нельзя питаться одними пирогами, надо есть и ржаной хлеб. Если сам отрезал неправильно, то не следует винить ножницы. Цыплята вырастают к осени. О деле судят по результатам. Одну хорошую книгу прочесть полезнее, чем семь плохих. Если не знаешь дела, не берись за него. Кузнец, который работает не торопясь, часто успевает больше, чем тот, который торопится. Чтобы сделать работу лучше, нужно о ней хорошо подумать. Хорошее качество зеркала зависит не от рамы, а от самого стекла. Если уж поехал куда-нибудь, то с полдороги возвращаться поздно.

¹⁹ Прием объяснения смысла пословиц используется психиатрами издавна, но особая экспериментальная методика соотношения пословиц и фраз разработана Б.В. Зейгарник.

Одна часть фраз такова, что их смысл соответствует пословицам, а остальные фразы лишь внешне по составу слов напоминают пословицы, но ничего общего с ними не имеют по смыслу. Так, например, если среди пословиц будет: «Не в свои сани не садись», то среди фраз будет такая, как: «Не нужно браться за дело, которого ты не знаешь», и такая: «Зимой ездят на санях, а летом на телеге». Первая фраза соответствует по смыслу пословице, а вторая лишь внешне похожа на нее, но никакой общей идеи с пословицей не содержит. Таким образом, фраз оказывается примерно в два раза больше, чем пословиц. Таково же соотношение метафор и фраз.

Метафоры	Фразы к метафорам
Золотая голова.	Умная голова.
Железный характер.	Художник сделал статуэтку с позолоченной головой.
Ядовитый человек.	Золото ярче железа.
Каменное сердце.	Человек высек на скале сердце.
Зубастый парень.	Сильный характер.
Глухая ночь.	Железо тверже меди.
	Железная дорога.
	Мальчик наелся сладостей и заболел.
	Злой человек.
	Его укусила ядовитая змея.
	Черствое сердце.
	Он всегда с камнем за пазухой.
	Больной вместо лекарства глотнул яду.
	У Ивана были крепкие и здоровые зубы.

3. Экспериментатор раскладывает на столе слева от больного пословицы или метафоры одну под другой, столбиком. Затем экспериментатор дает больному в перемешанном виде пачку таблиц с фразами и предлагает: «Положите рядом с каждой пословицей соответствующую ей по смыслу фразу». При этом экспериментатор предупреждает больного, что «не ко всем пословицам найдутся подходящие фразы, а многие фразы не подходят ни к одной пословице».

После того как больной выполнил это задание, экспериментатор спрашивает его, в чем он видит сходство фраз и пословиц, в чем их общая идея.

ФОРМА ПРОТОКОЛА

(см. также приложение)

Пословицы или метафоры	Подобранные фразы	Объяснение больного
Например: «Куй железо...»	Кузнец, который работает...	

4. Обилие фраз, из которых нужно выбрать нужные, провоцирует соскальзывания и неточности суждений у тех больных, у которых мышление нецеленаправленно и диффузно. Центр тяжести задания как бы переносится с задачи понимания переносного смысла пословиц на задачу соотнесения одного смысла другому.

Выявляется конкретность и поверхность суждений олигофренов, диффузность и неопределенность суждений больных с сосудистыми и иными органическими поражениями мозга, соскальзывания и паралогические суждения больных шизофренией.

Примером не столь выраженных расстройств мышления являются следующие решения больной, свидетельствующие о диффузности, нечеткости ее суждений.

Семь раз отмерь	Одну хорошую книгу прочешь полезнее, чем семь плохих	Здесь одна мысль — нужно делать хорошо
Куй железо, пока горячо	Если уж поехал куда-либо, то возвращаться поздно	Нужно делать быстро и до конца
Лучше меньше, да лучше	Чтобы сделать работу лучше, нужно о ней хорошо подумать	Здесь говорится о том, что как бы получше нее делать

ПРИМЕР БОЛЕЕ ГРУБОГО РАССТРОЙСТВА МЫШЛЕНИЯ

Золотая голова	Человек высек на скале сердце	Потому что человек — золотая голова высек на скале сердце
Ядовитый человек	Мальчик наелся сладостей и заболел	Здесь почти что маленькая аналогия: мальчик наелся сладостей и заболел. Мальчик. Допустим, он не мальчик. Юноша... Кто является виновником того, что он заболел? Ядовитый человек...
Зубастый парень	Больной вместо лекарства глотнул яд (?)	Потому что это следствие того, что он осознал свои ошибки. Я уверен, что с И. получится это. Такие люди не умирают своей смертью. Их, знаете ли, из-за угла убивают...
Золотая голова	Человек высек на скале сердце	Потому что человек — золотая голова высек на скале сердце
Глухая ночь	У Ивана были крепкие и здоровые зубы	Потому что зубная боль, она... можно ее сравнить с ушной болью, т. е. с наиболее такой, знаете, ноющей, пульсирующей, вот, и именно глухая ночь способствует, знаете, переживаниям этой боли

Литература

1. Зейгарник Б.В. К проблеме понимания переносного смысла слов или предложений при патологических изменениях мышления // Новое в учении об апраксии, агнозии и афазии: сборник. – Москва, 1934.

