

Экспериментальные методики патопсихологии

С. Я. Рубинштейн

**АПРЕЛЬ ПРЕСС
ЭКМО ПРЕСС
Москва
1999**

УДК 82
ББК 84(2Рос-Рус)6-4
Р82

Разработка серийного оформления
художника *Е. Савченко*

Серия основана в 1999 году

Охраняется законом об авторском праве.
Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена
в какой бы то ни было форме без письменного разрешения
владельцев авторских прав.

Рубинштейн С. Я.
Р 82 Экспериментальные методики патопсихологии. — М.: ЗАО Изд-во
ЭКСМО-Пресс, 1999. — 448 с. (Серия «Мир психологии»).

ISBN 5-04-003883-6

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-полевой 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, цветной и черно-белый стимульный материалы), данным в приложениях.

Для психологов, психиатров, дефектологов, невропатологов.

© Рубинштейн С. Я.
© ООО «Апрель Пресс»
© Оформление. ЗАО «Издательство
«ЭКСМО-Пресс», 1999

ISBN 5-04-003883-6

СОДЕРЖАНИЕ

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДИКИ ПАТОПСИХОЛОГИИ И ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИХ В КЛИНИКЕ (практическое руководство)

Предисловие.....	П
От автора.....	13

ЧАСТЬ I

1. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО МЕТОДА ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ЯВЛЕНИЙ.....	15
2. ОБЛАСТИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ, В КОТОРЫХ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ЭКСПЕРИМЕНТ.....	22
3. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПОСТРОЕНИЯ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЭКСПЕРИМЕНТА.....	26
4. О НАПРАВЛЕННОСТИ ОТДЕЛЬНЫХ МЕТОДИК.....	31

ЧАСТЬ II

5. ВВОДНЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ ЗАМЕЧАНИЯ.....	35
6. ИССЛЕДОВАНИЕ СЕНСОМОТОРНОЙ СФЕРЫ И ВНИМАНИЯ.....	37
Зрительно-моторная координация.....	37
Слуховые восприятия.....	43
Корректирующая проба.....	50
Отыскивание чисел.....	53
Счет по Крепелину.....	56
Отсчитывание.....	58
Исследование навыков.....	59
Доски Сегена.....	63
Методика Кооса.....	64
Куб Линка.....	67
7. ИССЛЕДОВАНИЕ МЫШЛЕНИЯ.....	71
Классификация предметов.....	71
Исключение предметов.....	92
Методика Выготского—Сахарова.....	95
Существенные признаки.....	99
Простые аналогии.....	101
Сложные аналогии.....	ЮЗ

Сравнение понятий.....	106
Соотношение пословиц, метафор и фраз.....	108
Заполнение пропущенных в тексте слов.....	j 11
Объяснение сюжетных картин.....	112
Установление последовательности событий.....	114
Исследование ассоциаций.....	117
Название 60 слов.....	117
Ответные ассоциации.....	120
Противоположности.....	122
Обучающий эксперимент.....	124
Классификация фигур.....	124
«Клипс».....	130
8. ИССЛЕДОВАНИЕ ПАМЯТИ.....	133
Заучивание десяти слов.....	133
Опосредованное запоминание (по Леонтьеву).....	136
Пиктограмма.....	140
Воспроизведение рассказов.....	151
9. ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ.....	153
Вариант ТАТ.....	153
Выбор ценностей.....	155
Уровень притязаний.....	157
Исследование самооценки.....	163

ЧАСТЬ III

10. О ВЫБОРЕ МЕТОДИК ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	167
11. СОСТАВЛЕНИЕ ЗАКЛЮЧЕНИЙ ПОДАНЫМ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.....	171
12. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДИК ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ПАТОПСИХОЛОГИИ.....	183

ПСИХОЛОГИЯ УМСТВЕННО ОТСТАЛОГО ШКОЛЬНИКА

Введение.....	191
---------------	-----

ЧАСТЬ I

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПСИХОЛОГИИ УМСТВЕННО ОТСТАЛОГО РЕБЕНКА

1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ «УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ».....	195
2. ОШИБКИ В ТОЛКОВАНИИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ.....	205
3. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТАВА УЧАЩИХСЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ.....	214
Первая группа.....	215
Вторая группа.....	221
Степени умственной отсталости.....	230
4. ОСОБЕННОСТИ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	234

5. РАЗВИТИЕ ПСИХИКИ.....	241
6. МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХИКИ.....	258
«Доски Стена».....	274
«Сюжетные вкладки».....	276
«Обучающий эксперимент».....	279
Методика Кооса.....	290
Проба на совмещение признаков.....	291
«Клипса».....	296

ЧАСТЬ II

ОСОБЕННОСТИ ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ

7. ОЩУЩЕНИЯ И ВОСПРИЯТИЯ.....	299
МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВОСПРИЯТИЙ.....	308
8. РАЗВИТИЕ РЕЧИ.....	310
МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ РЕЧИ.....	317
9. РАЗВИТИЕ МЫШЛЕНИЯ.....	318
МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ МЫШЛЕНИЯ.....	332
10. ОСОБЕННОСТИ ПАМЯТИ.....	338
МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПАМЯТИ.....	346
•II. ВНИМАНИЕ.....	356
12. ОСОБЕННОСТИ ОВЛАДЕНИЯ УЧЕБНЫМИ И ТРУДОВЫМИ НАВЫКАМИ.....	361

ЧАСТЬ III

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ

13. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ.....	365
14. ОСОБЕННОСТИ ВОЛЕВЫХ КАЧЕСТВ ЛИЧНОСТИ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ.....	376
15. ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ.....	383
16. ФОРМИРОВАНИЕ САМООЦЕНКИ.....	388
17. ФОРМИРОВАНИЕ ХАРАКТЕРА.....	395
ПРИЛОЖЕНИЕ. БЛАНКИ И ФОРМЫ ПРОТОКОЛОВ.....	415

Экспериментальные
методики патопсихологии
и опыт применения
их в клинике

Практическое
руководство

Предисловие

Предлагаемая вниманию широкого круга специалистов книга представляет собой методическое руководство по применению экспериментальных методик исследования психики больных.

Автор данного руководства включил в него только давно апробированные в отечественных лабораториях методики.

Данное методическое пособие имеет практическое назначение. Оно может быть полезным для обучения начинающих специалистов-патопсихологов и психиатров использованию экспериментальных методик патопсихологии.

Конкретному описанию методик предшествуют главы теоретического и общеметодического характера: о принципах построения патопсихологического эксперимента, о правомерности применения различных экспериментальных приемов для анализа психопатологических явлений, о практическом использовании этих экспериментов в психиатрии, а также методические указания по организации и технике проведения экспериментальных исследований психически больных.

Дается описание 34 экспериментальных методик, направленных на исследование сенсомоторной сферы, внимания, памяти, мышления, самооценки.

Описание каждой методики содержит указание о ее назначении, о способе проведения и протоколирования эксперимента, а также о путях анализа экспериментальных данных. Приводятся типичные образцы и примеры экспериментальных данных, полученных при исследовании больных разными заболеваниями. В последних главах книги содержатся указания относительно принципов выбора конкретных методик при исследовании больных с различными целями и примеры, разъясняющие способы составления заключений.

В виде иллюстраций даются образцы наглядных пособий, необходимых для проведения экспериментального исследования.

В заключение следует отметить, что описание экспериментальных методик, а также анализ получаемых с их помощью экспериментальных данных даются автором на основании обобщения опыта многолетних экспериментальных исследований больных в психиатрической клинике. Это позволяет полагать, что книга будет представлять не только методический интерес.

Проф. Д. Д. Федотов

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 практически 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 экс-

периментальной патопсихологии Института психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР (проф. 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: разнообразие 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

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 же либо 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, некритичность, 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 сим-

птома 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 вредных, 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 акад. 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 последствия, не учитывая того, как лекарство сочетается с условиями режима жизни и труда больного. На ход болезни и ее симптомы влияет 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 фармакодинамические 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 акад. 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 опыта. Обо всем этом будет подробно рассказано в главах 3 и 4. Здесь же 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.

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.

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 в 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 признали 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 30—40-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 имеющихся 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 различен 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.

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 незнакомый 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, внепрофессиональная 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 пиктограммы. 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 психи-

ческий 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 маг-

нитофона, 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 эксперимен-

тальмой 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.

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, существует большое количество. Среди них аналитические (ассоциативный эксперимент, методика Леонтьева, пиктограмма) и синтетические (пересказы, классификации), словесные (существенные признаки, простые и сложные аналогии) и вещные, пред-

метные (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 и 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 негигиенично 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 ампестической 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 7—8 адекватных для данной клинической задачи методик из числа 40—60 вообще существующих.

ЧАСТЬ II

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 учится 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 подсказ, 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). О том, как составлять заключение, см. 11 главу.

6. ИССЛЕДОВАНИЕ СЕНСОМОТОРНОЙ СФЕРЫ И ВНИМАНИЯ

З р и т е л ь н о - м о т о р н а я к о о р д и н а ц и я

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. 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 минуту.

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 6—8 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,

¹ 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 Ивановой А.Я. ее можно модернизировать, используя вместо кимографа компьютер с «мышью». — *Прим. ред.*

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

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

В итоге форма протокола имеет следующий очень простой вид:

Фамилия 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 больного и дату.

4. Результат этого очень простого и кратковременного эксперимента дает объективный материал для анализа моторики боль-

ного. 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

Рис. 4. Тремор у больной, перенесшей энцефалит



Рис. 5. Замедленность движений при паркинсоноподобном синдроме сосудистого происхождения

Рис. 6. Атактические движения у больной, перенесшей энцефалит

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).

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).

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



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



Рис. 9. Утомляемость к концу одной минуты



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

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).

ЛИТЕРАТУРА

- 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. Т. 22. М., 1960.
- Голодец Р. Г., Зейгарник Б. В., Рубинштейн С. Я. Вопросы психологии. 1963, № 5.

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 против 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:

Звук	Фамилия, и., о. Дата	
	Высказывания больного	Помехи
Перелистывание	...Как будто мышь скребет... шум (?) Как будто легкие удары по металлу.	
Бульканье	Вода переливается... Чайник кипит... и т. д.	

(Многоточиями обозначается длительное молчание больного.)

4. Применение данной методики выявило следующие факты. Пытаясь различить 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 истерией 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; пер-

вый 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 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 дрянь», «ты дрянь», «ты дрянь», «...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: «Нету... 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 сопровождалось 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 аборт». 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

- Рубинштейн С. Я. О рефлекторной природе галлюцинации. Доклад на Всесоюзном совещании по психологии. Материалы совещания по психологии. Изд. АПН РСФСР, 1957.
- Рубинштейн С. Я. Использование экспериментального метода для изучения психопатологических явлений. — В сб.: Вопросы экспериментальной патопсихологии. М, 1965.

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, упражняемое™, колебаний внимания и т. д.

2. Для проведения опыта необходимы бланки и секундомер. Существует много разных вариантов типографских бланков для корректурной пробы. Выбор варианта бланка безразличен для получения однозначных результатов опыта. Поэтому лучше всего пользоваться вариантом, принятым в лаборатории Института психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР (см. бланк №1 в приложении в конце книги). 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 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 одну 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 (сопровожающийся, 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 десятиминутной 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 упражняемости 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

- Анфимов В. Я. "Обзор психиатрии", 1908, № 11—12.
Васильев Ю. А. Журнал психологии, неврологии и психиатрии, № IV, 1924.
Гутман Л. С. Экспериментально-психологические исследования маниакально-меланхолического психоза (состояние сосредоточения внимания, умственная работоспособность и ассоциации). — Серия докторских диссертаций. Спб., 1909, № 15.
Сагалова С. Р. Некоторые данные психологического исследования больных. — В кн.: Артериосклероз головного мозга и трудоспособность. М., 1934.
Тепеницына Т. И. "Вопросы психологии", 1959, № 5.

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).

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

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

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

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

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

Рис. 13. Таблицы для отыскивания чисел

2. Для проведения опыта нужно иметь пять таблиц размером 50x50 см с написанными на них в беспорядке числами от 1 до 25 (см. цветное приложение). 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 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!»

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 2, 3, 4 и 5-й таблицах (рис. 13).

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 отыскание 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—1,5 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.

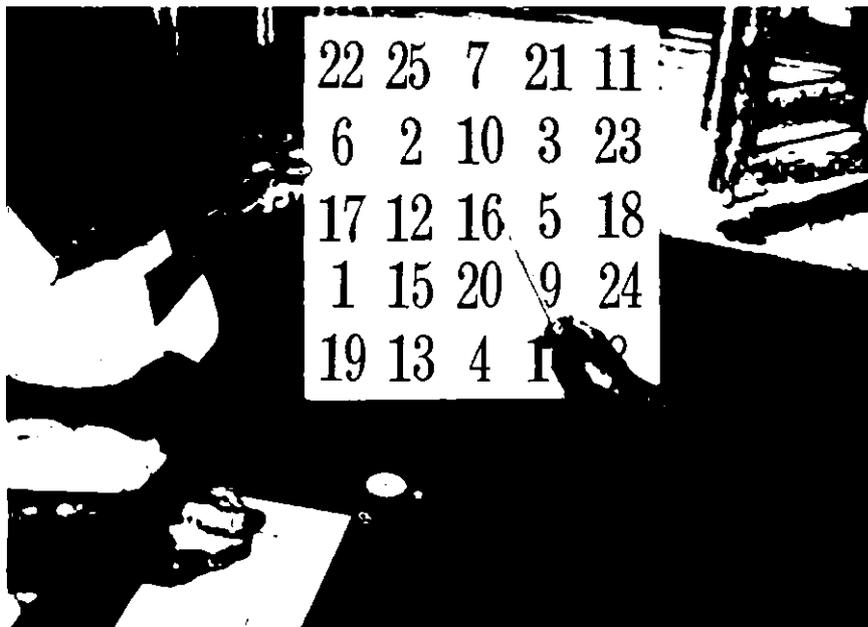


Фото 1. Эксперимент с отыскиванием чисел

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 (4-й и 5-й) 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

Васильева В. А. Нарушения темпа сенсомоторных реакций у больных, страдающих сосудистыми заболеваниями головного мозга. — В кн.: Психические нарушения при атеросклерозе сосудов головного мозга. Труды Государственного института психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР. Т. 22. М., 1960.

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 сложению (см. приложение в конце книги, бланк № 2). Существует много типографских изданий этих бланков, разного формата и расположения. Желательно выбирать бланки, на которых цифры были бы отпечатаны крупным шрифтом (см. бланк). 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. 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 8 строк сложения по 15 секунд на каждую; можно это количество уменьшить либо увеличить. Отдельный протокол вести не обязательно.

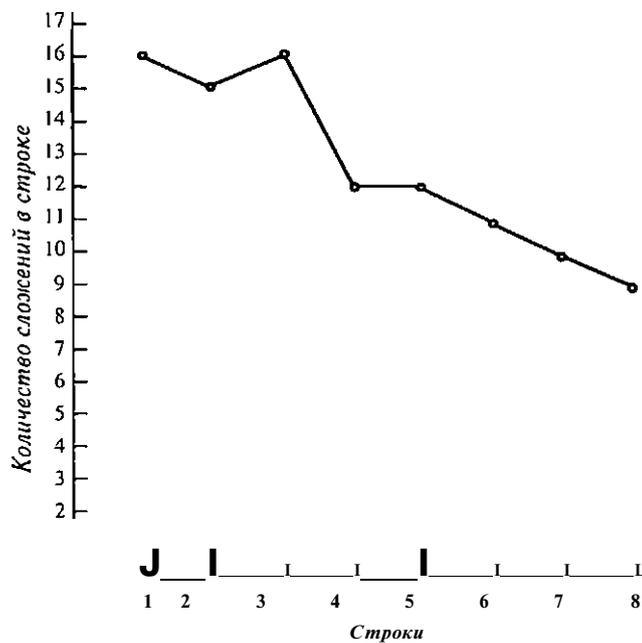


Рис. 14. Заштрихованные столбики — ошибки

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 одной 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 8 сложений. Его график будет иметь следующий вид (рис. 14) и свидетельствовать о некоторой истощаемости больного, падении его работоспособности при небольшой нагрузке.

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 переключаемое™ внимания.

Приводим образец этого второго бланка (см. приложение в конце книги, бланк №3).

ЛИТЕРАТУРА

Э. Крепелин. Гигиена труда. Умственный труд. Переутомление. Спб., 1917.

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 7» 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.

Меняя 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 подобрать 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 пр.

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 парапраксии, 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 парапраксии 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. Парапраксии 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 удастся.

Рис. 15. Образец письма при болезни Альцгеймера

Совершенно контрастная картина распада навыков наблюдается при атрофическом поражении подкорковых отделов мозга — хорее Гентингтона. Даже на далеко зашедших этапах заболевания, когда гиперкинезы столь резко выражены, что профессиональный труд и бытовое самообслуживание кажутся невыполнимыми, у больных наблюдается относительная сохранность навыков. Эти больные с огромным трудом приспособляются 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

- Лурья А. Р. Высшие корковые функции человека. М., 1962.
 Родионова С. А. Методика исследования распада навыков у психически больных. — В сб.: Вопросы экспериментальной патопсихологии. М., 1965.

Рубинштейн Е. Я. Исследование распада навыков у психически больных позднего возраста. — В сб.: Вопросы экспериментальной патопсихологии. М., 1965.

Доски СЕГЕНА

1. Методика направлена на исследование доступности очень простых целенаправленных действий. Предложена одним из основоположников олигофренопедагогики Э. Сегеном.

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.