Заполнение пропущенных в тексте слов

1. Методика, предложенная Эббингаузом, применялась для самых разнообразных целей: выявления развития речи, продуктивности ассоциаций. С успехом может быть использована для проверки критичности больных.

2. Для проведения опытов существуют множество вариантов текстов: отдельные фразы, более или менее сложные рассказы²⁰.

Больным, имеющим меньше 7 классов образования, предлагать это задание нецелесообразно.

3. Больному предлагают просмотреть текст и вписать в каждый пропуск только одно слово так, чтобы получился связный рассказ.

4. При оценке работы больного следует учесть скорость подбора слов, затруднения в подборе слов в определенных, наиболее трудных местах текста (например: «холодный ветер был как...», или: «начала что-то...»), а также критичность больного, т. е. его стремление сопоставлять те слова, которые он собирается вписать, с остальным текстом. Некоторые больные производят этот контроль, прежде чем заполняют пропуск, другие – исправляют и переделывают уже написанное. Однако если больной заполняет текст, а затем беззаботно отдает его экспериментатору в качестве выполненной работы, так, как это сделано в данном примере, то можно сделать вывод о снижении критичности.

Больной К. Над городом низко повисли снеговые туча. Вечером началась перестрелка. Снег повалил большими пятаком хлопья. Холодный ветер был как собака, дикий... На конце пустынной и глухой горе вдруг показалась какая-то девочка. Она медленно и с тарелкой пробиралась по столовой. Она была худа и бедно выглядела. Она продвигалась медленно вперед, валенки хлябали и тяжело ей идти. На ней было плохое одеяло с узкими рукавами, а на плечах мешок. Вдруг девочка испуганно и наклонившись начала что-то кричать у себя под ногами. Наконец, она стала на ноги и своими посиневшими от озноба ручонками стала прыгать по сугробу.

Литература

1. Зейгарник Б.В. Патология мышления. – Москва: Изд-во МГУ, 1962. – 244 с.
2. Урусова-Белозерцева В.И. Особенности нарушения мышления у больных с поражениями лобных долей мозга. Дипломная работа. – Изд-во МГУ, 1954.
3. Цимкин Г. Сравнительные опыты с методом Эббингауза и пересказом продиктованного текста. Отдельный оттиск. – Рига, 1914. – 12 с.

Объяснение сюжетных картин

1. Проба, заключающаяся в том, что больного просят рассказать о содержании сюжетной картинки, является одной из очень распространенных и самых простых. Применяется для исследования сообразительности больных, их умения выделять существенное из деталей, а также для исследования того эмоционального отклика, который вызывает у больного сюжет той или иной картинки.

²⁰ Текст, который на протяжении последних 10 лет применяется в лаборатории Института психиатрии, см. в бланке № 10 в приложении в конце книги.

2. Для проведения опыта экспериментатор должен иметь набор разнообразных сюжетных картинок. Желательно, чтобы среди них были простые и сложные по сюжету, веселые, красочные и печальные, мрачные, реалистичные и более сложные по оформлению. Для этой цели пригодны открытки – репродукции картин художников.

3. Методика проведения опыта предельно проста. Больному показывают картинку и просят рассказать, что на ней нарисовано. В редких случаях от экспериментатора требуется мотивировка – указание, что таким путем надо проверить зрение больного.

4. Апатичные больные, больные с паралитическими и депрессивными синдромами небрежно смотрят на картинки, не задерживая на них своего взора и не всматриваясь. Как ни странно, но такие различные по психопатологической сущности синдромы (паралитический и депрессивный) при исследовании методом сюжетных картинок проявляют себя в отношении активности восприятия сходно, так как больные не обнаруживают заинтересованности в распознавании нового содержания. Однако ответы больных о содержании картин оказываются различными. В то время как депрессивные больные отвечают с паузами, скупой, односложно, но с пониманием существенного смысла картинки, больные с клинической картиной паралитического слабоумия отвечают наобум, высказывая неправильные, часто нелепые суждения о сюжете картинки по случайным, бросившимся в глаза деталям.

Понимание сюжетных картинок затруднено у олигофренов. Известны многие экспериментальные данные относительно того, что олигофрены неправильно понимают перспективные соотношения, плохо понимают мимику изображенных на картинках людей, медленно обозревают картинку в целом (К.И. Вересотская, И.М. Соловьев, Э.А. Евлахова). Больные эпилепсией также не скоро доходят до объяснения существенного в сюжете картинки, так как они склонны к перечислению всех изображенных на картинке предметов и деталей. При шизофрении понимание картин редко бывает затруднено, но больные часто по-бредовому толкуют содержание, рассматривают картинку как намек на свои болезненные переживания.

Литература

1. *Евлахова Э.Л.* О некоторых особенностях восприятия сюжетно-художественных картин учащимися вспомогательной школы // Учебно-воспитательная работа в специальных школах. – 1957. – № 3 (80). – С. 43–55.
2. *Рубинштейн С.Л.* К вопросу о стадиях наблюдения // Ученые записки Института имени Герцена. – Ленинград, 1939. – Т. XVIII. – С. 7–19.
3. *Вересотская К.И.* Восприятие глубины (третьего измерения) на картинках учащимися вспомогательной школы // Вопросы психологии глухонемых и умственно отсталых детей: сборник. – Москва: Учпедгиз, 1940. – С. 124–130.
4. *Соловьев И.М.* Восприятие действительности умственно отсталыми детьми // Особенности познавательной деятельности учащихся вспомогательной школы: сборник. – Москва: Изд-во АПН РСФСР, 1953. – С. 5–72.

Установление последовательности событий

1. Методика предназначена для выявления сообразительности больных, их умения понимать связь событий и строить последовательные умозаключения²¹.

2. Для проведения опыта необходимы серии сюжетных картинок (в количестве трех-шести картин), на которых изображены этапы какого-либо события.

²¹ Предложена А.Н. Бернштейном.

Существуют серии, соответствующие по содержанию детскому возрасту («Волки», «Колодец», «Лодки» и др.), а также серии для взрослых («Колесо», «Пьяница», «Охотник» и т. д.).

Оригиналы этих серий выполнены красками, но можно пользоваться и их фотокопиями.

3. Испытуемому показывают пачку перемешанных карточек и говорят: «Вот здесь на всех рисунках изображено одно и то же событие. Нужно разобрать, с чего все началось, что было дальше и чем дело кончилось. Вот сюда (экспериментатор указывает место) положите первую картинку, на которой нарисовано начало, сюда – вторую, третью... а сюда последнюю».

После того как больной разложил все картинки, экспериментатор записывает в протоколе, как он разложил (например: 5, 4, 1, 2, 3), и лишь после этого просит больного рассказать по порядку о том, что получилось. Если больной разложил неправильно, ему задают вопросы, цель которых помочь больному установить противоречия в его рассуждениях, выявить допущенные ошибки.

Умение ставить эти вопросы зависит от квалификации и опыта экспериментатора. Эти вопросы и ответы больного записываются в протокол, так же как и действия больного по исправлению раскладки картин. Если вопросами не удастся довести больного до правильного понимания последовательности изображенных событий, экспериментатор просто показывает ему первую картинку и предлагает снова разложить. Это вторая попытка выполнить задание. Если она тоже безуспешна, тогда экспериментатор сам рассказывает и показывает больному последовательность событий и, перемешав снова все карточки, предлагает ему разложить их снова – в третий раз.

В случае если больной лишь на третьей попытке правильно установил последовательность, полезно предложить ему другую серию той же методики, чтобы выяснить, возможен ли «перенос» с трудом усвоенного способа рассуждений.

ФОРМА ПРОТОКОЛА

(см. также приложение)²²

Название серии и замечания экспериментатора	Раскладка	Объяснение больного
«Колесо»	2, 3, 4, 5, 1	Сломалось колесо, позвал помощника, починили, он поехал, а колесо опять сломалось. Я не подумал
Опять на том же месте сломалось?	Исправляет: 1, 2, 3, 4, 5	

4. При выполнении этого задания некоторые больные создают произвольный, вымышленный порядок и, излагая сюжет события, нисколько не считаются с противоречащим такому порядку содержанием рисунка. Такие больные обычно не считаются также с критическими замечаниями и возражениями, которые содержатся в вопросах экспериментатора. Таким образом, выявляется не критичность мышления (при глубоком слабоумии, паралитических синдромах и др.).

Некоторые больные не в состоянии справиться с установлением последовательности событий по пяти или шести картинкам, так как они не могут охватить столь значительный

²² Исследование больного, перенесшего травму.