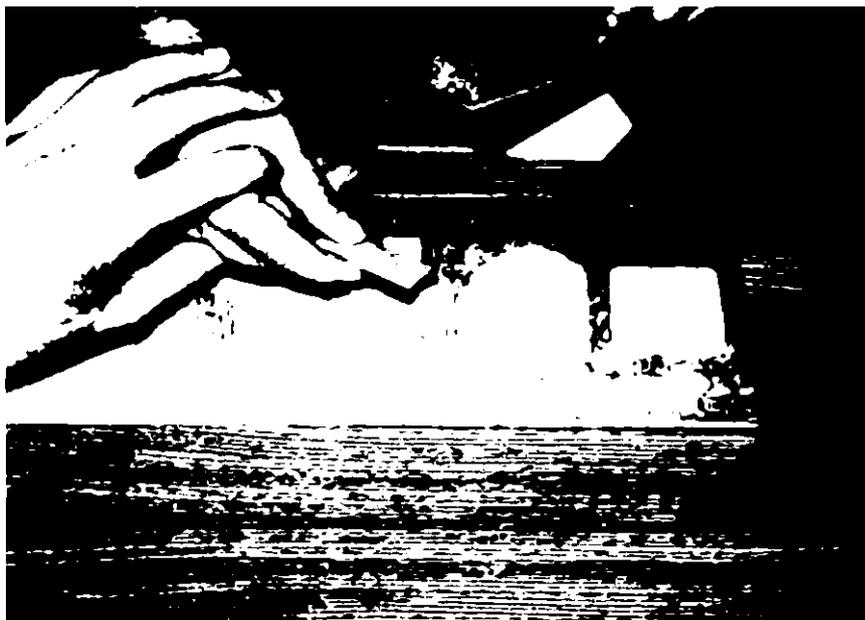


Фото 2. Один из моментов работы с доской Сегена: экспериментатор помогает больному справиться с заданием

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 2—3 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).

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).

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.

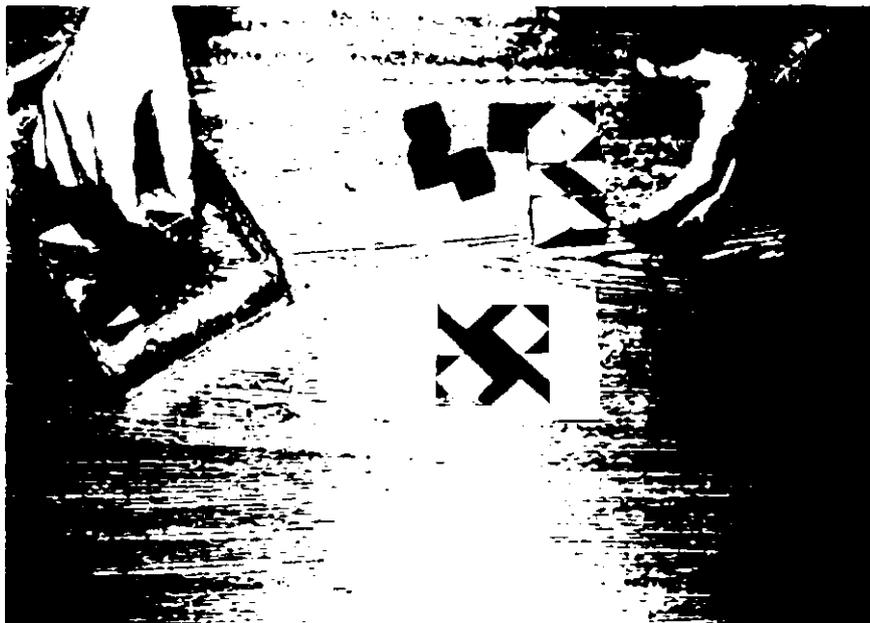


Фото 3. Складывание кубиков Кооса (рабочий момент)

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 методикой 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. Урок № 1 — экспериментатор поворачивает кубики нужной стороной кверху. Предлагает выполнить задание и регистрирует действия больного. Если этот урок не помогает выполнить задание, дается урок № 2: экспериментатор сам складывает фигурки на глазах у больного и, разрушив сделанное, предлагает ему самому выполнить задание.

Урок № 3 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

- Лурия А. Р., Цветкова Л. С. "Вопросы психологии", 1965, 2.
Kohs S. C. Intelligence measurement: a psychological and statistical study based upon the block-design tests. New York, 1923.

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 X 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 донышка 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 (показ) и даже ни одной красной (показывает не обязательно). 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?»

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.



Фото 4. Куб Линка (один из этапов инструкции)

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 3—4 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 запрягивает внутрь красную сторону и после должен искать ее. Подобные ошибки, обусловленные рассеянностью и неустойчивостью внимания, свидетельствуют об органической слабости. Иногда 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 2—3 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

- Гаджиев С. Г. К анализу нарушения интеллектуальной деятельности при поражении лобных отделов головного мозга. Канд. дисс. МЛ, 1947.
- Костомарова Н. М. Качественная характеристика деградации интеллектуальной деятельности у больных с диффузными изменениями центральной нервной системы в результате травмы головы. — В сб.: Травматические повреждения центральной нервной системы. М., Медгиз, 1940.

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 неудачи. Предложен К. Гольдштейном, видоизменен Л. С. Выготским и Б. В. Зейгарник.

2. Для проведения опыта необходимо иметь колоду из 68 карточек (см. цветное приложение), 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 образованием, страдающему склерозом сосудов головного мозга, можно сказать: «Эта 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 десятиклассников». 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 6—7 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 I, так называемый «глухой» этап инструкции (всего инструкция дается в три приема, на трех разных этапах выполнения задания)². 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

² Поскольку инструкция должна быть всегда одинакова, нет надобности записывать ее в протокол, но обязательно отмечать ее этапы (I, II, III).

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 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 1—2 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».



Фото 5. Классификация предметов (один из моментов исследования)

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).

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 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 2—3 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: растения, живые существа, неодушевленные предметы)».

Приведем образец протокола эксперимента по методике «Классификация предметов». Исследован психически здоровый взрослый испытуемый с образованием 6 классов.

Экспериментатор	Действия испытуемого*	Высказывания и объяснения испытуемого
I этап (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?
II этап (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.

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

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.	
III этап (инструкция обычная)	Объединяет все растения, всех животных, часть вещей (мебель, одежду, посуду). Объединяет транспорт, измерительные приборы и инструменты. Осталось 5 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: растения, живые существа, неодушевленные предметы.

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-подказ 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 I, II или III этапе, имеет разное значение и должна быть по-разному истолкована.

Ошибки больного на I 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 II 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 II 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 II этапе работы 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 платицем 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 II этапе классификации 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 спанья, 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 соглашаются с этим, возражают или соглашаются с большой неохотой. Как правило, однако, экспериментатор на II 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 — разных 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 II 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 II этапе классификации, — 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 II 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 «средства 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 «принадлежность культурного быта для принятия пищи».

На III этапе выявляется, доступно ли больному понимание сложных обобщений. Люди без образования иногда затрудняются на III 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 III 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 II и III этапах. При конкретности мышления, затрудненности процессов абстрагирования больные могут успешно справиться со II этапом и не справляются самостоятельно с III. При интеллектуальной сохранности, но сужении объема внимания и снижении работоспособности больных затрудняет обилие карточек на II этапе, и они неожиданно лучше, увереннее, более четко справляются с работой на III этапе, где материала меньше, а необходимость абстрагирования больше.

Сходное соотношение между трудностью II и III 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: живую и неживую материю.

Наибольшее значение в пробе на классификацию предметов имеет то, как больной принимает помощь и подсказ 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 нескритичность встречается у больных шизофренией. Иные проявления нескритичности 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 III 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 1—2 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
II этап	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 II этапа	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 II этапа	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
III этап	Растения + Животные + Люди с вещами	Люди нуждаются в разных вещах — в одежде, мебели, посуде...

Пример 5

Экспериментатор	Действия больного	Высказывания и объяснения больного
Конец II этапа	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 тем 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 II этапа	Люди + Измерительные приборы + Транспорт + Фрукты + Животные +	
Начало III этапа	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 недрои-скопаемые, а живые — они поверх земли живут.

Из приведенного примера видно, что больному доступно обобщение — он сам собрал группы измерительных приборов, живых существ. Переходя к III 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
II этап Как эту группу назвать?	Большинство групп собрано правильно, по обобщенным признакам. Транслорт+ Люди+ Животные* 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
<p>II этап</p> <p>Почему они вместе?</p> <p>Почему?</p> <p>Почему?</p>	<p>Люди+ Животные* Мебель+ Одежда+ Наряду с этим объединены лопата и слон.</p> <p>Объединяет пароход, яблоко и рыбу.</p> <p>Объединяет грузовик, кузнеца и ботинки.</p>	<p>В одной из жарких африканских стран нужно развивать горно-рудную промышленность.</p> <p>Необходима транспортировка плодов к районам Крайнего Севера.</p> <p>Группа металлургической промышленности.</p> <p>Ботинки — это спецодежда для рабочих.</p>

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, 9 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
II этап (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
II этап Почему они вместе?	После многих правильно обобщенных групп собирает врача с этажеркой, бутылкой и моряком.	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 милиционер,

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
II этап	Много правильно обобщенных групп. На этом фоне — группа 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
II этап	Мебель* Посуда+ Животные+ Транспорт* Одежда + ... Ботинки кладет к группе транспорта.	Ботинки тоже служат для передвижения.

Пример 13

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

Пример 14

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

Пример 15

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

Пример 16

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

Пример 17

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

Пример 18

Экспериментатор	Действия больного	Высказывания и объяснения больного
III этап	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
II этап	После правильных группировок объединяет весы, кастрюлю, этажерку, штангенциркуль. Другая группа: термометр, стол и ботинки.	Предметы первой необходимости. 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 (№ 13 и 14), необычным, «слабым» (№ 16 и 17), причудливым (№ 15 и 18). В 19-м примере 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. По-

этому 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

- Зейгарник Б. В. Патология мышления. Изд-во МГУ, 1962.
- Поляков Ю. Ф. Сравнительная характеристика нарушения динамики мышления у больных с начальным артериосклерозом сосудов головного мозга и больных шизофренией. — В кн.: Сосудистые заболевания головного мозга. М., 1961.
- Тепеницына Т. И. Сравнительная характеристика предметной и словесной классификаций как методов исследования мышления при сосудистых и других психических заболеваниях. — В сб.: Сосудистые заболевания головного мозга. М., 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 (см. цветное

приложение). Такие карточки-задачи могут быть градуированы по трудности от самых легких до чрезвычайно трудных. Так же, как 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 4 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 против 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 неправилен 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 3—4 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 (см. рис. в цветном приложении) 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 свойствен 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, странен 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

- Зейгарник Б. В. Нарушения мышления у психически больных. М., 1958.
Поляков Ю. Ф. Сравнительная характеристика нарушений динамики мышления у больных начальным артериосклерозом сосудов головного мозга и больных шизофренией. — В сб.: Сосудистые заболевания головного мозга. М., 1961.

Перепелкин В. П. Исследование суждений олигофренов методикой «исключение предметов». Рукопись. МГУ, 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 надписанными 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).

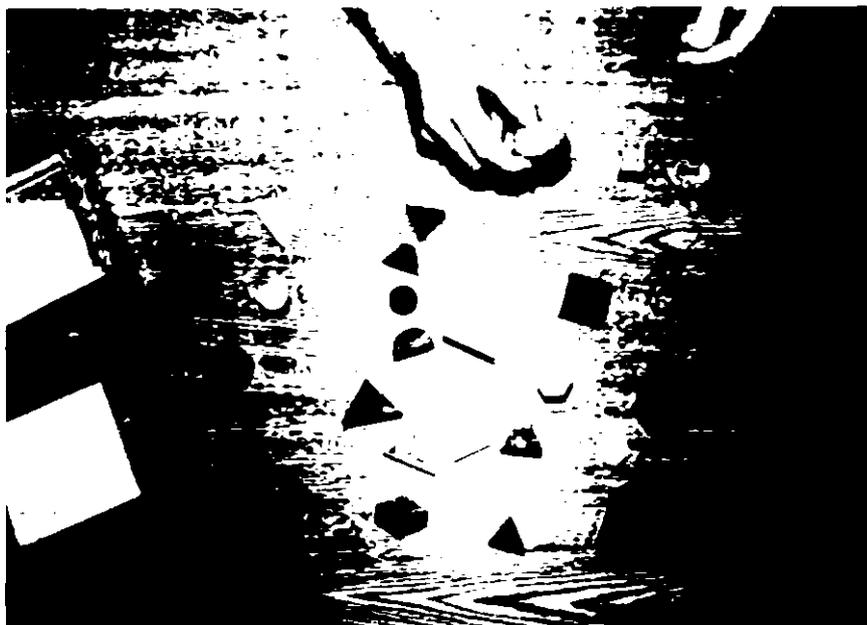


Фото 6. Методика Выготского—Сахарова
(один из моментов исследования)

3. Перед больным на столе раскладываются беспорядочно все фигурки надписями книзу, так что ни одна надпись больному не должна быть видна. Полоска стола перед самим 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 — 5 или 6, 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-САХАРОВА

**Исследована больная артериосклерозом головного мозга
с высшим образованием**

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

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 напрашивавшийся по другим основаниям вывод о слабоумии больного или, во всяком случае, искать объяснений 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 (поданным 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.

ЛИТЕРАТУРА

- Сахаров Л. С. Вопросы дефектологии. 1928.
- Выготский Л. С. Избранные психологические произведения. Т. 1. М., Изд-во АПН РСФСР, 1956.
- Зейгарник Б. В. Патология мышления. М., 1962.
- Naufmann E., Kassin I. Conceptual Thinking in Schizophrenia. N. Y., 1942.

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 копия (см. приложение в конце книги, бланк № 4).

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

Номер задачи и вопросы экспериментатора	Ответы больной*	Объяснения и мотивировки больной
2	Берег, вода+	
3	Здание, улицы+	
4	Крыша, стены+	
5	Углы, сторона+	
6	Делимое, делитель+	
7	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: в таком объяснении содержатся элементы алогичности.)

*Знак «+» означает правильным ответ, знак «-» — неправильный.

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 па путь таких случайных, привычных ассоциаций и отвечают бездумно. Таким больным подсказ, критическое замечание обычно помогают найти правильное решение. Таким образом, методика выявляет

некритичность 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 решения.

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 задач. Методика заимствована из психологии труда.

2. Для проведения опыта нужен бланк или просто отпечатанный на машинке ряд задач (см. приложение в конце книги, бланки № 5—7).

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 (показ), 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 (показ слов 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 2—3 примеров. Если больной, имеющий образование 7 классов, никак не может усвоить задание после 3—4 примеров, это даст основание думать, что его интеллектуальные процессы по крайней мере затруднены.

женпи работы. Между тем ошибки больного шизофренией обусловлены слабостью побуждений, рыхлостью и пенаправленностью ассоциации. Поэтому «соскальзывания» мысли больных обычно не поддаются коррекции, от них часто не удастся добиться безупречных решения 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 вес 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 не существенными. Такого рода беззаботность, не критичность, 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

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

Предложена Э. А. Коробковой.

2. Для проведения опытов нужен бланк (см. приложение в конце книги, бланк № 8).

Методику можно применять при исследовании больных, имеющих не менее 7 классов образования, но чаще него 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 2—3 попыток 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 2—3 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 помер задачи) во избежание возможных ошибок. Обсуждение следует записывать полностью. Можно в одной графе чередовать реплики п вопросы экспериментатора (заключая их в скобки) и ответы испытуемого.

4. Если больной правильно, без особого труда решил вес 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 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 даст интересный результат как материал для обсуждения.

СРАВНЕНИЕ ПОНЯТИЙ

1. Методика применяется для исследования мышления больных, процессов анализа и синтеза. Применяется очень давно, особенно широко использовалась в школе акад. В. М. Бехтерева.

2. Экспериментатор из имеющегося у него набора заготавливает 8—10 пар слов, подлежащих сравнению (см. бланк № 9 в приложении в конце книги).

В монографии Л. С. Павловской приводится 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 лежачих 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.

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 регистрирую! ответы больного по поводу каждой пары.

4. При оценке ответов больных следует учитывать, удастся ли им выделить существенные признаки сходства и различия по-

питий. 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 оно 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

- Павловская Л. С. Экспериментально-психологическое исследование умозаключений у душевнобольных. Спб., 1909.
- Мелешко Т. К. Вариант методики исследования процесса сравнения у больных шизофренией. — В сб.: Вопросы экспериментальной патопсихологии. М., 1965.
- Храмцова С. Т. Апробация методики «Сравнение понятий» в детской психоневрологической клинике. — В сб.: Вопросы экспериментальной патопсихологии. Л., 1965.
- Перепелкин В. И. Особенности процесса сравнения наглядных объектов у детей, больных эпилепсией. — В сб.: Вопросы экспериментальной патопсихологии. М., 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 больных. Разработана Б. В. Зейгарник³.

ПОСЛОВИЦЫ

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.

ФРАЗЫ

Материалрезают 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.

³ 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 обшей идеи с пословицей не содержит. Таким образом, фраз оказывается примерно в 2 раза больше, чем пословиц. Таково же соотношение метафор и фраз.

МЕТАФОРЫ

Золотая голова.

Железный характер.

Ядовитый человек.

Каменное сердце.

Зубастый парень.

Глухая ночь.

ФРАЗЫ К МЕТАФОРАМ

Умная голова.

Художник сделал статуэтку с позолоченной головой.

Золото ярче железа.

Человек высек на скале сердце.

Сильный характер.

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 даст 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 поверхностность 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 прочесть 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.
Ядовитым человек	Мальчик наелся сладостен 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 яду (?)	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...
Глухая ночь	У Ивана были крепкие и здоровые зубы.	Потому что зубная боль, она... можно ее сравнить с ушной болью, то есть с наиболее такой, знаете, ноющей, пульсирующей, вот, и именно глухая ночь способствует, знаете, переживаниям этой боли.