объем данных. Если ту же серию сократить, т. е. ограничить задачу тремя этапами (первой, средней и последней картинкой), они успешно справляются с заданием. Такое сужение объема доступных для рассмотрения данных наблюдается при сосудистых и иных астениях органического генеза.

Интеллектуальное недоразвитие, затрудненность осмысления, свойственные олигофремам и больным с органическими заболеваниями мозга, проявляются в том, что больные, справляясь с легкими сериями, не могут ориентироваться в более трудных; в одной и той же серии они, как правило, ошибаются на одной более трудной картине.

Отчетливо выявляются с помощью данной методики некоторые формы инертности психических процессов больных: разложив в первый раз картинки неправильно, больные в дальнейшем несколько раз подряд повторяют ту же ошибочную версию последовательности. Такая «склонность к застреваниям» наблюдается при некоторых органических заболеваниях мозга в детском, а также в старческом возрасте.

При истолковании результатов исследования следует обращать внимание на то, как больной реагирует на наводящие вопросы и критические возражения экспериментатора, «подхватывает» ли он эту помощь или не понимает ее.

Значительный интерес представляют особенности устной речи больных, выявляющиеся во время объяснения последовательности событий (грамматически связная, развернутая, либо односложная, бедная, лаконичная, либо с тенденцией к излишней детализации).

В последнее время для установления последовательности и смысла событий используются серии, составленные из карикатур («Дома и на работе», «Прошел год», «Кто работал и кто устал», «Обман зрения» и т. д.). Преимущество этих серий в том, что они труднее для понимания и пригодны для исследования более интеллектуально развитых и сохранных больных. В то же время центр тяжести задания при использовании этих серий как бы переносится с установления строгой последовательности этапов события (иногда эту последовательность точно устанавливать и не нужно) на понимание юмора, т. е. смысла карикатур в целом.

Серии последовательности событий по карикатурам используются с некоторой модификацией порядка проведения опытов. Больному раньше предлагают самому установить последовательность событий, а затем, если он не может этого выполнить, предлагают карточку с названием серии. Название составляется обычно так, что оно как бы «проливает свет» на смысл всей серии.

Литература

1. *Бернштейн А.Н.* Клинические приемы психологического исследования душевнобольных. – 2-е изд. – Москва: Госиздат, 1922. – 80 с.

Исследование ассоциаций

Три методики, приведенные в этом разделе, нельзя считать направленными на исследование мышления в подлинном смысле слова. Выполнение инструкций не требует от испытуемого целенаправленных логических действий, не связано с решением мыслительных задач. Тем не менее, выявляя особенности течения ассоциаций, они могут быть полезны для анализа тонких признаков расстройств мышления.

Название 60 слов

1. Методика выявляет характер и продуктивность ассоциаций больного, а также его словарный запас.

Методика напоминает ассоциативный эксперимент Юнга. Он предлагал больным называть какие угодно слова, предполагая, что в таком свободном потоке ассоциаций могут раскрыться переживания больного, его подсознательные стремления и опасения. Не вдаваясь в критический анализ такого направления исследований, укажем лишь, что оно теперь крайне редко применяется. Значительно чаще данный экспериментальный прием используется для исследования связности ассоциаций.

2. Для проведения опыта экспериментатор должен подготовить мягко пишущее перо (или карандаш) и секундомер (или обыкновенные часы). Нежелательно проводить этот эксперимент после «классификации предметов».

3. Исследование проводится под видом проверки скорости речи. Экспериментатор говорит больному: «Давайте проверим, насколько быстро вы можете говорить. Назовите, пожалуйста, 60 каких угодно слов – все равно каких, только как можно скорее. Старайтесь не называть того, что видите перед собой. Начинайте!»

В отличие от других экспериментов, при проведении которых экспериментатор не спешит начать опыт, пока не убедится, что больной все понял и не имеет больше вопросов, в данном опыте экспериментатор несколько искусственно создает условия спешки: «Скорее, скорее, главное скорее...» Если больной никак не может сам начать и все спрашивает, какие слова нужно называть, экспериментатор повторяет: «Вес равно какие. Отдельные слова. Например: лес, поле, хлеб...» Никакой другой помощи оказывать больше не следует.

Все слова, которые называет больной, экспериментатор должен постараться записать. Если больной говорит очень быстро и много – экспериментатор, в крайнем случае, ставит себе знак пропуска, например «V», и старается, чтобы от одного такого знака до другого запись была абсолютно полной. Не следует предлагать больному говорить медленнее, так, чтобы его речь превращалась в диктовку, – лучше пропустить запись ряда слов. Но если становится заметно, что условия спешки тормозят больного, можно перейти и на более медленный темп.

В случае если больной называет слова с длительными паузами, экспериментатор не отрывает карандаша от бумаги и, пока больной молчит, продолжает ставить в ряду слов точки. Количество поставленных точек даст представление об относительной длине пауз, сделанных больным.

Если, вопреки инструкции, больной начинает произносить целые фразы, экспериментатор останавливает его и напоминает, что нужно произносить отдельные слова.

Опыт продолжается 2 минуты, иногда и меньше, если больной не в состоянии называть слова.

Протоколировать опыт можно, просто записывая вслед за больным во всю ширину строки слова, но иногда полезно пользоваться магнитофоном, а затем списывать все с магнитофона.

4. Для психически здоровых людей, а также школьников задание не представляет трудности. Слова называются обычно «гнездами», по четыре-семь слов из какой-либо области смежных представлений, а затем происходит понятный переход к следующему «гнезду», т. е. близкому ряду слов. Так, например, больной называет: «тигр, волк, лось, медведь, шкура, мех, шуба, пальто, костюм, плащ». В этом ряду следует перечисление зверей, а затем после перехода «шкура – мех» – следующее гнездо: виды одежды. Очень большие «гнезда», т. е. перечисление 10–12 предметов одного и того же ряда, а иногда и больше, свидетельствуют о чрезмерной обстоятельности, инертности мышления больных.

Особого внимания заслуживают быстрые, внезапные переходы от одного содержания представлений к другому. Так, например, больной быстро называет ряд слов: «жемчуг, дирижабль, несмотря, корица, мокрица, фисгармония». В этом ряду невозможно уловить содержательные связи между словами, но отчетливо выступают ассоциации по звучанию («корица», «мокрица»). Такого типа ассоциации встречаются у больных шизофренией.

В иных случаях элементы разорванности ассоциаций выявляются среди адекватного содержательного ряда слов. Так, например: «ель, изумруд, счастье, Иванов, дерево, мозги, чиж, щегол, попугай, ель, Барыбинск, соловей, Галли Курчи, Галя, Водопьянов, пошлина, шелк, ситец, Карманьола, Мытищи, Останкино, кулак, дерево, дурак». Следует подчеркнуть, что делать вывод о нарушении связности ассоциации можно лишь тогда, когда больной произносит слова быстро, а не выдумывает их, мучительно выискивая в памяти.

В следующем примере выявилось сочетание чрезвычайной инертности ассоциаций с элементами разорванности. Инертность выявилась в том, что больная назвала чрезвычайно много названий учебных предметов (некоторые названия повторялись), а к концу – в том же быстром темпе произнесла слова совершенно несвязные: «молоко, фрукты, желание, наука, институт, техника, школа, училище, медицина, география, история, биология, математика, физика, химия, биология, зоология, неживая природа, растительный мир, животный мир, механика, электротехника, сопротивление материалов, жизнь, стебель, трава, шахматы, шашки, литература, материя, познание, авторитет, чувство, благодарность, доярка, инструмент, башня, туфли, кофе, день».

Для некоторых больных (адекватно отвечающих на вопросы и выполняющих многие другие экспериментальные задания) именно эта проба на придумывание слов оказывается особенно трудной: они либо совсем не могут придумать ничего «из головы» (за 2–3 минуты опыта с трудом называют три-четыре слова), либо, вопреки инструкции, начинают называть предметы, находящиеся перед глазами. Непродуктивность мышления (отсутствие слов) чаще наблюдается при шизофрении, а спонтанность (называние того, что «перед глазами») чаще наблюдается при органических заболеваниях, хотя возможна и при шизофрении.

Данная проба может также оказаться полезной для выявления богатства или бедности словарного запаса и запаса представлений. Так, например, у больного с неизвестным анамнезом (при ограничении олигофрении в степени имбецильности от шизофренического дефекта) данная проба совершенно неожиданно выявила большой запас абстрактных понятий и сложных представлений (испытуемый называл ряд слов: «аэродинамика, тяготение, пространство, Млечный Путь, индукция...» и т. д.), что невозможно при имбецильности.

Ответные ассоциации

1. Методика получила на протяжении многих лет широкое распространение. Ею пользовались для оценки мышления больных, для выявления «аффективных комплексов», подвижности или инертности нервных процессов и т. д. Одной этой методикой почти подменялось экспериментально-психологическое исследование психически больных.

В действительности сфера применения этой методики очень ограничена. Она может иметь вспомогательное значение при исследовании легкости или затрудненности ассоциаций, выявлении преобладания содержательных или выхолащенных связей.