ЛИТЕРАТУРА

З с й г а р н и к Б. В. К проблеме понимания переносного смысла слов или предложений при патологических изменениях мышления. Веб.: Новое в учении об апраксии, агнозии и афазии. М., 1934.

ЗАПОЛНЕНИЕ ПРОПУЩЕННЫХ В ТЕКСТЕ СЛОВ

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

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

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

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 выл 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 заполнят 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 выл 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 подвигалась 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

Зейгарник Б. В. Патология мышления. Изд-во МГУ, 1962.

Урсова-Белозерцева В. И. Особенности нарушения мышления у больных с поражениями лобных долей мозга. Дипломная работа. Изд-во МГУ, 1954.

Цимкин Г. Сравнительные опыты с методом Эббингауза и пересказом продиктованного текста. Отдельный оттиск. Рига, 1914.

ОБЪЯСНЕНИЕ СЮЖЕТНЫХ КАРТИН

1. Проба, заключающаяся в том, что больного просят рассказать о содержании сюжетной картинке, 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.

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 (см. цветное приложение).

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 картинку, 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

- Евляхова Э. Л. О некоторых особенностях восприятия сюжетно-художественных картин учащимися вспомогательной школы. — В сб.: Учебно-воспитательная работа в специальных школах. Вып. 4. М., Учпедгиз, 1957.
- Рубинштейн С. Л. К вопросу о стадиях наблюдения. Ученые записки Института им. Герцена. Т. XVIII, Л., 1939.
- Вересотская К. И. Восприятие глубины (третьего измерения) на картинках учащимися вспомогательной школы. — В сб.: Вопросы психологии глухонемых и умственно отсталых детей. М., Учпедгиз, 1940.
- Соловьев И. М. Восприятие действительности умственно отсталыми детьми. — В сб.: Особенности познавательной деятельности учащихся вспомогательной школы. М., Изд-во АПН РСФСР, 1953.

УСТАНОВЛЕНИЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ СОБЫТИЙ

1. Методика предназначена для выявления сообразительности больных, их умения понимать связь событий и строить последовательные умозаключения. Предложена А. Н. Бернштейном.

2. Для проведения опыта необходимы серии сюжетных картинок (в количестве 3—6 картин), на которых изображены этапы какого-либо события (см. цветное приложение).

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 произошло. 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 топ же методики, чтобы выяснить, возможен ли «перенос» с трудом усвоенного способа рассуждений.

ФОРМА ПРОТОКОЛА (см. также Приложение)

Исследование больного, перенесшего травму

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 некритичность мышления (при глубоком слабоумии, паралитических синдромах и др.).

Некоторые больные не в состоянии справиться с установлением последовательности событий по 5 или 6 картинкам, так как они не могут охватить столь значительный 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 олигофренам 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

Бернштейн А. Н. Клинические приемы психологического исследования душевнобольных. Изд. 2-е. М., Госиздат, 1922.

ИССЛЕДОВАНИЕ АССОЦИЦИЙ

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 создаст условия спешки: «Скорее, скорее, главное скорее...» Если больной никак не может сам начать и все спрашивает, какие слова нужно называть, экспериментатор повторяет: «Все равно какие. Отдельные слова. Например, лес, поле, хлеб...» Никакой другой помощи оказывать больше не следует.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДИКИ ПАТОПСИХОЛОГИИ

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 страницы 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 4—7 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 одеяго 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, попуган, 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 3—4 слова), либо, вопреки инструкции, начинают называть предметы, находящиеся перед глазами. Непродуктивность мышления (отсутствие слов) чаще наблюдается при шизофрении, а аспонтанность (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 имбенильности.

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 ответом, 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 различно. 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 солому нам оставить?*
Книга — *не клади на солому.*
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, по отрицавших это), необходимы многократные специально поставленные эксперименты по методу сопряженной моторики (А. Р. Лурия). Если же в ряд слов для свободных ассоциаций экспериментатор включает по 1—2 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 наиболее болезненным 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

- Владычко С. Д. Характер ассоциаций у больных с хроническим первичным помешательством. Спб., 1909.
- Иванов-Смоленский А. Г. Психиатрия, неврология и экспериментальная психология. 1922. № 1—2.
- Зейгарник Б. В. Нарушения мышления у психически больных. М., 1958.
- Зейгарник Б. В. Патология мышления. М., 1962.
- Довбия Е. М. Ассоциативный эксперимент. М., 1914.
- Лурия А. Р. Сопряженная моторная методика в исследовании аффективных реакций. Труды Института психологии. М., 1928.

Противоположности

I. 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 словами. Образец бланка см. в приложении в конце книги (бланк № 11).

⁴ 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 2–3 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 дифференцированностиTM, 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**

- | | |
|---------------------------------------|--|
| 1. Тупой — <i>умный</i> | 25. Разрешать — <i>проверять, развернуть</i> |
| 2. Тонкий — <i>толстый</i> | 26. Скупой — <i>жадный, добрый</i> |
| 3. Грязный — <i>чистый</i> | 27. Починять — <i>сделать, разорять, разбить</i> |
| 4. Исчезновение — <i>появление</i> | 28. Порицание — <i>порушение, поощрение</i> |
| 5. Чужой — <i>свой</i> | 29. Добродетель — <i>жадный</i> |
| 6. Низ — <i>верх</i> | 30. Забывать — <i>не помнить, помнить</i> |
| 7. Крупный — <i>маленький</i> | 31. Легко — <i>просто, трудно</i> |
| 8. Враг — <i>товарищ, друг</i> | 32. Победа — <i>цель, радость, провал</i> |
| 9. Младший — <i>старший</i> | 33. Бодрость — <i>веселье, настроение</i> |
| 10. Отталкивать — <i>приближать</i> | 34. Просторно — <i>свободно</i> |
| 11. Удаление — <i>приближение</i> | 35. Приказывать — <i>говорить</i> |
| 12. Высокий — <i>низкий</i> | 36. Исключительный — <i>особенный, внемлющий</i> |
| 13. Внешний — <i>внутренний</i> | 37. Мирить — <i>сводить, ссорить</i> |
| 14. Твердый — <i>мягкий</i> | 38. Неуклюжий — <i>неповоротливый</i> |
| 15. Сухой — <i>влажный</i> | 39. Разрушать — <i>разорить</i> |
| 16. Красивый — <i>некрасивый</i> | 40. Суживать — <i>уменьшать</i> |
| 17. Исправление — <i>наказание</i> | 41. Спешить — <i>потоплять</i> |
| 18. Множить — <i>увеличивать</i> | 42. Горе — <i>беда</i> |
| 19. Громкий — <i>тихий</i> | 43. Спор — <i>полемика, дискуссия</i> |
| 20. Спокойствие — <i>беспокойство</i> | 44. Наступление — <i>продвижение</i> |
| 21. Сходство — <i>родство</i> | 45. Истина — <i>правда</i> |
| 22. Меньшинство — <i>большинство</i> | 46. Скрытность — <i>тайна</i> |
| 23. Поднимать — <i>опускать</i> | |
| 24. Беречь — <i>не сберечь</i> | |

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 в различных 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 инструкцией 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 эксперимента⁴.

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

3. Инструкция и порядок проведения эксперимента.

Основное задание. Исследуемому мельком показывают карточки и говорят: «Их надо разложить на 3 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.

⁴ Текст описания методики также составил А. Я. Иванов.Л.

I задача. Ребенку дают в руки карточки (можно еще раз повторить инструкцию: «Разложи их на три или четыре фуппы*). 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 па стол*, или: «Не спеши, выкладывай аккуратнее, по одной». В протоколе следует отметить это.

Экспериментатор выжидает 30 секунд и, если правильная раскладка не начата, дает 1-й урок. Каждый следующий урок — 2, 3, 4-й и т. д. — дается только в том случае, если ребенок за 30 секунд не начнет самостоятельно правильно действовать.

1-й урок. Экспериментатор отбирает из карточек, лежащих на столе, две, отличающиеся только одним признаком (например, большой зеленый треугольник и большой красный треугольник), и говорит: «Чем отличаются эти карточки, чем они не похожи?.. Они отличаются цветом» (если ребенок сам не доканчивает мысль). Это и есть содержание 1-го урока — указание на один различительный признак. После этого в протоколе фиксируются высказывания и дальнейшие действия ребенка — 30 секунд. Если правильная раскладка не начата, дается 2-й урок.

2-й урок. Из других лежащих на столе карточек выбирается такая, которая сходна с одной из двух первых по цвету (например, большой красный ромб). Экспериментатор предъявляет ее ребенку со словами: «Куда мы положим эту карточку — сюда или сюда?» — и, если ребенок не может уловить мысль, продолжает: «Мы положим ее сюда, к красному, потому что она тоже красная». Это и есть содержание второго урока — указание на сходство двух карточек по цвету. После этого протоколируются дальнейшие высказывания и действия ребенка — 30 секунд.

3-й урок. Экспериментатор добавляет к уже отложенным еще карточку — желтого цвета и, начав таким образом все три группы, говорит: «Сюда будем класть все красные, сюда — зеленые, а сюда — желтые». Это содержание 3-го урока — прямой, наглядный показ того, как надо действовать. После этого протоколируются дальнейшие высказывания и действия ребенка — 30 секунд.

4, 5, 6-й и т. д. уроки — это укладка каждой последующей карточки, сделанная самим экспериментатором (с соответствующими словесными пояснениями). В протоколе фиксируются номер урока и дальнейшие действия ребенка.

По окончании раскладки отмечается общее время, затраченное на это. Необходимо, чтобы ребенок дал словесный отчет о проделанной работе в виде завершающей «словесной формулировки».

Если он этого сделать не может, то экспериментатор обязательно даст се сам: «Значит, мы разложили карточки на зеленые, красные и желтые — по цвету». Но в протоколе фиксируются слова ребенка.

II задача. Карточки отбираются, перемешиваются и предъявляются вновь с инструкцией: «А теперь разложи их по-другому, тоже подходящие с подходящими, но уже на четыре группы». Затем в течение 30 секунд протоколируют самостоятельные поиски ребенка и оказывается организующая помощь в виде «организующего урока»: «Выложи несколько карточек на стол», или: «Не спеши, выкладывай по одной». Отмечается в протоколе.

Если за это время ребенок делает попытки прибегнуть к предыдущему признаку, то это фиксируется в протоколе как «проявление инертности».

1-й урок. Из карточек, лежащих на столе, отбирают две, отличающиеся одним признаком (например, большой зеленый круг и большой зеленый квадрат) — формой. Их предъявляют ребенку со словами: «Чем они отличаются?» — и после паузы поясняют: «Одна — квадрат (кубик), а другая — кружок». После этого протоколируют действия ребенка — 30 секунд.

2-й урок. Экспериментатор выбирает третью карточку, сходную с одной из первых двух по форме (например, большой желтый квадрат), и предъявляет ребенку со словами: «Эту карточку куда надо положить — сюда или сюда?» — и после паузы говорит: «Положим ее к этому квадрату, потому что она тоже квадрат (кубик)». После этого фиксируются высказывания и действия ребенка — 30 секунд.

3-й урок. Экспериментатор добавляет еще две карточки других форм и говорит: «Будем собирать по форме — все круги вместе, все квадраты, треугольники, ромбы («конфетки»)». В протоколе фиксируются действия ребенка — 30 секунд.

4, 5, 6-й уроки обозначаются как укладка каждой последующей карточки (с соответствующими словесными пояснениями), сделанная при необходимости самим экспериментатором.

Протоколируются номер урока и дальнейшие действия ребенка. По окончании раскладки отмечается общее время, затраченное на это. Словесный отчет ребенка о проделанной работе фиксируется в протоколе в виде завершающей «словесной формулировки». Если ребенок этого сделать не сможет, то экспериментатор должен сказать сам: «Мы разложили карточки на четыре группы по форме — круги, квадраты, ромбы, треугольники». Но в протокол заносятся слова ребенка.

III задача. Карточки отбираются, перемешиваются и предъявляются вновь с инструкцией: «Снова разложи их, что к чему подходит, но уже по-другому — на две группы». Затем 30 секунд протоколируются самостоятельные поиски ребенка. Если он делает попытки использовать предыдущие признаки, то это фиксируется в протоколе как «проявление инертности» с указанием, какой именно признак используется. При необходимости в это время можно дать организующую помощь («организующий урок»): «Выложи несколько карточек на стол», или: «Не спеши, выкладывай по одной».

1-й урок. Экспериментатор из карточек, лежащих на столе, отбирает две, отличающиеся одним признаком — величиной (например, большой красный круг и малый красный круг), и предъявляет их ребенку со словами: «Чем они отличаются?» — и после паузы: «Они отличаются размером — один большой, а другой маленький». После этого протоколируются действия ребенка.

2-й урок. Экспериментатор выбирает третью карточку, сходную с одной из первых двух по этому же признаку — величине (например, маленький зеленый квадрат), и предъявляет ребенку со словами: «Куда эту карточку положим?» — и после паузы: «Положим ее к маленькому кружочку, потому что она тоже маленькая».

3-й урок. Экспериментатор берет четвертую карточку, сходную с третьей по величине, и укладывает ее на место со словами: «Все большие будем класть вместе, все маленькие — тоже вместе». После этого он протоколирует действия ребенка.

4, 5, 6-й уроки обозначаются как укладка каждой последующей карточки, сделанная при необходимости самим экспериментатором.

В протоколе фиксируются номер урока и дальнейшие действия ребенка. По окончании раскладки отмечается время, затраченное на эту задачу, и наличие у ребенка завершающей «словесной формулировки».

Если ребенок не может сформулировать словами способ работы, то экспериментатор делает это сам. Но в протоколе фиксируются высказывания ребенка.

Все карточки убираются.

Аналогичное задание. Ребенку предъявляется второй набор со словами: «Ты уже научился складывать карточки. Это — такие же, их тоже можно раскладывать на группы по разным признакам. Сделай это или расскажи, как будешь делать».

Не следует ни называть признака, ни оговаривать количество групп. Участие экспериментатора может проявиться лишь в том случае, если ребенок, указав один признак или разложив карточки, проявляет некоторую пассивность. Тогда экспериментатор, пере-

мешав карточки, может задать вопрос: «А еще как можно сделать?», стимулируя тем самым продолжение работы.

В протоколе фиксируются общее время выполнения этого задания и его конечный результат в одном из следующих вариантов:

1. Перенос полный, в словесной форме.
2. Перенос частичный, в словесной форме (при выделении не менее двух признаков).
3. Перенос полный, в действиях.
4. Перенос частичный, в действиях.
5. Перенос отсутствует (если указан только один признак или не выделен ни один).

ФОРМА ПРОТОКОЛА (см. также Приложение)

Классификация фигур

	Действия больного	Примечание
Ориентировочный этап	Основное задание	
I задача Уроки: 1-й 2-й 3-й Словесная формулировка II задача Уроки: 1-й 2-й 3-й Словесная формулировка III задача Уроки: 1-й 2-й 3-й Словесная формулировка		

Аналогичное задание

4. Анализ экспериментальных данных по этой методике довольно прост. Учитываются три главных показателя: 1) использование ориентировочного этапа (планирует ли ребенок предстоящую ему работу за те 30 секунд, которые ему даны на рассматривание таблицы, или смотрит в это время в окно, вообще тратит время зря); 2) какое количество «уроков-подсказок» требуется ему для выполнения всех трех задач. Опыт показывает, что психически полноценные дети нуждаются в 1–6 уроках, а умственно отсталые — в 8–17 уроках; 3) перенос; самостоятельное полное решение второго аналогичного задания доступно здоровым детям и плохо удается детям-олигофренам.

Помимо выявления умственной отсталости, данный эксперимент еще очень продуктивен при выявлении инертности психических процессов, свойственной эпилептикам. Инертность проявляется в том, что, выполнив классификацию фигур по цвету, испытуемый и вторую и третью задачу пытается выполнить, ориентируясь на цвет, либо также «застревает» на признаке формы.

ЛИТЕРАТУРА

- Иванова А. Я. Обучающий эксперимент как метод психологического исследования детей с аномалиями психического развития. — В сб.: Вопросы экспериментальной патопсихологии. М., 1965.
- Иванова А. Я. Обучающий эксперимент как принцип оценки умственного развития детей. Канд. дисс. МГУ, 1968.
- Лебедева В. И. Апробация методики классификации фигур. Курсовая работа МГПИ, 1966.

«Клипеч»

1. Методика предложена и апробирована польским психологом Левицким. Направлена на выявление способности к абстрагированию у детей и взрослых с небольшим образовательным уровнем. В последние годы апробирована и видоизменена дефектологами Т. И. Гудиловой и Т. К. Гриньковой. По построению является обучающим экспериментом.

2. Для проведения опыта нужно приготовить 26 небольших карточек, на которых красками или аппликацией изображены различные по сочетанию форм и красок орнаменты (см. цветное приложение). Среди них — 6 карточек, на которых в центре изо-

бражен черный квадрат на фоне различных, иных по цвету прямоугольников. Нужен также секундомер.

3. Методика проводится в двух различных вариантах, обладающих существенными, можно сказать, принципиальными отличиями.

Первый (закрытый) вариант строится так. Без каких-либо предисловий или указаний цели и задачи опыта больному показывают одну из карточек, на которых изображен в центре черный квадрат, и говорят: «Эта карточка называется «Клипец». Это просто название, само слово ничего не означает». Затем показывают вторую карточку, с иным узором, и говорят: «А это не «Клипец» — и кладут ее поверх первой, закрывая ее. Дальше опыт идет так. Больному показывают заранее пронумерованные карточки по одной и каждый раз спрашивают: «А это «Клипец» или нет?» Каждый ответ больного корректируется экспериментатором, т. е. если больной называл «Клипцем» иную карточку, без черного квадрата внутри, ему говорят: «Нет, это не «Клипец». Если он сказал, что это не «Клипец», подтверждают: «Правильно, это не «Клипец», и т. д.

После просмотра всех 26 карточек больному спрашивают: «Так какие карточки называются «Клипец»?». Если больной отвечает правильно, т. е. говорит, что это карточки с черным квадратом в середине, опыт считается законченным.

В некоторых случаях, если по названию карточек очевидно, что больному уже выделил «Клипец» из остальных фигурок, но словесно сформулировать, какие фигурки называются «Клипец», ему трудно, можно для контроля предложить больному просто выбрать из всех карточек все «Клипцы».

Второй (открытый) вариант отличается тем, что первая карточка «Клипец» не накрывается следующей, а все время эксперимента остается открытой.

В остальном эксперимент идет точно так же, как и при закрытом варианте. Это, казалось бы, небольшое различие методики опыта коренным образом меняет его психологическую суть. При открытом варианте больному может каждый раз сравнивать взором следующую карточку с заданным образцом «Клипец». При этом не требуется сохранения в памяти образца, процесс абстрагирования как бы освобождается от влияния памяти.

4. При исследовании психически здоровых исследуемых, как взрослых, так и детей, выявилось, что даже при закрытом варианте решение достигается на протяжении 1–2, редко 3 просмотров 26 карточек. Дети-олигофреники с трудом выполняют это задание даже после 4–5 просмотров. Закрытый вариант вообще труднее открытого. Однако обнаружилось, что для олигофренов разница между вариантами не имеет большого значения. Даже открытый вариант олигофрены выполняют с трудом. Между тем для больных с последствиями органических заболеваний мозга (как для детей, так и для взрослых больных с сосудистой патологией) очень велико различие между открытым и закрытым вариантами методики. Если открытый вариант они решают почти как здоровые, то в решении закрытого приближаются к олигофренам.

ОБРАЗЕЦ ПРОТОКОЛА

Открытый вариант

1	2	3	4	5	6
1					
2	+	+			
3	+	+			
4-	-	+			
5-	+	+			
6+	+	+			
7+	-	+			
8-	+	+			
9-	-	+			
10+	+	+			

Примечание. В левом столбце указаны номера карточек. Во втором помечены знаком «+» правильные ответы больных, а знаком «-» ошибочные при первом предъявлении карточек, затем то же при втором, третьем и т. д.

ЛИТЕРАТУРА

- Гринькова Т. К. Апробация методики «Клипсц». Курсовая работа МГПИ им. В. И. Ленина, 1965.
- Гудиллина Т. И. Апробация методики «Клипсц». Курсовая работа МГПИ им. В. И. Ленина, 1965.
- Lowicki Andrzej. Rola abstrakcji pozytywnej i negatywnej w procesie uczenia sie nowych pojec. Warszawa, 1962.

8. ИССЛЕДОВАНИЕ ПАМЯТИ

ЗАУЧИВАНИЕ ДЕСЯТИ СЛОВ

1. Эта методика одна из наиболее часто применяющихся. Предложена А. Р. Лурия. Используется для оценки состояния памяти больных, утомляемости, активности внимания.

2. Никакого специального оборудования не требует. Однако в большей мере, чем при остальных методиках, необходима тишина: при наличии каких-либо разговоров в комнате опыт проводить нецелесообразно. Перед началом опыта экспериментатор должен записать в одну строчку ряд коротких (односложных и двухсложных) слов (см. приложение в конце книги, бланки № 12—14). Слова нужно подобрать простые, разнообразные и не имеющие между собой никакой связи. Обычно каждый экспериментатор выкает к какому-либо одному ряду слов, но желательно пользоваться не одним, а несколькими наборами, чтобы больные не могли их друг от друга услышать.

3. Инструкция состоит из нескольких этапов. В данном опыте необходимы очень большая точность и неизменность произнесения инструкции и соблюдения условий опыта.

Первое объяснение. «Сейчас я прочту 10 слов. Слушать надо внимательно. Когда окончу читать, сразу же повторите столько, сколько запомните. Повторять можно в любом порядке, порядок роли не играет. Понятно?»

Экспериментатор читает слова медленно, четко. Когда испытуемый повторяет слова, экспериментатор в своем протоколе ставит крестики под этими словами (см. форму протокола). Затем он продолжает инструкцию (второй этап).

Продолжение инструкции. «Сейчас я снова прочту вам те же самые слова, и вы опять должны повторить их — и те, которые вы уже назвали, и те, которые в первый раз пропустили, — все вместе, в любом порядке».

Экспериментатор снова ставит крестики под словами, которые повторил исследуемый. Затем опыт снова повторяется 3, 4 и 5 раз, но уже без каких-либо инструкций. Экспериментатор просто говорит: «Еще раз».

В случае если исследуемый называет какие-либо лишние слова, экспериментатор обязательно записывает их рядом с крестиками, а если слова эти повторяют — ставит и под ними крестики.

В случае если исследуемый пытается вставлять в процессе опыта какие-либо реплики, экспериментатор останавливает его; никаких разговоров во время этого опыта допускать нельзя.

После пятикратного повторения слов экспериментатор пере-

ходит к другим экспериментам, а, в конце исследования, т. е. примерно спустя 50—60 минут, снова спрашивает у исследуемого эти слова (без напоминания). В результате протокол опыта принимает примерно следующий вид:

	лес	хлеб	окно	стул	вода	брат	конь	игла	гриб	мед	огонь
1	+		+		+	+					+
2	+		+			+			+		+
3	+	+			+	+			+		
4	+	+									+
5	+	+			+	+			+	+	
Спустя час	+	+				+			+		

По этому протоколу может быть составлена «кривая запоминания». Для этого по горизонтальной оси откладываются номера повторения, а по вертикальной — число правильно воспроизведенных слов.

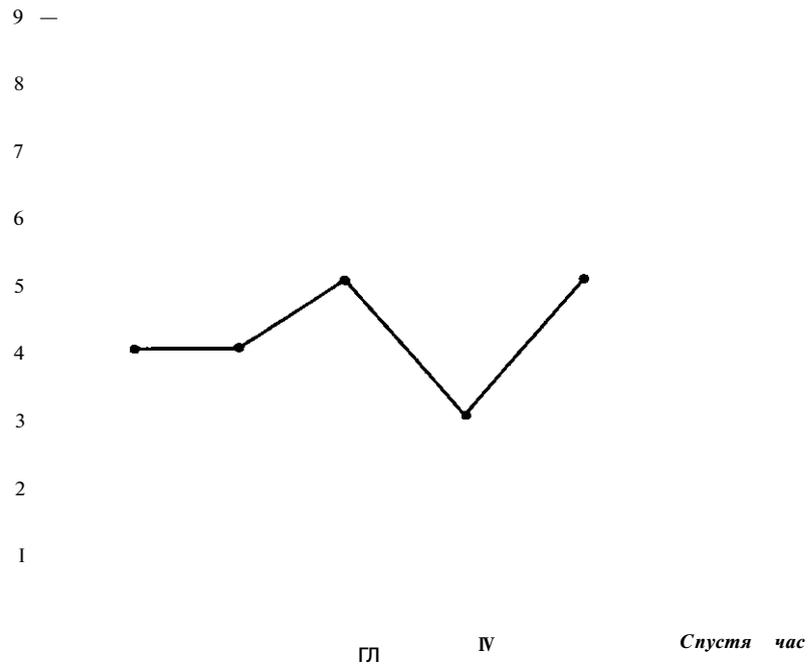


Рис. 16. Объяснение в тексте

По данному примерному протоколу кривая примет следующий вид (рис. 16):

4. По форме кривой можно делать некоторые выводы относительно особенностей запоминания больных. На большом количестве здоровых исследуемых установлено, что у здоровых людей, как взрослых, так и детей школьного возраста, кривая запоминания носит примерно такой характер: 5, 7, 9, или 6, 8, 9, или 5, 7, 10 и т. д., т. е. к третьему повторению исследуемый воспроизводит 9 или 10 слов и при последующих повторениях удерживается на числах 9 или 10. В приведенном протоколе кривая (4, 4, 5, 3, 5) свидетельствует о плохой памяти и инактивности больного. Кроме того, в этом протоколе отмечено, что исследуемый воспроизвел одно лишнее слово «огонь» и в дальнейшем при повторении «застрял» на этой ошибке.

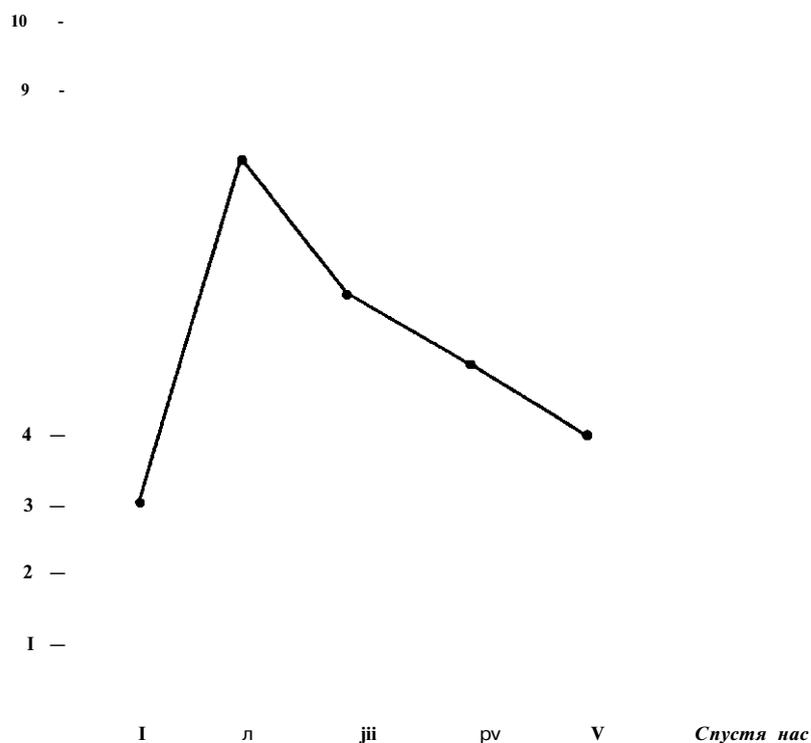


Рис. 17. Объяснение и тексте

Такие повторяющиеся «лишние» слова, по наблюдениям некоторых психологов, встречаются при исследовании больных, страдающих текущими органическими заболеваниями мозга, а также иногда у больных шизофренией в период интенсивной медикаментозной терапии. Особенно много таких «лишних» слов продуцируют дети в состоянии расторможенности и взрослые по окончании или перед началом синдромов расстройств сознания.

«Кривая запоминания» может указывать и на ослабление активного внимания, и на выраженную утомляемость больных. Так, например, иногда больной ко второму разу воспроизводит 8 или 9 слов, а затем после каждой пробы воспроизведения — все меньше и меньше. В жизни такой больной страдает обычно забывчивостью и рассеянностью, но в основе его забывчивости лежит преходящая астения, истощаемость внимания. Истощаемость внимания больных не обязательно проявляется в кривой с резким спуском вниз (рис. 17), иногда кривая принимает зигзагообразный характер, свидетельствующий о неустойчивости внимания, о его колебаниях.

В отдельных, сравнительно редких случаях больные воспроизводят одно и то же количество одних и тех же слов. Кривая имеет форму плато. Такое отсутствие нарастания удержания слов после их повторения свидетельствует об эмоциональной вялости больных; нет отношения к исследованию, нет заинтересованности в том, чтобы запомнить побольше. Кривая типа низко расположенного плато наблюдается при паралитических синдромах.

Число слов, удержанных и воспроизведенных исследуемым час спустя после повторения, в большей мере свидетельствует о памяти в узком смысле слова, т. е. о фиксации следов воспринятого.

ЛИТЕРАТУРА

- Зейгарник Б. В. Труды Института психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР. Т. 22. М., 1964.
Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека. М., 1962.

ОПОСРЕДОВАННОЕ ЗАПОМИНАНИЕ (ПО ЛЕОНТЬЕВУ)

1. Методика предложена А. Р. Лурия и Л. С. Выготским, разработана и апробирована А. Н. Леонтьевым.

Применяется для исследования памяти, по оказалась также очень продуктивной для анализа особенностей ассоциации больных, т. е. для характеристики мышления. Похожа на пиктограмму, отличается большей доступностью для малограмотных больных.

2. Для проведения эксперимента необходимо иметь наборы изображений предметов (картинки) и наборы слов (см. цветное приложение). В психиатрической клинике используются обычно третья и четвертая серии из числа апробированных А. Н. Леонтьевым. Рисунки могут быть изготовлены по образцам лаборатории экспериментальной патопсихологии Института психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР, но могут быть без особого ущерба для дела изготовлены и кустарно, лишь бы рисунки были четкими, хорошо видными, на карточках размером приблизительно 5х5 см каждая. Менять слова, предлагающиеся для запоминания, не следует, поскольку методика очень тщательно апробирована.

Набор карточек третьей серии: диван, гриб, корова, умывальник, стол, ветка земляники, ручка для перьев, самолет, географическая карта, щетка, лопата, грабли, автомобиль, дерево, лейка, дом, цветок, тетради, телеграфный столб, ключ, хлеб, трамвай, окно, стакан, постель, телега, настольная электрическая лампа, картина в раме, поле, кошка.

Слова для запоминания в третьей серии: свет, обед, молоток, одежда, поле, игра, птица, лошадь, урок, ночь, мышь, молоко, стул, дорога.

Четвертая серия несколько труднее, но и интереснее для выявления особенностей мышления.

Набор карточек четвертой серии: полотенце, стул, чернильница, велосипед, секундомер, глобус, карандаш, солнце, рюмка, обеденный прибор, расческа, тарелка, зеркало, перья (2 штуки), поднос, дом-булочная, фабричные трубы, кувшин, забор, собака, детские штанишки, комната, носки и ботинки, перочинный нож, гусь, уличный фонарь, лошадь, петух, черная доска (школьная), рубашка.

Слова для запоминания четвертой серии: дождь, собрание, пожар, день, драка, отряд, театр, ошибка, сила, встреча, ответ, горе, праздник, сосед, труд.

3. Инструкция и порядок проведения опыта. Перед больным раскладывают рядами все 30 карточек серии в любом порядке, но так, чтобы все они были видны ему. Затем говорят: «Вам нужно будет запомнить!» ряд слов. Для того чтобы легче было запоминать слова, нужно каждый раз, когда я назову слово, выбрать какую-либо одну из карточек, такую, чтобы она помогла вспомнить заданное слово. Вот, например, первое слово, которое нужно запомнить, — «дождь*». Здесь дождь нигде не нарисован, но можно выбрать карточку, которая поможет запомнить это слово». Когда больной

выбрал карточку, ее откладывают в сторону и спрашивают: *Как эта карточка напомнит про дождь?» Если больной приступает к работе неохотно, то такие вопросы можно задавать начиная с третьего или четвертого слова. Все отобранные карточки откладывают в сторону. Спустя 40 минут или час, т. е. перед конном исследованием, после того как проделаны какие-либо совсем другие эксперименты, больному показывают по одной эти карточки в перемешанном порядке, просят припомнить, для какого слова эта карточка была отобрана, и обязательно спрашивают, как удалось припомнить или чем эта карточка напомнила заданное слово.

ФОРМА ПРОТОКОЛА ОПЫТА (см. также Приложение)

Слова	Выбираемая карточка	Объяснение связи для запоминания	Воспроизведете	Объяснение связи

Пояснение к протоколу. Слова можно было бы написать заблаговременно, до начала опыта, но это не очень удобно, так как объяснение больного, вопросы экспериментатора и иные описания хода эксперимента могут оказаться различными по объему. Иногда течение опыта прерывается какими-либо действиями и высказываниями больного, экспериментатор записывает их вдоль всех трех первых граф протокола, а затем продолжает опыт. Но разграфленный соответствующим образом лист протокола приготовить необходимо. При воспроизведении против соответствующих слов, если они воспроизведены правильно, можно ставить только крест и, если связь ясна (например, к слову «драка» взят перочинный нож, к слову «сосед» — забор) и объяснение уже давалось при выборе карточки, спрашивать повторно излишне. Но в большинстве случаев, особенно когда воспроизведение не вполне точно, повторный опрос дает ценный материал об особенностях ассоциаций.

4. Истолкование результатов опыта. Исследование А. Н. Леонтьева направлено на сопоставление непосредственного и опосредованного запоминания у детей разного возраста и взрослых. Индивидуальные особенности исследуемых с помощью этой методики им не изучались. В приведенных им отдельных протоколах

исследования видны варианты индивидуальных различий в способах выполнения заданий, однако конкретные признаки патологии памяти и мышления не были предметом исследования. Между тем методика очень продуктивна. Как правило, выполнение этого задания очень легко. Совершенно неважно, какую именно карточку выберет исследуемый; связь между словом и карточкой может носить и сугубо личный характер.

Так, например, для запоминания слова «молоко» исследуемый может выбрать рисунок коровы, так как корова дает молоко. Он может выбрать и хлеб, так как хлеб едят с молоком, и стакан, так как в него можно налить молоко. Наконец, больной может выбрать, быть может, и непонятный для экспериментатора образ дерева, но объяснить, что дерево напоминает ему о сельской жизни, а будучи в селе, он всегда пил молоко.

Здесь нет правильного или неправильного выбора, важно лишь то, что исследуемый установил содержательную смысловую связь между заданным для запоминания словом и изображенным на карточке.