2. До начала эксперимента следует приготовить слова – отдельные имена существительные, не имеющие между собой никакой связи.

При достаточном умении пользоваться секундомером следует с его помощью отмечать время каждой реакции. Можно, однако, заменить секундомер следующей простой регистрацией: произнеся слово, экспериментатор ритмично ставит точки. Если больной медлит с отве-

том, точек будет поставлено много; если он отвечает немедленно, не будет поставлено ни одной точки.

Задаваемые слова пишутся столбиком, а против слова оставляется место для ответа.

3. Больному говорят: «Я буду вам говорить слова, а вы отвечайте мне на каждое слово любым другим, первым пришедшим в голову словом. Старайтесь отвечать быстрее, не раздумывая, одним каким угодно словом. Понятно?» И сразу же опыт начинается. Если больной пытается отвечать целыми фразами, экспериментатор останавливает его, напоминает, что нужно называть отдельные слова. Если после одного напоминания больной продолжает отвечать фразами, экспериментатор продолжает опыт и записывает все, что больной говорит.

ФОРМА ПРОТОКОЛА

(см. также приложение)

Слова	Время (в секундах)	Ответ
-------	--------------------	-------

Примечание. В приведенном дальше примере нельзя было учитывать время из-за состояния больного (да и не был актуален этот учет).

4. Истолкование результатов проводится разными авторами многообразно. При использовании данного метода для исследования высшей нервной деятельности больных квалификация полученных экспериментальных данных проводится с учетом специальной шкалы (А.Г. Иванов-Смоленский). Количество опубликованных исследований высшей нервной деятельности с помощью этой методики очень велико.

В дефектном состоянии больные шизофренией обнаруживают в этом эксперименте большую инертность раз принятой установки в сочетании с многословием – они не выдерживают инструкции отвечать одним словом и отвечают фразой.

Таковы были ответы больного Г.

Чернила – **рядом книга.**
 Брат – **недалеко на берегу.**
 Трава – **встань с нее.**
 Ящик – **...не опирайся на него.**
 Клюква – **не лезь туда.**
 Тигр – **не подходи близко.**
 Скамья – **отдохни на ней.**
 Гребенка – **не поднимай.**
 Самовар – **не знаешь, не бери.**
 Солома – **а если солону нам оставить?**
 Книга – **не клади на солону.**
 Булавка – **столярное дело, хитрей не может быть.**
 Огонь – **...ну огонь, пожар можно.**
 Зонтик – **моросит.**
 Собака – **конура.**
 Медведь – **берлога, зима, залегает, нет.**
 Часы – **время, лежат, нет.**
 Усы – **борода.**
 Ножницы – **материал.**
 Звонок – **колокольчик.**
 Календарь – **хватит!**

В этом эксперименте экспериментатор несколько раз напоминал больному, что нужно отвечать одним словом, однако это не помогало.

Множественность ассоциаций, тенденция отвечать фразами наблюдаются также при эпилепсии. При органическом слабоумии сама задача представляет для больного известную трудность ввиду своей условности. Даже усвоив инструкцию, больные с трудом подбирают слова, отвечают медленно.

Включение в этот ряд так называемых аффектогенных слов особого значения не имеет. Для того чтобы с помощью ассоциативного эксперимента вскрыть некоторые волнующие испытуемого обстоятельства (как это сделал А.Р. Лурия при исследовании лиц, совершивших преступления, но отрицавших это), необходимы многократные специально поставленные эксперименты по методу сопряженной моторики. Если же в ряд слов для свободных ассоциаций экспериментатор включает по одному-два слова, которые, по его предположению, могут иметь аффектогенное значение, то при этом нередко возникают артефакты; если больная, например, огорчена из-за алкоголизма сына, то вовсе не обязательно, чтобы слова «сын» и «водка» вызвали у нее аффективную реакцию. Очень может быть, что самое невинное, на взгляд экспериментатора, слово «ящик» окажется таким аффектогенным словом, потому что сын из ящика стола взял без разрешения деньги. Таким же скрыто аффектогенным может оказаться какое-нибудь простое слово «платок» или «вечер», так как трудно предусмотреть, от какого случайного представления потянутся нити ассоциации к наболевшим переживаниям. И если, наконец, во взятом примере слово «сын» или «водка» и вызовут даже паузу или удлинение латентного периода реакции, едва ли этот факт может иметь серьезное диагностическое значение при изучении больного.

Большой экспериментальный материал по применению метода свободных ассоциаций к анализу мышления разных психически больных содержится в исследовании Б.В. Зейгарник.