Слабоумные больные, даже если они поняли инструкцию, испытывают затруднения в установлении более сложных, опосредованных связей. Так, например, сравнительно легко выбрав для запоминания слова «лес» ветку земляники, они никак не могут выбрать картинку для слова «ночь» или «игра». Кроме того, слабоумие (врожденное или приобретенное) проявляет себя также в том, что больному недоступен процесс опосредования; когда ему в конце опыта показывают карточку и спрашивают о том, что он должен был по ней запомнить, больной просто называет карточку. Припоминание по ассоциации оказывается для него процессом недоступным. Нередко те же больные, которые не запомнили ни одного заданного им слова и ограничились названием отобранных карточек, относительно лучше повторяют слова при заучивании их на слух (см. методику заучивания 10 слов). При корсаковском синдроме связи могут быть установлены адекватно, но полностью забыты к моменту воспроизведения.

В противоположность такому забыванию для некоторых больных характерна резко выраженная непродуктивность ассоциаций. Так, больная шизофренией в дефектном состоянии, бухгалтер по профессии, не могла ни к одному слову найти подходящей карточки. К слову «собрание» она с большим трудом выбирает собаку и объясняет это тем, что па букву «с» — оба слова. Чтобы запомнить слово «пожар», она ищет слово на букву «ж», а

затем мучительно колеблется — взять стул или карандаш. Для слова «драка» берет носки, оправдывая свой выбор перед экспериментатором тем, что можно ведь любую карточку взять, лишь бы она помогла запомнить. Для запоминания слова «день» выбирает детские штанишки. Несколько связей устанавливает относительно адекватно, но, чтобы запомнить слово «горе», после длительных сомнений, заявляя, что не знает, что бы ей выбрать, — берет тарелку. Такие «пустые», бессодержательные связи свидетельствуют о выхолощенности, непродуктивности мышления больной.

Наряду с выхолощенностью наблюдаются иногда ассоциации по случайным элементам формы рисунка. Так, например, для слова «дождь» больной выбирает расческу, так как у нее такие же ровные полоски, какие образуются при падении дождя. Для запоминания слова «ночь» он выбирает цветок, потому что он изображен художником на черном фоне.

ЛИТЕРАТУРА

- Леонтьев А. Н. Вопросы дефектологии. 1928, № 4.
Леонтьев А. Н. Развитие высших форм запоминания. — В кн.: Проблемы развития психики. М., 1965.

ПИКТОГРАММА

1. Этот метод, предложенный А. Р. Лурия, представляет собой вариант опосредованного запоминания, однако применяется он не столько для исследования памяти, сколько для анализа характера ассоциаций больных. Может быть использован для исследования больных с образованием не менее 7 классов.

2. Для проведения опыта достаточно иметь карандаш и бумагу. Нужно заранее подготовить 12—16 слов и выражений для запоминания. Примерный набор слов, которым можно пользоваться:

- | | |
|---------------------|----------------------|
| 1. Веселый праздник | 10. Дружба |
| 2. Тяжелая работа | 11. Темная ночь |
| 3. Развитие | 12. Печаль |
| 4. Вкусный ужин | 13. Справедливость |
| 5. Смелый поступок | 14. Сомнение |
| 6. Болезнь | 15. Теплый ветер |
| 7. Счастье | 16. Обман |
| 8. Разлука | 17. Богатство |
| 9. Ядовитый вопрос | 18. Голодный ребенок |

Однако стандартные наборы слогз применять необязательно, их необходимо немного варьировать, т. е., сохраняя основной состав слов, заменять два или три из них.

3. Больному говорят, что будет проверяться его зрительная память, спрашивают о том, замечал ли он, как ему легче запоминать — «на слух или с помощью зрения». Затем ему дают лист бумаги и карандаш и говорят: «На этой бумаге нельзя писать ни слов, ни букв. Я буду называть слова и целые выражения, которые вы должны будете запомнить. Для того чтобы легче было запомнить, вы должны к каждому слову нарисовать что-либо такое, что бы могло помочь вам вспомнить заданное слово. Качество рисунка роли не играет, можно нарисовать что угодно и как угодно, лишь бы вам это смогло напомнить заданное слово — как узелок на память завязывают. Вот, например, я вам задаю первое выражение «веселый праздник». Что можно нарисовать, чтобы потом вспомнить «веселый праздник»?» Желательно без крайней необходимости ничего больше больному не подсказывать. Если он упорно жалуется на неумение рисовать, можно посоветовать: «Рисуйте, что полегче». Если больной заявляет, что он не в силах нарисовать праздник, можно повторить ему, что он не должен рисовать «веселый праздник», а лишь то, что может ему напомнить про веселый праздник. Если больной легко подбирает рисунки и сам рассказывает вслух экспериментатору, что он выбирает и как он собирается припоминать, экспериментатор молча ведет протокол. Протокол ведется по следующей схеме (см. также Приложение):

Заданные выражения	Рисунок и объяснение больного	Воспроизведение спустя час

Если же больной сам не объясняет, следует у него каждый раз спрашивать: «А как вам это поможет припомнить заданное слово?»

Не следует возражать или высказывать неодобрение, какие бы необычные связи больной ни устанавливал, но если рисунки его слишком многопредметны, можно попросить его рисовать немного быстрее.

В процессе выполнения задания экспериментатор варьирует порядок задаваемых больному слон: смотря по тому, легко ли больной устанавливает связи, экспериментатор предлагает то более легкие, конкретные выражения («вкусный ужин», «тяжелая работа»), то более абстрактные, трудные («развитие», «сомнение», «справедливость»).

После выполнения задания (от 12 до 16 слов) листок с рисунками откладывают в сторону и лишь в конце исследования (спустя час) предлагают больному припомнить по рисункам заданные слова. Припоминание нужно предлагать не по порядку, лучше одно — с начала, другое — с конца. Можно предложить больному записывать под рисунком слово или выражение, которое было ему задано. Обязательно следует спросить, как удалось больному вспомнить слово, чем помог ему рисунок.

4. При истолковании результатов опыта прежде всего следует обратить внимание на то, доступна ли больному обобщенная символизация слова, т. е. может ли он самостоятельно найти обобщенный опосредованный образ. В норме даже школьник с образованием 5 классов может найти такой образ; так, например, для слов «тяжелая работа» он рисует лопату или молоток, человека с грузом, для слова «сомнение» — развилку дорог (куда пойти?), или вопросительный знак, или дверь (войти ли в нее?). Для интеллектуально неполноценного больного такая задача трудна. Для слов «тяжелая работа» он хотел бы нарисовать целую сценку работы в шахте, но боится, что не сумеет это выполнить. Для слова «сомнение» он вообще ничего придумать не может. При легкой умственной недостаточности больной оказывается в состоянии нарисовать что-либо для конкретных понятий: для слова «болезнь» — кровать; для слов «вкусный ужин» — стол, тарелки. Но такие слова, как «справедливость», «сомнение», «развитие», остаются недоступными для опосредования. Такого рода проявления конкретности мышления, трудности обобщения наблюдаются при олигофрении, эпилепсии. В иных случаях больной справляется с задачей обобщения, но никак не может ограничить себя выделением одного какого-либо образа и рисует их множество.

Так, например, решая нарисовать к слову «развитие» растущее растение, он рисует не один какой-либо росток, а целую серию постепенно увеличивающихся цветов в количестве 7, 8. К слову «болезнь» он рисует кровать и больного на подушке, п пузырек с лекарством, и еще термометр. Такие множественные ассоциации в

пиктограммах свидетельствуют об обстоятельности мышления, о склонности к детализации и наблюдаются обычно у эпилептиков, а также у некоторых больных, перенесших энцефалит. Попутно отмечается, что эти же категории больных рисуют излишне тщательно и медленно, возвращаясь к прежнему рисунку и подправляя его даже тогда, когда экспериментатор уже задал им следующее слово. Такие «возвращения» и стремление к ненужной тщательности рисунков также свидетельствуют об инертности психических процессов.

Вторым критерием, на котором основывается оценка выполнения данного задания, является критерий адекватности ассоциаций.

Психически здоровые люди устанавливают обычно разнообразные, но содержательные связи. Так, например, к выражению «веселый праздник» они могут нарисовать флаг или цветы, или даже бокал вина; к слову «разлука» — конверт, или паровоз, или руку, размахивающую платочком; к слову «развитие» — диаграмму роста, или растение, или младенца, или яйцо, или физкультурника. Все эти и многие другие связи одинаково хороши, так как они действительно могут служить средством припоминания заданного слова, они опосредуют его.

Но вот больной шизофренией для слова «сомнение» рисует речку и объясняет это так: «Есть романс Глинки «Сомнение», а Глинка — это есть Неглинка — речка». Такая связь носит громоздкий, заумный характер. В другом случае для запоминания слов «вкусный ужин» больной рисует туалетную комнату и в рассуждениях во время выполнения заданий приходит к этому так: «Вкусный ужин — это значит хорошо пахнет... запах... нарисую уборную». В этой ассоциации видна и парадоксальность. Другой пожилой больной для запоминания слов «теплый ветер» рисует губы и объясняет, что это «поцелуй матери». Несмотря на яркую эмоциональность, и эта ассоциация не адекватна заданию; ведь нарисованные губы не служат цели запоминания заданных слов.

В некоторых случаях выхолощенность, бессодержательность ассоциаций больных достигают такой степени, что к разным словам больные рисуют лишь черточки, галочки. Такая яркость образов наблюдается часто у лиц истерического склада, хотя не исключена и у психически полноценных людей. Некоторые больные каждое заданное им для пиктограммы слово воспринимают сквозь призму своих личных вкусов и стремлений. Так, например, больной гово-

рит: «Теплый ветер» я вообще запомнить не могу, так как у нас на севере теплого ветра не бывает; «вкусный ужин» — для меня на ужин годится только простокваша, «веселый праздник»* — у меня праздников не бывает, «справедливость» — со мной поступают несправедливо», и т. д. Такая эгоцентричность восприятия наблюдается у эпилептиков и некоторых психопатов. В то же время и нормальным людям свойственна небольшая доля личной реакции, особенно на эмоционально значимые слова.

Поэтому, если больные ко всем таким эмоционально значимым словам подбирают совершенно нейтральные отвлеченно-общечеловеческие образы (например, «счастье» — солнце, «печаль» — плохая погода и т. д.), это можно оценить как проявление некоторой эмоциональной отгороженности, интравертированности или даже холодности.

Последний критерий, по которому производится оценка результатов исследования методов пиктограммы, — это критерий запоминания. Сама методика была создана для исследования памяти. Особый интерес представляет сопоставление результатов исследования памяти методом заучивания 10 слов и методом пиктограммы. Если больной плохо заучивает 10 слов, но гораздо лучше вспоминает слова в пиктограмме, это свидетельствует об органической слабости памяти. Усвоение нового затруднено, но возможность содержательно опосредовать, логически связать материал помогает больному, поэтому с пиктограммой он справляется лучше.

Если же больной легко усваивает 10 слов, но не может припомнить слова в пиктограмме, это свидетельствует о том, что опосредованные связи только мешают ему припоминать. Такое соотношение наблюдается у больных шизофренией с расстройством мышления и сохранностью формальных способностей усвоения нового. Некоторые выводы о памяти больного можно делать и по тому, насколько точно он воспроизводит заданные слова — иногда больные воспроизводят лишь приблизительное содержание заданных слов.

Пиктограмму следует оценивать в целом, т. е. по общему характеру выбираемых больным образов, а не по отдельным ассоциациям. Так, например, абстрактные знаки и символы встречаются часто в пиктограммах совершенно здоровых людей. Приведем пример пиктограммы, составленной психически здоровой, очень способной студенткой (рис. 18), см. протокол на стр. 141.

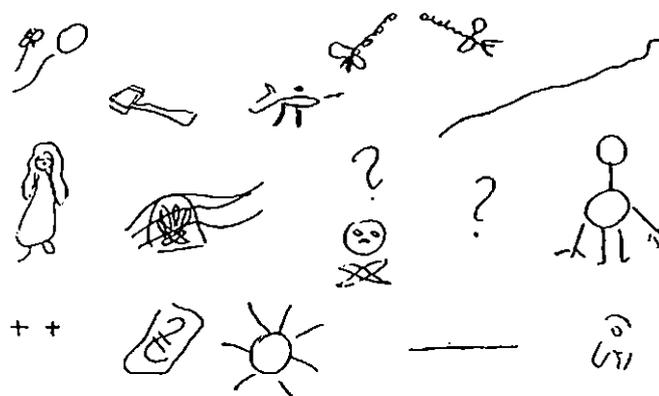


Рис. 18. Пиктограмма здоровой студентки

В этой пиктограмме абстрактные символы чередуются с эмоционально насыщенными, живыми, образными.

В этой пиктограмме могли бы насторожить очень абстрактные ассоциации к словам «разлука» и «справедливость». Однако общая ее живость и разнообразие, легкость и простота оформления, наконец, полное воспроизведение всех заданных слов убеждают в том, что и эти две ассоциации были не выхолащенными, а подлинно абстрактными символами.

Совершенно иначе выглядят пиктограммы, составленные больными шизофренией с выхолащенностью и бессодержательностью ассоциаций (рис. 19). Этой больной были предложены те же слова, но их нет надобности здесь расшифровывать.

Заданные слова	Рисунок	Объяснение	Воспроизведешь
Веселый праздник	Цветы		+
Тяжелая работа	Топор		+
Смелый поступок	Зверь	Не испугался его	+
Надежда	Девичьи косички	Вес в будущем	+
Развитие	Кривая с подъемом		+
Болезнь	Больная		+
Теплый ветер	Холм	Его обвевает ветер	
Ядовитый вопрос	Значок яда и вопрос	Яд и вопрос	+

Заданные слова	Рисунок	Объяснение	Воспроизведение
Сомнение	Вопросительный знак		+
Больной ребенок	Фигура ребенка		+
Разлука	Два крестика		+
Богатство	Доллар		+
Счастье	Солнце		+
Справедливость	Прямая линия	Справедливость — прямолинейность	+
Печаль	Опущенный книзу нос		+

Ни в момент составления пиктограммы, ни при воспроизведении (которое оказалось совершенно невозможным, несмотря на то что при заучивании 10 слов больная обнаружила хорошие возможности удержания) больная не могла объяснить, почему «веселый праздник» она сможет вспомнить по крестик, а «развитие» — по галочке, «болезнь» — по двум точкам, а «дружбу» — по одной. Некоторые больные (в большинстве случаев это свойственно больным шизофренией, но в нескольких случаях за десятки лет такие пиктограммы составляли и перенесшие энцефалит и страдавшие эпилептическими припадками) пытаются ассоциировать понятие с различными очертаниями линий. Так, например, больной (рис. 20) символизирует веселый праздник округлыми очертаниями извилистой линии (вверху) и разлуку — угловатой зигзагообразной линией (внизу). Он никак не объясняет, почему обозначает «счастье» прямой линией, упирающейся в бесформенный комок (над разлукой), а «сомнение» — прямой линией, упирающейся в зигзаг (рядом).

Геометрическая символизация понятий вообще очень часто встречается в пиктограммах больных шизофренией. Так, например, больной шизофренией, составивший пиктограмму из одних геометрических форм, символизирует «сомнение» как круг, по затем начинает сомневаться, правильно ли он из-

Рис. 19. Выхоленные, бссодержательные символы

орал диаметр круга. Он говорит, что «круг — это неуверенность», и совершенно серьезно спрашивает экспериментатора: «Как по-вашему, будет ли неуверенность уже или шире сомнения по площади?»

Приведем примеры еще двух выхолощенных пиктограмм, составленных больными шизофренией (рис. 21 и 22). Их нет смысла расшифровывать, так как нарисованы лишь отдельные штрихи-символы (на рис. 21 в центре спираль, поднимающаяся кверху, обозначает «счастье», а спускающаяся вниз рядом — «болезнь»).

В основном же стрелки, галочки, линии, крестики и кружочки лишены объективного содержания и даже для самих больных не служат средством связи и запоминания; попытки прочесть свою пиктограмму, т. е. припомнить заданные слова, оказываются безуспешными.



Рис. 20. Символические зигзаги больного шизофренией

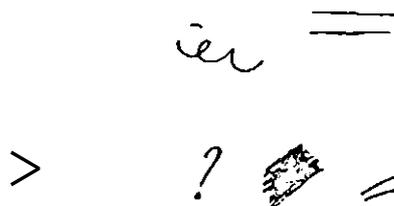


Рис. 21. Пиктограмма больного шизофренией

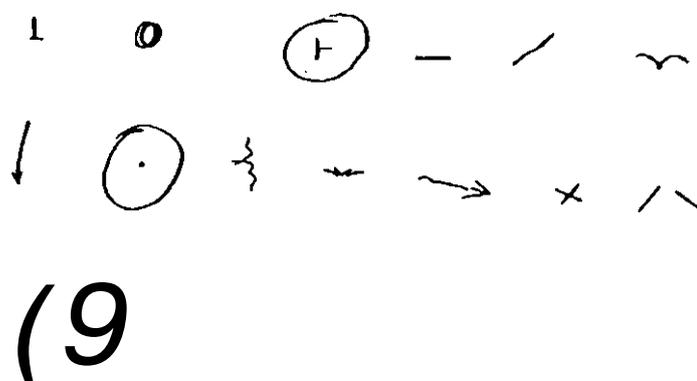


Рис. 22. Пиктограмма больной шизофренией

Следует также привести некоторые пиктограммы, которые по внешнему виду производят впечатление простых и конкретных, но при более тщательном психологическом анализе обнаруживают признаки глубокой патологии мышления. На рис. 23 изображена пиктограмма больной шизофренией с вербальным галлюцинозом. Ассоциации больной носят конкретный, содержательный характер, но они поражают своей стереотипностью как в содержании, так и в исполнении рисунков.

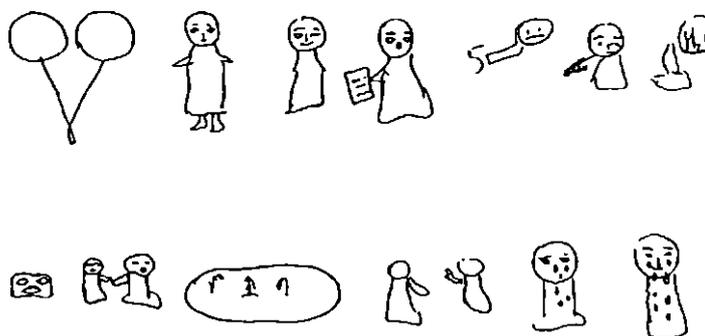


Рис. 23. Стереотипные рисунки

Последняя пиктограмма носит также конкретный характер. Расстройства мышления обнаруживаются здесь не в рисунках, а в объяснениях больной (шизофрения, дефектное состояние) (рис. 24). См. протокол на стр. 145.

Некоторые слова больная воспроизводит приблизительно, другие не может вспомнить. Объяснения ее свидетельствуют о причудливом расплывчатом характере ассоциаций и одновременно о значительной инертности их, так как на выбор некоторых новых образов влияют предшествующие образы и мысли больной (болезнь — труд, пьяница — забор).

В целом методика «пиктограммы» очень многогранна, она позволяет делать многие наблюдения относительно существенных особенностей психики больных.

Слова	Рисунки	Объяснения больного	Воспроизведение
Голодный мальчик	Миска	Кушает — если б он не ел, он не был бы голодным.	Голод
Теплый ветер	Платье	По одежде можно судить о том, какой ветер. В платье — так тепло.	+
Справедливость	Портфель	Это когда человек стремится к чему-нибудь, а когда он опущенный, как пьяница, — значит, какая это справедливость, а если стремится — ясные мысли, идет с портфелем, значит, справедливость.	—
Сомнение	Забор	Сомнение — это значит незнание...идешь к врачу, находишься в незнаниях. Человек валяется под забором, он без всяких знаний валяется... если бы не было забора, то он бы знал забор — препятствие, незнание, сомнение.	Незнание
Веселый праздник	Дом	Дом — разве это не весело?	Праздник
Тяжелая работа	Голова	Полы мыть. Крашенные подтер, и все, а такие надо песком мыть — нарисую человека.	Тяжелый труд
Болезнь	Кровать	Болезнь — это ничегонеделание. Когда человек трудится, у него энергия. Значит, он здоров.	+
Развитие		Это человек учится, работает, трудится... Раз находишься в учреждении, значит, развиваешься...	

Слова	Рисунки	Объяснения больного	Воспроизведение
Счастье	Рисует вишни Голова	Фрукты — смотришь, видишь фрукты, это уже развитие, чувствуешь вишенки. Скушаешь что-нибудь хорошенькое или конфетку — это уже счастье. Вот я к вам пришла — это уже счастье.	Одиночество
Ядовитый вопрос	Не рисует	Это когда человек злой? Когда у него нет ничего?	
Разлука	Стол	Стол — я сижу за столом одна, это разлука, сидишь одна со своими мыслями, со своими думами — значит, разлука.	

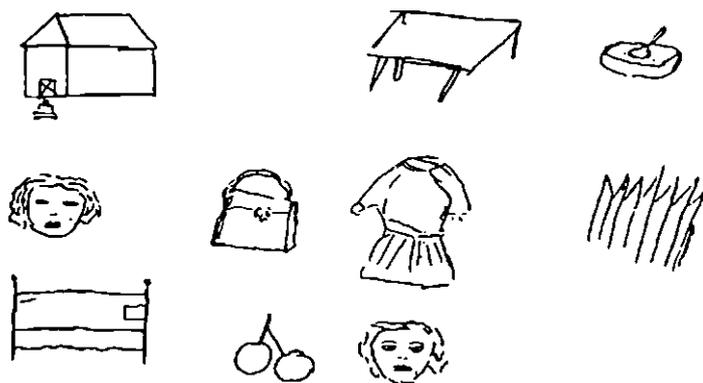


Рис. 24. Конкретные, но неадекватные по содержанию связи

ЛИТЕРАТУРА

- Биренбаум Г. В. К вопросу об образовании переносных и условных значений слова при патологических изменениях мышления. — В сб.: Новое в учении об агнозии, апраксии и афазии. М., 1934.
- Зейгарник Б. В. Нарушения мышления у психически больных. М., 1958.
- Зейгарник Б. В. Патология мышления. М., 1962.

ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ РАССКАЗОВ

1. Методика применяется для исследования понимания и запоминания текстов, особенностей устной и письменной речи испытуемых.

2. Для проведения опытов экспериментатор должен заготовить значительное количество (10—15) текстов, напечатанных на машинке и наклеенных на картонки, а также написанных очень крупным шрифтом на плакатиках. Должны быть подобраны тексты разной трудности. Больше всего подходят басни и рассказы, имеющие иносказательный смысл либо подтекст, представляющие возможность последующего обсуждения. Несколько примеров таких рассказов приведены в приложении в конце книги.

3. Порядок проведения пробы может быть различен. Текст может быть прочитан исследуемому экспериментатором, либо исследуемый сам может читать текст. Можно попросить исследуемого рассказать текст устно, а можно предложить ему записать свой пересказ. От способа предложения меняется психологическая трудность задачи; выразительное, правильное чтение экспериментатора облегчает исследуемому понимание смысла рассказа, но для восприятия «на слух» необходимо большее напряжение, большая устойчивость внимания. При самостоятельном же чтении текста больному легче компенсировать недостатки внимания; он может повторно перечитать несколько строк, вернуться к отрывку, прочитанному в первый раз недостаточно внимательно. И напротив, осмысление текста при самостоятельном чтении несколько труднее. Небезразличен для больного и способ воспроизведения; рассказать текст, конечно, гораздо легче, чем изложить его письменно. Устный рассказ экспериментатор записывает дословно с помощью магнитофона или рукописно. Возможно множество вариаций. Могут быть даны два рассказа подряд. Главное внимание может быть смещено с самостоятельного пересказа на обсуждение, т. е. на вопросы и ответы по поводу содержания рассказа. Наибольший интерес представляет методика обучающего эксперимента, применяемая в тех случаях, когда больной никак не может усвоить содержание короткого рассказа. Тогда экспериментатор начинает многократно повторять рассказ, стараясь всеми возможными способами довести его содержание до сознания больного. Анализ средств заучивания, необходимых для усвоения рассказа, позволяет судить о причинах и степени нарушения познавательных процессов.

4. Некоторые больные (чаще всего больные шизофренией) при воспроизведении рассказов вплетают свои бредовые идеи или истолковывают содержание рассказов как обидные намеки на события собственной жизни. В таких случаях судить о возможности понимания и запоминания текста трудно. Существует обширная литература (Л. В. Занков, Г. М. Дульнев, Б. П. Пинский) по вопросу о воспроизведении текстов умственно отсталыми детьми.

Грубые ошибки при воспроизведении, заключающиеся в замене одних действующих лиц рассказа другими, в слиянии и смешении событий двух разных рассказов, а также в искажении обстоятельств — при сравнительно метком понимании подтекста, — наблюдаются у больных, страдающих сосудистыми и иными органическими заболеваниями мозга. Таков, например, пересказ больной с опухолью головного мозга: «Галка решила познакомиться поближе с жизнью голубей: она выкрасилась в белый цвет и прилетела в голубятню. Ее встретил голубь и спросил, что она хочет. Она ответила, что она хочет кушать; голубь накормил ее, и она захотела улететь домой. В это время подполз муравей и укусил галку за ногу».

Некоторые больные заявляют, что забыли рассказ и ничего не могут воспроизвести, хотя при наводящих вопросах и небольшой помощи обнаруживается, что они поняли и запомнили все существенное. Большую помощь этим больным может оказать повторное чтение текста.

Иногда при воспроизведении текста больные допускают ошибки, подчеркнуто противоречащие заданному тексту, излагают обстоятельства, прямо противоположные действительным, совершенно невероятные, но близкие к тексту. Например, вместо «муравей укусил охотника» — «охотник укусил муравья». Такого рода ошибки допускают иногда больные, аггравирующие расстройства памяти, или исследуемые, симулирующие психическую болезнь во время судебно-психиатрической экспертизы.

Значительный интерес представляют выявляемые с помощью этой простой методики особенности устной и письменной речи больных. Иногда (даже у высококультурных, образованных людей) выявляется своеобразный аграмматизм — искаженные, неуместные сочетания слов, напоминающие разорванность речи шизофреников. Такие особенности речи при изучении их методом пересказов поддаются анализу; выявляется, что они обусловлены множеством парафазии, персевераций типа застреваний, повышенной потребностью в выражении мысли, при инертности нервных процессов,

препятствующей свободному подбору слов. Чаще всего такие особенности речи выявляются при сосудистых заболеваниях мозга. При письменном изложении у тех же сосудистых больных можно заметить персеверации, пропуски букв.

Больные шизофренией (которые в состоянии ремиссии не обнаруживают явных расстройств мышления в устной речи), начав письменный пересказ, иногда обнаруживают расстройства мышления.

Исследования особенностей речи больных с помощью магнитофонных записей пересказов проводили Ю. Ф. Поляков (Москва) и М. С. Болотовский (Казань).

ЛИТЕРАТУРА

Занков Л. В. Память. М., Учпедгиз, 1949.

Дульнев Г. М. О значении намерения для точности и полноты воспроизведения текста. — В сб.: Вопросы психологии глухонемых и умственно отсталых детей. М., Учпедгиз, 1940

9- ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ

ВАРИАНТ ТАТ

1. Тематический апперцепционный тест (ТАТ) описан Мэреем и Морганом, а также многими другими авторами. Используется во многих зарубежных странах для исследования личности, направленности ее переживаний и интересов. Вместо обычных сюжетных картин больным показывают серию картин с неопределенным, неясно выраженным сюжетом. По каждой из этих картин больному предлагают составить рассказ, т. е. рассказать, какова ситуация на данной картине, какие события привели к такому положению и каков будет исход, т. е. что из этого выйдет. Рассказ записывается дословно.

Авторы, предложившие методику, считали наиболее важным интерпретацию содержания составленных рассказов, считали, что данная методика может выявить скрытые комплексы личности больного, его неудовлетворенные желания, агрессивные тенденции, сексуальные, суицидальные мысли и т. д. Методика ТАТ относится ими к кругу прожективных методик, поскольку в истолковании неясных сюжетов отражается личность больного, ее установка и чувства.

В советской патопсихологии пока опубликованы лишь два исследования, посвященных методике ТЛТ, — И. Н. Гильяшсвой и Н. К. **КИЯЩСЦКО**. В последнем исследовании, выполненном под руководством Б. В. Зейгарник, анализу подвергалась главным образом формальная характеристика объяснений больных. Фиксировалось внимание на том, возникает ли вообще эмоциональная реакция больного на мимику изображенных на картине людей, на ситуацию в целом.

2. Для проведения эксперимента можно пользоваться серией из 8 картин (см. Приложение). Следует учитывать время, которое больной уделяет рассматриванию картинки, с помощью секундомера и записывать высказывания больных полностью.

3. Больному показывают картинку и спрашивают, что на ней изображено (вариант Кияшеико).

4. Результаты этого эксперимента могут быть, прежде всего, оценены так же, как и результаты обычного толкования картин, т. е. оценке может быть подвергнута сообразительность больного, его умение разобраться в сюжете по мимике и позам изображенных лиц.

Однако замысел данной методики состоит в ином. Главное внимание при оценке результатов опыта уделяется тому, вызывает ли данное изображение какой-либо эмоциональный отклик у больного и какой именно. Так, например, на одной из картин американской серии изображен сидящий, самодовольно улыбающийся и погруженный, видимо, в приятные воспоминания полный молодой мужчина. Такое толкование картинки вовсе не обязательно. Многие расценивают лицо этого человека иначе, считая, что он испытывает творческое вдохновение, что его лицо мечтательное, нежное. Однако здоровые люди так или иначе относятся к лицу данного человека и в зависимости от собственного опыта, настроения эмоционально на него реагируют. На другой картинке изображены сидящие за столом молодые люди. Некоторые здоровые исследуемые предполагают, что это группа молодых физиков обсуждает научную проблему, другие — что это бандитская шайка обсуждает предстоящий грабеж, третьи — что собравшиеся юноши скучают, не знают, как убить время. Так или иначе, толкование картины отражает личностные установки исследуемых.

Поданным исследования Н. К. Киящсико, у больных шизофренией с сохранной интеллектуальной сферой и притуплением эмоций отсутствовала направленность на содержание картины.

Описывая картину, больные ограничивались формальной интерпретацией отдельных элементов картины: «Люди сидят за столом, один из них встал». По поводу первой картины больные шизофренией говорят, что «человек сидит, рядом круглое окошко». Они описывают внешнюю, формальную, сторону изображений, не вникая и не проявляя интереса к сюжету, который может стать понятным лишь при направленности на мимику и позы изображенных людей. Поданным Н. К. Киящико, формальное описание изображений отнюдь не являлось следствием недомыслия, неумения помнить сюжет. Если менялась инструкция и тем же больным предлагали «обратить внимание на позу и мимику изображенных лиц», они тут же могли дать и правильное, т. е. более или менее адекватное, содержательное толкование показанного изображения.

Исследованные той же методикой больные эпилепсией, помимо общеизвестной склонности к обстоятельному детальному описанию, обнаружили также склонность к чрезмерному морализированию, к гротескному оценочному суждению относительно правильности или неправильности действий изображенных лиц.

Методика включается в настоящее время во все больший круг клинических и клинико-психологических исследований, так как имеет, видимо, хорошую теоретическую основу: в восприятии художественного произведения сказывается личность воспринимающего, степень зрелости и адекватности его эмоциональной сферы.

ЛИТЕРАТУРА

Зейгарник Б. В. Пути исследования эмоционально-волевой сферы психически больных. — В сб.: Вопросы экспериментальной патопсихологии. М., 1965.

К и я щ е н к о Н. К. Апробация варианта методики ТАТ. — В сб.: Вопросы экспериментальной патопсихологии. М., 1965.

R a p a o r t D. Diagnostic psychological testing. Chicago, 1945, v. II.

ВЫБОР ЦЕННОСТЕЙ

1. Методика предложена для выявления степени общительности, контактности больного, т. е. его готовности раскрыть сферу своих стремлений, интересов и вкусов или, напротив, отгороженности, замкнутости. Мало апробирована.

2. Для проведения опыта нужна планшетка, в которую по типу детской наборной кассы вставляются 25 картонок с написанными на них словами (см. цветное приложение).

5. Открыв перед больным планшет, экспериментатор говорит ему: «Просмотрите все эти слова. Видите, здесь собраны названия того, что может быть привлекательно для человека. Прочтите это*». Экспериментатор ждет минуту или две, пока больной просматривает все слова. В случае если больной спрашивает, нужно ли эти слова запомнить, экспериментатор отвечает, что нет. Затем, когда больной просмотрел слова, экспериментатор несколько небрежно говорит: «Дайте мне пять карточек» (если больной спрашивает «каких?» — экспериментатор отвечает «каких угодно» и ни в каком случае не даст никаких иных указаний или советов).

После того как больной подаст экспериментатору пять карточек, экспериментатор записывает их и просит дать ему еще пять карточек, а затем точно так же — третий раз. Каждый раз во время выбора карточек экспериментатор записывает все высказывания больного и то, как он действует: берет ли быстро, небрежно или обдумывает, сравнивает карточки, меняет свои намерения и т. д.

4. Психически здоровые люди при выполнении этого задания ведут себя различно, причем поведение их обнаруживает зависимость от отношения к личности экспериментатора. В большинстве случаев исследуемые охотно вступают в беседу, обсуждая с экспериментатором преимущества того или иного жизненного блага, обозначенного на карточке, высказывая соображения о том, что ему лично нужнее.

В некоторых случаях здоровые исследуемые выбирают карточки, на которых написаны названия ценностей, превышающих подлинные культурные запросы; так, например, известно, что в жизни данный человек не любит ни книг, ни музыки, предпочитает всему поесть, выпить, поиграть в карты, а в данном опыте он выбирает слова «музей», «музыка», «книги» и т. д. — человеку хочется произвести на экспериментатора хорошее впечатление.

Наконец, исследуемые третьей категории не хотят открывать перед данным экспериментатором свои желания, вкусы, интересы. Они хотят избегнуть такой ситуации, которая вынуждала бы их выбирать карточки и тем самым быть излишне откровенными. Переспросив у экспериментатора, какие карточки надо выбирать, и получив ответ «какие угодно», исследуемые с удовольствием избирают формальный способ выполнения задания — они берут пять карточек подряд, наобум, сверху вниз или слева направо и т. д. Эти люди обнаруживают известную замкнутость, недоступность.

По данным, полученным Е. А. Левада, чрезмерную эгоцентричность и экстравертированность при исследовании с помощью данной методики (стремление обстоятельно обсуждать относительную привлекательность каждой из обозначенных ценностей для них лично) обнаружили больные эпилепсией. По его же данным, процент интравертированных, формальных выполнений этого задания (выбор карточек по рядам, без учета того, что на них написано) был очень высоким среди дефектных шизофреников. Диагностического значения в строгом смысле этого слова данная методика не имеет, так как она недостаточно апробирована. Однако, приближаясь по своему типу к свободным проективным методам исследования личностной сферы, она может оказаться (в руках умелого экспериментатора) полезным подспорьем для выявления психического состояния и личностного склада больного.

ЛИТЕРАТУРА

Левада Е. А. Апробация методики «Выбор ценностей». Дипломная работа. МГУ, 1961.