Литература

1. *Владычко С.Д.* Характер ассоциаций у больных с хроническим первичным помешательством. – Санкт-Петербург, 1909. – 48 с.
2. *Иванов-Смоленский А.Г.* Психиатрия, неврология и экспериментальная психология. – 1922. – № 1–2. – С. 231–242.
3. *Зейгарник Б.В.* Нарушения мышления у психически больных. – Москва, 1958. – 94 с.
4. *Зейгарник Б.В.* Патология мышления. – Москва, 1962. – 244 с.
5. *Довбия Е.М.* Ассоциативный эксперимент у душевно-здоровых. – Москва: Типография Штаба Московского военного округа, 1914. – 14 с.
6. *Лурия А.Р.* Диагностика следов аффекта [Текст состоит из фрагментов двух работ А.Р. Лурия: Сопряженная моторная методика и ее применение в исследовании аффективных реакций] // Проблемы современной психологии. – Москва, 1928. – Т. 3. – С. 46.

Противоположности

1. Этот вариант ассоциативного эксперимента предназначен для выявления произвольности и дифференцированности ассоциаций больных. В отличие от так называемого свободного варианта, т. е. такого, при котором предлагается отвечать любым первым пришедшим на ум словом, в этой методике ассоциации регламентированы условиями. Длительно продолжающийся опыт должен выявить устойчивость произвольного направления ассоциаций.

2. Для проведения опыта нужен бланк (типографски отпечатанный или даже переписанный экспериментатором от руки) со словами²³.

Выбор этих слов, каждое из которых представляет, в сущности, задачу, не так уж прост, и лучше пользоваться проверенными вариантами.

Можно предлагать больному отвечать устно, а можно предложить ему записывать слова на бланке. Учитывается время.

Инструкция очень проста: «Вот ряд слов. К каждому слову нужно придумать слово противоположного значения. Вот, например...» – и экспериментатор вместе с больным разбирает два-три примера.

3. При истолковании результатов учитывается прежде всего то, сохраняет ли больной заданную ему инструкцию или по ходу выполнения задания «сбивается» с направленного хода ассоциаций на свободный. В норме они не встречаются, и при составлении заключения они должны быть отмечены, так как выявляют нестойкость, ненаправленность мышления больных в целом. Колебания внимания могут нарастать к концу опыта, и это свидетельствует об утомляемости.

Второе, что учитывается при истолковании результатов пробы, это степень дифференцированности, точности подбираемых больным противоположных понятий. Так, например, в качестве противоположного к слову «просить» больной может назвать слова «разрешать», «требовать», «отказываться» и «приказывать», и правильный выбор противоположного понятия требует в данном случае сложного логического рассуждения. К слову «спешить» подбирают иногда «отставать», «опаздывать», хотя нужно «медлить» и т. д.

Интеллектуально сниженные больные с малым словарным запасом и слабостью инициативы ограничиваются в этой пробе тем, что прибавляют к заданному слову приставку «не». Например: «высокий – невысокий», «спешить – не спешить» и т. д.

Проба пригодна и даже рекомендуется для повторного проведения (при условии предварительной подготовки равнотрудных вариантов).

Показатели времени используются главным образом для оценки утомляемости больных.

Приводим пример: бланк, заполненный больной, перенесшей органическое заболевание мозга (энцефалит). В период исследования она работоспособна, но утомляема.

**Против каждого из данных слов напишите слово
противоположного значения**

²³ См. образец в бланке № 11 в приложении в конце книги.

- | | |
|---------------------------------------|--|
| 1. Тупой — умный | 22. Меньшинство — большинство |
| 2. Тонкий — толстый | 23. Поднимать — опускать |
| 3. Грязный — чистый | 24. Беречь — не сберечь |
| 4. Исчезновение — появление | 25. Разрешать — проверять, развернуть |
| 5. Чужой — свой | 26. Скупой — жадный, добрый |
| 6. Низ — верх | 27. Починять — сделать, разорять, разбить |
| 7. Крупный — маленький | 28. Порицание — поругание, поощрение |
| 8. Враг — товарищ, друг | 29. Добродетель — жадный |
| 9. Младший — старший | 30. Забывать — не помнить, помнить |
| 10. Отталкивать — приближать | 31. Легко — просто, трудно |
| 11. Удаление — приближение | 32. Победа — цель, радость, провал |
| 12. Высокий — низкий | 33. Бодрость — веселье, настроение |
| 13. Внешний — внутренний | 34. Просторно — свободно |
| 14. Твердый — мягкий | 35. Приказывать — говорить |
| 15. Сухой — влажный | 36. Исключительный — особенный, внемлющий |
| 16. Красивый — некрасивый | 37. Мирить — сводить, ссорить |
| 17. Исправление — наказание | 38. Неуклюжий — неповоротливый |
| 18. Множить — увеличивать | 39. Разрушать — разорить |
| 19. Громкий — тихий | 40. Суживать — уменьшать |
| 20. Спокойствие — беспокойство | |
| 21. Сходство — родство | |

41. Спешить — поторапливать
42. Горе — беда
43. Спор — полемика, дискуссия

44. Наступление — продвижение
45. Истина — правда
46. Скрытность — таить

Инструкция понята и вначале правильно выполняется, но по мере утомления ассоциации больной теряют свою направленность.

Обучающий эксперимент

Этот эксперимент не может рассматриваться как отдельная методика; это скорее особый принцип построения эксперимента, который может быть применен при видоизменении любой из методик.

Этот принцип, предложенный Л.С. Выготским, разрабатывается во многообразных направлениях разными авторами как в Советском Союзе, так и за рубежом. В патопсихологии детского возраста он разрабатывался Н.И. Непомнящей, для диагностики умственной отсталости – А.Я. Ивановой. На основе этого принципа экспериментальная методика перестраивается следующим образом: избираются заведомо трудные для больного (чаще всего ребенка) задания, а затем экспериментатор помогает ребенку сделать эту задачу, обучает его решению. Помощь экспериментатора строго регламентирована в виде фиксированных инструкций кратких уроков. В отличие от обычных методик, в которых показателями для анализа являются типы ошибок и способы решения заданий, при обучающем эксперименте показателями, характеризующими обучаемость ребенка, являются количество и качество помощи, необходимой ему для правильного выполнения заданий.

Одним из примеров методики, построенной по принципу обучающего эксперимента, является «Классификация фигур».

Классификация фигур

1. Методика была в 1954 г. предложена Ю.Ф. Поляковым для исследования процесса обобщения в наглядном и словесном плане. В последние годы методика была переработана А.Я. Ивановой по принципу «обучающего эксперимента»²⁴.

2. Для исследования нужны два набора по 24 карточки в каждом, с изображением геометрических фигур, отличающихся тремя признаками: цветом, формой и величиной. К первому, основному, набору прилагается сводная таблица с изображением всех фигур данного набора (рис. 16). Необходим также секундомер.

²⁴ Текст описания методики также составлен А.Я. Ивановой.

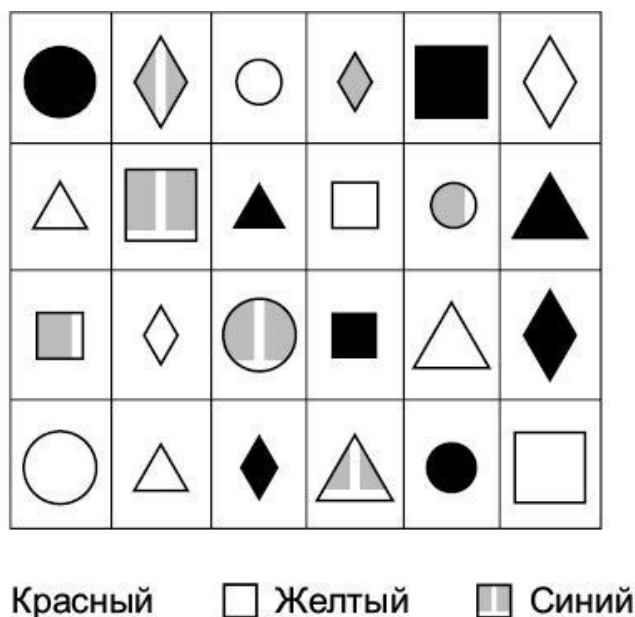


Рис. 16. Классификация фигур (таблица)

Точно такие же фигуры на отдельных карточках даются больному для сортировки

3. Инструкция и порядок проведения эксперимента.

Основное задание. Исследуемому мельком показывают карточки и говорят: «Их надо разложить на три группы – подходящие с подходящими. Сначала посмотри на эту доску – тут они все нарисованы – и подумай, как будешь делать».

Ориентировочный этап. Ребенку показывают таблицу 30 секунд.

Задача I. Ребенку дают в руки карточки (можно еще раз повторить инструкцию: «Разложи их на три или четыре группы»). После этого действия ребенка регистрируются в протоколе в течение 30 секунд. Если в это время ребенок сидит совершенно неподвижно или, наоборот, действует чрезмерно поспешно и хаотично, то экспериментатор может оказать организующую помощь в виде «организующего урока»: «Выложи несколько карточек на стол», или: «Не спеши, выкладывай аккуратнее, по одной». В протоколе следует отметить это.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.