УРОВЕНЬ ПРИТЯЗАНИЙ

1. Эта методика, направленная на исследование личностных реакций, была разработана немецким психологом Ф. Хоппе. Широко использовалась в советской психологии при исследовании школьников (М. С. Неймарк, Е. А. Серебрякова) и в патопсихологии для исследования личностной сферы больных (Б. В. Зейгарник, Р. И. Меерович, К. М. Кондаратская).

2. Для проведения эксперимента следует приготовить 16 карточек с написанными на них номерами от 1 до 16. Очень удобно сделать их из библиотечных карточек, наклеив на каждую числа из старого календаря. Кроме того, нужно приготовить секундомер или часы, лист бумаги и карандаш для больного. Перед экспериментатором должен лежать лист бумаги с наборами разных задач (рис. 25).

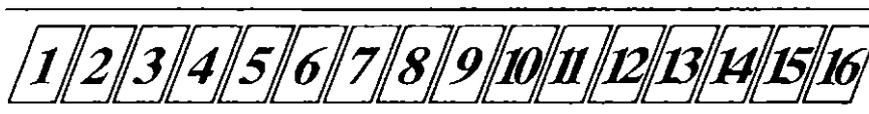


Рис. 25. Карточки с номерами задач

Несмотря на такую внешнюю простоту подготовки материалов для эксперимента, эта методика относится к числу наиболее трудных, она требует больше времени на подготовку, чем все остальные методики.

Суть эксперимента заключается в следующем. Больному предлагают ряд задач, пронумерованных по степени трудности от легких до самых трудных, и предоставляют возможность каждый раз самому выбирать задачу для решения. Экспериментатор должен иметь возможность по собственному усмотрению создавать ситуацию успеха (и вовсе не обязательно заслуженно!), т. е. хвалить больного, либо ситуацию неуспеха, т. е. подчеркнуто опорочивать результаты решения задачи, показывать, что исследуемый с ней не справился. Действительные достижения больного в данном опыте значения не имеют, но больному это неизвестно, напротив — он должен быть убежден в противном. Важно лишь то, как больной реагирует на свой успех или неудачи, какие по трудности задачи он выбирает после того, как пережил успех или неуспех.

Для того чтобы опыт был полноценным, необходимо сделать так, чтобы переживание успеха и неудачи было для больного как можно более глубоким, актуальным. Для этого нужно, чтобы содержание задач соответствовало кругу интересов, знаний больного и тем требованиям, которые он сам себе представляет. Так, например, если школьнику 10-го класса предлагается какая-либо математическая задача или вопрос из школьной программы, правильный ответ будет для него актуальным успехом, неудача обидным переживанием. Если же предложить математическую задачу пожилому больному с образованием 7 классов, неудача в ее решении может оставить его равнодушным не потому, что у больного притуплена сфера переживаний, нет адекватной личностной реакции на свои успехи и неудачи, а потому, что он внутренне, для себя самого, и не претендует на знание математики. Он не сумел решить задачу, но он и не считает для себя существенным умение решать такие задачи. В данном случае неудачный подбор задачи портит эксперимент, может вызвать ошибки в толковании его результатов. Для больного с высшим образованием, о котором заранее известно, что он знает литературу и искусство, в число средних и трудных задач могут быть включены вопросы о русских и иностранных писателях, композиторах, художниках, скульпторах; все эти задачи и вопросы будут «задевать самолюбие» больного, успехи и неудачи в ответах будут актуальны для него. Но если нужно исследовать личностные реакции мало-

образованного больного, набор таких задач не годится, он должен быть заменен другим; это могут быть и вопросы относительно общественных события (если больной читает газеты), и вопросы профессионального характера (если больная — медицинская сестра, бухгалтер или техник и т. д.).

Следует подчеркнуть, что задачи должны объективно для каждого больного различаться по степени трудности — от предельно легких до чрезвычайно трудных. Варьирование интервалов времени (т. е. возможность дать больному много времени на размышление и тем самым обеспечить успех либо возможность очень быстро демонстративно выключить секундомер, сказав, что время истекло, и тем самым искусственно создать неуспех) может использоваться лишь как вспомогательный прием. Это помогает экспериментатору маневрировать в процессе самого эксперимента, но не может быть единственным средством создавать успехи и неудачи. Следовательно, одна из трудностей проведения этого эксперимента в том, что он не может быть стандартным, а требует особой подготовки и индивидуального построения для каждого больного в отдельности.

3. Перед больным раскладывают в ряд 16 пронумерованных карточек таким образом, что слева оказываются № 1, № 2 и т. д., а справа — № 16. Затем дают следующую инструкцию: «Перед вами лежат номера задач разной трудности. Номера 1, 2, 3 (экспериментатор указывает их) — самые легкие, дальше следуют задачи немного труднее, затем еще труднее и, наконец, последние номера — 15, 16 — самые трудные. Здесь на карточках ничего не написано, это только номер (экспериментатор показывает обратную сторону карточки — она чистая). Задачу я вам скажу после того, как вы возьмете ее номер. Карточку нужно положить на старое место; под тем же номером у меня есть несколько других задач. Для решения каждой задачи дается определенное время, и, если вы не успеете написать за это время решение, задача будет считаться нерешенной. Выбирайте, пожалуйста, сами, какой номер задачи вы хотите решать — вы можете выбрать любую задачу».

Когда больной выбирает задачу, экспериментатор записывает в протокол, какой номер он выбрал, кладет карточку на место, затем из подготовленного списка задач прочитывает ему одну, дает бумагу и карандаш /шь записи ответа и включает секундомер. Тактика экспериментатора зависит от хода эксперимента. Так, например, если больной, робея, выбирает легкие или даже средние по трудности задачи, экспериментатор может па первых порах

обеспечить ему «успех». Если же больной сразу выбирает один из самых последних, т. е. трудных, номеров, то нужно обязательно создать ситуацию неуспеха. Если даже случайно оказывается так, что задача подобрана неудачно, без учета возможностей больного, и он успешно начинает решать трудную задачу, экспериментатор может создать «неуспех», сократив время.

Сообщение о том, что за данное решение больному ставят плюс или минус, дается обычно в подчеркнутой форме, экспериментатор в этом опыте немножко «играет». Сообщая больному о неудаче, минуса, он показывает при этом, что огорчается за больного, что он не ожидал того, что задача окажется в такой мере недоступной для него. Затем больному предлагают выбрать любой номер задачи для дальнейшего решения. Снова повторяется ситуация успеха или неуспеха и снова предлагают выбрать следующий номер. После того как в эксперименте отчетливо выявляется тенденция выбора задач, т. е. после выбора и решения 10—14 задач, больному говорят: теперь осталось выбрать одну, последнюю задачу. Для экспериментатора здесь важен только номер, который выбирает больной. Саму задачу уже можно было бы и не решать. Но для сохранения контакта с больным и для того чтобы отпустить его в хорошем, а не испорченном настроении, эту последнюю задачу нужно дать такую, чтобы обеспечить успех.

Следует еще остановиться на некоторых возникающих во время данного эксперимента обстоятельствах, заставляющих изменять тактику в процессе самого эксперимента.

ФОРМА ПРОТОКОЛА

Номер задачи, которую выбирает больной	Успех или неуспех	Краткое содержание задачи	Высказывания и поведение больного

Примечание. Содержание задачи, строго говоря, не имеет значения для истолкования экспериментальных данных. Однако, учитывая, что задачи могут быть очень индивидуальны и подобраны или данного больного с большей или меньшей степенью адекватности, лучше записывать в протокол их краткое содержание. При истолковании результатов это даст возможность проследить причины некоторых особенностей эксперимента, объяснить непонятные действия больных.

Случается так, что, несмотря на хорошо обдуманную и адекватную для большого набора задач, приходится импровизировать и менять задачи в момент самого эксперимента. Так, например, встречаются исследуемые, которые упорно выбирают только самые легкие задачи, не рискуя перейти к более трудным, несмотря на успех. В этих случаях приходится заменять задуманный набор и, импровизируя, предлагать такие задания, как «2+3» или «назвать город, в котором мы живем», т. е. давать предельно легкие задания, чтобы лишить выбор таких номеров всякого смысла. Или, напротив, больной все время выбирает трудные задачи и оказывается более образованным и быстрым, чем это предусмотрено экспериментатором; в таких случаях необходимо предложить несколько экспериментом придуманных особо трудных задач, чтобы создать ситуации обоснованного, серьезного неуспеха. [Часто, например, предложить назвать трех известных испанских скульпторов. Во все необязательно, чтобы сам экспериментатор сумел правильно ответить на эти трудные вопросы.

4. Истолкование экспериментальных данных, полученных с помощью этой методики, предъявляет столь же высокие требования к квалификации экспериментатора, как и техника эксперимента.

Помощь в истолковании экспериментальных данных могут некоторые твердо установленные самим Хоппс, а затем Б. В. Зейгарник и ее учениками закономерности. К их числу относится тот факт, что у психически полноценных, личностно адекватных людей выбор следующих номеров задач зависит от успехов или неудач в предыдущих решениях. Иными словами, достижения, успешные решения создают у людей некоторую уверенность в своих возможностях и приводят к постепенному повышению самооценки и уровня притязаний, т. е. к выбору более трудных задач, а неудачи, безуспешные попытки решить трудные задачи приводят к снижению уровня притязаний, т. е. к выбору более легких задач.

Колебания в выборе (переход к легким задачам после неудач и наоборот) у людей с устойчивым характером носят более или менее плавный, мягкий характер, а при эмоциональной неустойчивости психопатов эти колебания носят очень резкий характер, больные как бы шарахаются от одной крайности к другой. Небольшой успех толкает их на выбор самой трудной задачи, однократная неудача — на выбор самой легкой.

Все это — в пределах адекватных личностных реакций. При нарушении эмоционально-волевой сферы, дефект личности, обна-

руживасмый часто при шизофрении, проявляется в этом эксперименте и нарушении какой бы то ни было зависимости между успехом и неудачей, с одной стороны, и выбором задач по трудности — с другой (Б. И. Бежаншивпли, Б. В. Зсйгарпик). Не выявляется также какая-либо зависимость между оценкой выполнения заданий и выбором задач (т. е. не формируется в эксперименте уровень притязаний) у больных с иными заболеваниями, но с глубоким недоразвитием либо распадом личностной сферы.

Таковы самые основные схематичные закономерности, которые могут быть использованы при истолковании экспериментальных данных. В действительности, однако, каждый эксперимент не так просто расшифровывается, так как отражает множество сложных зависимостей. Выбор задач зависит иногда от отношения больного к экспериментатору. При очень почтительном отношении, при повышенной заинтересованности в оценке, как это иногда бывает, если больной проходит трудовую экспертизу и хочет быть признан здоровым, больной выбирает задачи значительно осторожней. Молодость экспериментатора, его робкий, неуверенный тон в момент проведения опыта позволяют легче выявиться повышенному уровню притязаний больного.

Кроме того, первоначальный выбор зависит иногда от требовательности исследуемого по отношению к самому себе или от его привычного способа реагирования на тревожные, волнующие обстоятельства. Так, психически здоровый, очень скромный, робкий по натуре человек вдруг «очертя голову» делает своим первым выбором самую трудную задачу; он решил не шадить себя, сразу показать свою несостоятельность. В другом случае здоровый, «знающий себе цену», достаточно самоуверенный человек осторожно начинает с легких задач и лишь постепенно, не торопясь, переходит к средним; он предпочитает выяснить, что от него хотят, не рискуя оказаться в неловком положении.

Инертный психопат с повышенным уровнем притязаний, испытав «осечку», неудачу при решении задачи № 15, берет после этого № 11 и, несмотря на успех, продолжает неуклонно идти в убывающем порядке, выбирая поочередно все более легкие номера. По протоколу создается картина полной независимости выбора от успеха. Однако на вопрос экспериментатора, почему он так выбирает, больной объясняет: «Боюсь опять напасть на испанских скульпторов — я от них подальше убегаю». И лишь в последнем выборе больной, покраснев, буквально хватается последнюю, наиболее трудную задачу.

Таким образом, толкование этого эксперимента не может производиться только по форме кривых или по вычислению зависимости. Каждый протокол требует конкретного анализа с учетом всех непосредственных высказываний и поведения больного.

Несмотря на трудность проведения и истолкования, методика эта очень часто применяется, так как дает ценный и убедительный материал для суждения о личности больного, о его самолюбии и самооценке, о живости или притуплении эмоциональных реакций.

ЛИТЕРАТУРА

- Зейгарник Б. В. Пути исследования эмоционально-волевой сферы психически больных. — В сб.: Вопросы экспериментальной патопсихологии. М., 1965.
- Виклова Л. В. Исследование уровня притязаний у детей-олигофренов. — Веб.: Вопросы экспериментальной патопсихологии. М., 1925.
- Меевич Р. И. и Кондратская К. М. Уровень притязаний у детей-истериков. — В сб.: Психические особенности трудновоспитуемых и умственно отсталых детей. Л., 1936.
- Норре F. Uber Erfolg und Misserfolg. Psychol. Forschung. Berlin, 1930, 14.

ИССЛЕДОВАНИЕ САМООЦЕНКИ

1. Замысел эксперимента заимствован у американского психолога Т. В. Дембо. Она применила простой, но остроумный прием для выявления представлений человека о своем счастье.

В настоящее время данный экспериментальный прием используется значительно шире — для выявления самооценки и сознания болезни у взрослых и детей.

2. Эксперимент проводится в виде свободной беседы. Экспериментатор проводит на чистом листе бумаги длинную вертикальную черту и говорит больному: «Допустим, на этой линии расположились все люди всего мира: вот здесь вверху (показ) самые здоровые, а здесь внизу (показ) самые больные. Как вы думаете, где ваше место среди всех этих людей по состоянию здоровья? Поставьте этим карандашом отметку — черту в том месте, где, как вам думается, вы находитесь». (Больному дают цветной карандаш для отметки.) Инструкцию можно разъяснять и повторять, но обсуждать решение больного пока не следует.

Затем рядом с первой линией проводят еще одну такую же вертикальную черту и предлагают аналогичную задачу: *Если па этой линии расположить всех людей по уму — вверху пусть будут самые умные (талантливые), внизу — самые глупые, а в середине — средние. Где бы вы определили свое место?» (Предлагают больному

цветным карандашом отметить свое место.) На третьей линии таким же образом располагают людей по характеру: "Наверху пусть будут самые хорошие, внизу — самые плохие по характеру люди". (Снова предлагают больному отметить свое место.) Последняя, четвертая, линия представляет собой распределение людей «по счастью» — вверху самые счастливые, внизу — несчастные. (Больному предлагают отметить цветным карандашом свое место на этой четвертой линии.)

3. После этого начинается наиболее интересный этап экспериментально спровоцированной беседы. В зависимости от того, где поставил черточку больной, его спрашивают, каких людей он считал бы несчастными (или счастливыми). Можно также поставить вопрос о том, чего не хватает больному для полноты счастья, что он понимает под счастьем, от чего оно зависит.

Затем экспериментатор таким же образом беседует с больным относительно трех первых показателей. Так, если больной отнес себя к наиболее здоровым людям, его спрашивают о том, каких людей он отнес бы к наиболее больным, а если он ставит свою отметку между здоровыми и средними — спрашивают о том, чего ему не хватает, чтобы признать себя вполне здоровым. Несколько осторожнее по форме ведется обсуждение самооценки больного по уму — спрашивают, какими качествами своего ума больной недоволен, каких людей считает самыми умными, каких — самыми глупыми. Опрос об отметке по характеру ведется так, чтобы выяснить, какие черты характера больной считает самыми плохими, а какие хорошими и в чем он видит недостатки собственного характера.

ФОРМА ПРОТОКОЛА

Здоровье	Ум	Характер	Счастье

Вопросы

Ответы

4. Анализ экспериментальных данных проводится не столько по расположению отметок на линии, сколько по обсуждению этих отметок. Выявилось, что у психически здоровых взрослых и подростков независимо от их самооценки и объективной жизненной ситуации обнаруживается чисто позиционная тенденция к точке

«чуть выше середины». Интересные, содержательные данные, характеризующие отношение здоровых к своим качествам и своей судьбе, выявлял лишь последующий опрос.

При различных психических заболеваниях «позиционное» отношение к жеперимсптатору исчезает и отметки самооценки обнаруживают тенденцию к крайним местам линии — «самый больной из всех» либо «самый здоровый, самый умный» из всех, но «самый несчастны!» из всех», в ином случае «самый счастливый» и т. д. Обнаруживается снижение критичности к своей болезни и к своим способностям, депрессия- млн эйфория. Так, например, больной шизофренией в состоянии дефекта по всем трем первым показателям отмечает свое место выше самой верхней точки линии и лишь по четвертой линии (счастье) ставит себе черточку в самом низу линии, объясняя, что «счастливые люди — творцы, создатели», а ему помешали врачи, он ничего не смог создать. Больная, страдающая нерезко выраженным ревматическим поражением центральной нервной системы с психопатизацией личности, выбирает четыре самые крайние оценки: она считает себя самой больной на свете, самой умной и самой хорошей по характеру и самой несчастной. «Счастливые люди, — объясняет она, — это те, кто умеет хорошо устраиваться в жизни, а мне даже при попытке купить что-либо — и то не везет».

Депрессивная больная шизофренией с идеями самообвинения оценивает себя как стоящую выше среднего уровня по здоровью, самой глупой п самой плохой по характеру, а также самой несчастной.

Разумеется, никакого абсолютного значения эти проявления самооценки не имеют: не установлены еще также и диагностически значимые типы самооценок. Однако в каждом отдельном случае этот краткий эксперимент с беседой способствует анализу личности больного. Наибольшей гпффереициации в процессе беседы требует оценка по счастью. Важно, к чему направлены притязания больного или просто исследуемого: считает ли он себя менее счастливым, чем хотел бы, из-за неудовлетворенности собственной личностью, несовершенства своих собственных качеств, либо склонен предъявлять претензии к обстоятельствам, которые недостаточно благоприятствуют ему, несмотря па то что он сам во всем хорош и полон достоинств.

Тот же эксперимент с детьми проводится несколько иначе.

Первая вертикальная линия представляет собой оценку по росту в соотношении с классом, и котором учится ребенок. Это

вводится для того, чтобы лучше разъяснить детям инструкцию, — никакого значения этот критерий самооценки не имеет.

Затем следуют липни оценки по здоровью и по уму (па линии расположено все человечество). При оценке по уму ребенку предлагают па той же линии обозначит!, черточкой место своею соседа по парте и место своего учителя (пли учительницы). Последние две отметки должны быть сделаны разными цветными карандашами, чтобы в дальнейшем нельзя было их спутать. Это дополнение является некоторой модификацией методики Дс-Грес-фс, предлагавшего приделать черточку к трем кружкам, обозначающим ребенка, его соседа п его учителя: самую длинную — самому умному.

Оценка по характеру и по счастью дастся лишь в сравнении с учениками своего класса. После того как проставлены все цветные черточки на всех линиях, начинается беседа с ребенком, цель которой выяснить соображения ребенка при той или иной оценке так же, как это описано в беседе со взрослыми. Этот простой экспериментальный прием дает возможность выявить самооценку детей, которую можно рассматривать как один из показателей зрелости их личности.

Исследование учащихся вспомогательных школ обнаружило большую степень непосредственности самооценки, отсутствие позиционного тяготения к середине. Никто из умственно отсталых детей не считал себя больным (отметка по здоровью отражала лишь соматические заболевания школьника). В самых младших и в выпускных классах школы (возможно, вследствие гиперкомпенсашш) обнаружилась чрезвычайно высокая самооценка по уму, а также по характеру и счастью (выше, чем у школьников соответственных классов массовых школ). Симптом Де-Греефе встречался лишь у учащихся 2-х классов вспомогательных школ. Опрос показал крайнюю поверхностность суждений этих детей об уме, характере, счастье.

ЛИТЕРАТУРА

- Дембо Т. В. Приспособление к увечью — проблема соцпалью-пепсихологической реабилитации. Рукопись. Пер. с англ. 1962 (хранится в МГУ).
- Курсовые работы студентов МГПИ им. В. И. Ленина Н. Алексеевой. Д. Аухадисией, С. Бапксиона н др. Сравнение самооценки укпцпхен разных классов вспомогательной и массовой школы. М., 1968.
- Руби п шт с иі и С. Я. Отношение психически больных к болезни. Материалы симпозиума: «Понятие, установка п отношение в медицинской психологии». Тбилиси, 1968.

ЧАСТЬ III

10. О ВЫБОРЕ МЕТОДИК ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Психологический эксперимент отличается трудоемкостью. Вовсе не каждого больного следует подвергать такому исследованию. Нужно выделить тех больных, с которыми целесообразно проводить такой эксперимент, и перед началом исследования сформулировать конкретные вопросы, возникающие у клинициста. К числу таких вопросов, как указывается в методическом письме Государственного института психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР «Об экспериментально-психологическом исследовании больных в психоневрологических учреждениях», относятся следующие: 1) получение дополнительных данных для дифференциального диагноза; 2) оценка эффективности терапии; 3) оценка степени интеллектуального снижения во время экспертизы (трудовой, военной, судебной); 4) анализ дефекта или нарушений интеллектуальной деятельности при изучении новых, малоизвестных заболеваний.

При использовании экспериментально-психологических методик для решения этих задач выбор методик должен быть различен. Так, например, в отделении больницы может проводиться лечение больных эпилепсией каким-либо новым препаратом, под влиянием которого сокращается количество припадков или они вовсе прекращаются. Психиатра может в этом случае интересоваться вопросом о том, как действует препарат на общее психическое состояние больных, на их психический темп, сообразительность, внимание. Для ответа на эти вопросы может быть предпринято экспериментально-психологическое исследование группы больных.

Но какие методики могут быть для этой цели избраны? Как рассуждать при выборе этих методик? В данном случае диагноз клинически ясен. Степень нарушения психики больных до лечения может быть разной. Задачей исследования является лишь выяснение динамики некоторых показателей до и вскоре после лечения, а

также катампестически — спустя несколько месяцев. В таком случае могут быть рекомендованы следующие методики: «Отыскивание чисел» (см. описание) для установления динамики темпа, «Заучивание десяти слов» для характеристики способности запоминания в динамике и еще одна методика — для сравнения темпа и качества мышления. Не обязательно, чтобы это была одна и та же методика для всех больных данной группы. Поскольку сравнению подлежат показатели до и после лечения, можно для больных, не имеющих образования, взять методику «Последовательность событий» (три разные серии), а для больных с образованием больше 7 классов взять равнотрудные наборы «Аналогии отношений» или «Существенные признаки».

В другом случае для учета эффективности терапии больных другим заболеванием могут быть избраны иные методики, позволяющие дать оценку изменению состояния больных по иным важным для того заболевания критериям (например, при склерозе — по состоянию моторики, утомляемости, легкости эффективности дезорганизации поведения).

Таким образом, при подборе методик, нужных для оценки эффективности терапии, следует избрать критерии, по которым можно будет судить о ее эффективности, и выбрать несколько наименее трудоемких методик, позволяющих повторное применение, адекватных избранным критериям. Малая трудоемкость здесь нужна для того, чтобы можно было охватить всех больных подвергающейся лечению группы, а также контрольной группы. Для повторного применения необходимо подготовить равнотрудные варианты заданий. Кроме того, в этом случае очень важно выбрать методики, имеющие количественные показатели.

Иным путем выбираются методики экспериментального исследования тогда, когда ставится задача получения дополнительных данных для дифференциального диагноза. Так, например, больной, направленный на военную или трудовую экспертизу, просит о снятии якобы необоснованно поставленного в прежние годы и в другом городе диагноза шизофрении. Окончательное заключение будет дано «по получении объективных данных», но задачей экспериментально-психологического исследования будет в таком случае выявление характерных для шизофрении расстройств психики: причудливости ассоциаций, разноплановости мышления, эмоциональной отгороженности. В таком случае могли бы быть использованы следующие методики: «Пиктограмма», «Придумывание 60 слов», «Классификация», «Выбор ценностей».

В другом случае, например при отграничении шизофрении от сифилиса нервной системы, важно выявить наличие или отсутствие органической слабости, нарушений памяти, моторики, повышенной утомляемости.

Следовательно, для получения дополнительных диагностических данных следует пользоваться наиболее апробированными методиками, позволяющими обнаружить ошибки, типы решений, кривые работоспособности и т. д., многократно наблюдавшиеся в экспериментально-психологических лабораториях при одном из дифференцируемых заболеваний. Это означает, что перед началом исследования экспериментатор должен знать, между какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика и каковы признаки нарушений познавательной деятельности при каждом из этих заболеваний. Количественные показатели, трудоемкость экспериментальных методик играют в этих случаях гораздо меньшую роль.

Помимо клинических задач и образовательного уровня больных при выборе экспериментальных методик приходится еще руководствоваться соображениями о том, как больной понимает цель исследования и как к нему относится. Так, например, если больной сознателен и проявляет депрессивную реакцию на собственную несостоятельность, то беседа и исследование проводятся под углом зрения проверки памяти. Начинать исследование лучше всего с методики заучивания 10 слов (эта методика вообще очень удобна для начала исследования). Если же можно заподозрить тенденцию больного к аггравации, обязательно начинать исследование с трудных для больного заданий — удобнее всего с пересказов и классификации.

Нередко в зависимости от состояния и устремленности больного приходится менять подбор методик и мотивировку исследования. Например, интеллектуально сниженный, возбужденный больной не желает подвергаться исследованию и вообще ни о чем ином, кроме выписки из больницы, не желает разговаривать; в таком случае отдельные исследования мотивируются как проверка показателей выздоровления («осмысление сюжетных картин» — как проверка зрения, «пересказы» — как проверка умения читать и писать и т. д.). Если по своей направленности методика «Куб Линка» полезна при исследовании какой-либо больной — пожилой, интеллектуально сниженной женщины, едва ли уместно предложить ей эту методику, так как она может воспринять ее как «детскую игрушку». Мужчи́нами же такая «строительная задача» принимается как более адекватная.

В некоторых случаях приходится в процессе самого исследования менять предварительно задуманный план его. Так, например, больному шизофренией предложено выполнить классификацию, но он не хочет действовать в соответствии с инструкцией или действует совершенно не так, как нужно. Значит ли это, что опыт должен быть прерван и исследование отменено? Нет. В таком случае эксперимент «на ходу» трансформируется в своеобразный ассоциативный эксперимент; экспериментатор записывает все высказывания больного по поводу каждой картинки, и эти ассоциации также дают материал для суждений об особенностях мышления больного.

Очень часто приходится видоизменять не только состав методик для исследования каждого больного, но и порядок проведения каждого опыта.

В этой большой изменчивости и гибкости экспериментально-психологических методик заключена большая трудность для тех, кто должен ими овладеть; в то же время в этом их большое достоинство, так как возникает возможность исследовать возбужденных, параноидных, депрессивных, мутичных, аггравирующих или находящихся в состоянии расстроенного сознания больных.

Следует отметить, что не может быть подбора методик для исследования больных определенным заболеванием хотя бы потому, что эксперименты с больным производятся чаще всего тогда, когда диагноз его еще представляется сомнительным. Неправильным является высказываемое некоторыми психиатрами пожелание, чтобы каждый больной был обследован одинаковыми двумя или тремя методиками и на каждого был написан как бы «статус» по аналогии с неврологическим статусом. Данные экспериментально-психологического исследования не дают основания для какого-то самостоятельного статуса; они могут быть использованы лишь как элементы общего психического статуса, как его дополнение. Поэтому, прежде чем выбрать для исследования очередного больного те четыре или пять методик, с помощью которых его нужно исследовать, необходимо вместе с лечащим врачом выяснить основную задачу исследования.

Таким образом, выбор методик для исследования определяется прежде всего клинической задачей, по также и образовательным уровнем больного, его психическим состоянием и отношением к исследованию.

11. СОСТАВЛЕНИЕ ЗАКЛЮЧЕНИЙ ПО ДАННЫМ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

В разделе о выборе экспериментальных методик для исследования было уже сказано, что подбор методик и вся программа исследования зависят от клинической задачи. Это означает, что, в зависимости от того, нужно ли установить эффективность терапии при исследовании больных с заведомо ясной этиологией либо получить дополнительные данные при разграничении разных заболеваний (например, шизофрении от последствий энцефалита, болезни Альцгеймера от атросклеротического слабоумия, реактивного состояния от шизофрении и т. д.), экспериментальное исследование строится по-разному.

Подобно тому, как нет и не может быть стереотипного построения исследования, стереотипного подбора методик, не может быть и стандарта в составлении заключения. Каждое заключение составляется обычно как ответ на поставленный клиникой вопрос. Оно не может быть понято и не должно рассматриваться вне этого клинического вопроса, вне истории болезни и задачи исследования.

После того как применение нескольких экспериментальных приемов позволяет (с большей или меньшей степенью убедительности) ответить на поставленный вопрос, т. е. после анализа полученных экспериментальных данных, составляется заключение. Может быть дана некоторая внешняя форма или схема таких заключений, но основная часть содержания заключений не поддается никакой унификации, она всегда пишется как ответ на конкретный вопрос.

Схема заключений такова.

Вначале в одной или двух фразах описываются жалобы больного на состояние умственной работоспособности, памяти, внимания, утомляемости, по отнюдь не жалобы на состояние здоровья в ислом. Такое ограничение возникает по следующим причинам.

Поскольку экспериментальное исследование проводится не лечащим врачом, а сотрудником психологической лаборатории или кабинета, он (даже если он и является сам тоже врачом-психпатром) не должен вмешиваться в тактику лечащего врача, не должен подменять его в беседе.

Поэтому исследование в целом мотивируется для относительно сознательных больных как исследование их памяти, внимания, умственной работоспособности. Из этого не следует, конечно, что психолог этим ограничивается; он исследует, разумеется, и мышление, и личностную сферу, т. е. критичность больного и внутреннюю картину болезни в целом. Но поскольку с самого начала больному объявляют, что цель исследования — проверка памяти и внимания, то и расспрос ведется главным образом в отношении памяти, внимания, работоспособности. Однако даже эти жалобы в сопоставлении с последующим фактическим исследованием интеллектуальной деятельности больного дают очень ценный материал для представления о критичности больного, его самооценке и сознании болезни.

Если же больной, не обращая внимания на вопросы экспериментатора, начинает жаловаться ему на боли в ногах, в сердце или излагать какие-либо бредовые идеи, в заключении эти жалобы опускаются. Нередко бывает, что больной сообщает психологу какие-либо заслуживающие внимания, но не отраженные в истории болезни, т. е. неизвестные лечащему врачу, данные. Эти факты необходимо, конечно, сообщить врачу, но не следует вносить их в заключение. Последнее замечание адресовано не психиатрам, а сотрудникам лаборатории, имеющим психологическое, дефектологическое или педагогическое образование. Их иногда соблазняет возможность дополнить, расширить клинические данные лечащего врача. Такие дополнения могут быть цепными, но вносить их в заключение по экспериментальному исследованию не следует.

Следующая часть заключения (также очень краткая) представляет собой описательную характеристику того, как больной работал, т. е. как он выполнял задания — старательно или неохотно, проявлял ли заинтересованность в достижении правильных решений, мог ли критически оценить свои успехи. Об этом психолог судит по тому, старался ли больной исправлять свои ошибки, если замечал их, огорчался ли, замечая свои неудачи, выражал ли желание довести начатую работу до конца или предпочитал от нее отказаться, принимал ли незаслуженную похвалу. У больных-учащихся можно иногда даже спросить о том, какую оценку они бы считали справедливым получить за тот или иной вид работы. Все эти данные, характеризующие отношение больного к факту обследования его умственных способностей и к качеству своих действий, могут быть выражены в одной-двух фразах, но они составляют важную часть заключения, так как дают материал для

суждения о личности больного. Эту часть заключения, хотя она и имеет форму описания и обозначается в устной речи как микро-статус, как статус за столом экспериментатора, не следует рассматривать как внеэкспериментальную. Она является материалом естественного эксперимента, каким в целом представляется ситуация проверки умственных способностей человека. Чем сохраннее личность, тем обычно глубже выражена эмоциональная реакция на исследование в целом. У психопатов она принимает иногда утрированный характер. Безучастное отношение к факту исследования наблюдается при глубоком распаде личности либо при очень глубокой депрессии.

Третья, наиболее содержательная часть заключения должна ответить на конкретный вопрос клиники. Она пишется в виде отдельных положений, доказываемых или хотя бы иллюстрируемых экспериментальными данными, полученными с помощью разных методик. Таким образом, эту часть заключения нецелесообразно писать ни по отдельным методикам, ни по психическим процессам (мышление, память и т. д.).

Иногда возникает сомнение в необходимости конкретных иллюстраций, примеров или фактических экспериментальных данных и заключений. Необходимо, конечно, очень скупно подбирать всякие доказательства из большого количества экспериментальных данных, нужно научиться кратко их формулировать, но приводить их в заключении на данном этапе необходимо.

В конце заключения резюмируются наиболее важные данные[^] полученные при исследовании. Эта концовка ни в коем случае не должна содержать суждения о диагнозе, так как диагноз может быть лишь итогом общего клинического изучения больного. Но в то же время концовка, несомненно, содержит данные, имеющие диагностическое значение. Так, например, если на первый план в этом итоге заключения выступает разноплановость мышления и неадекватная эмоциональная реакция на исследование, такой итог более типичен для шизофрении. Если же на первый план в резюме выносятся ослабление памяти и внимания, утомляемость при правильности суждений и содержательности ассоциаций, то такой итог более типичен для органического заболевания, чем для шизофрении.

Приведем несколько примеров заключений. Эти заключения вовсе не *должны* рассматриваться как некоторые идеальные образцы; они приведены лишь затем, чтобы проиллюстрировать зависимость заключения от клинической задачи.

1. Больная Н. несколько раз стационарировалась и психиатрические больницы разных городов, с разными диагнозами: шизофрения, психопатии, эпилепсия. Во время предыдущего стационарирования после консультации очень авторитетного психиатра ей поставили диагноз «эпилепсия», хотя припадков в стационаре никто не наблюдал. Поведение психопатоподобное, с признаками выраженной деградации (в прошлом педагог, в последние годы не работает, ведет легкомысленный образ жизни).

Была направлена на исследование с целью разграничения эпилептической деградации от шизофрении.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования.

Считает себя совершенно здоровой, работоспособной, охотно, даже азартно выполняет экспериментальные задания, потому что ей кажутся занятными подобные «задачи», но настоящего личностного отношения к факту проверки ее умственных способностей у больной не выявляется. Некритично, с удовольствием принимает похвалу экспериментатора, не замечая, что похвала не заслужена, так как в большинстве заданий больная обнаруживает несостоятельность. Не устанавливает зависимости между данным исследованием и оценкой ее здоровья в целом.

Инструкции к новым видам деятельности улавливает легко, работает довольно быстро. Может понять довольно сложные абстрактные логические связи, а иногда устанавливает их самостоятельно. Легко переключается, подхватывает помощь, подсказ, может исправить допущенную ошибку. Однако самостоятельные рассуждения больной отличаются непоследовательностью, обилием пропущенных звеньев, соскальзываниями, приводящими к разноплановости, растекаемости и нелепости суждений. Так, например, она не может выделить существенные признаки чтения и рассуждает при этом так: «Читать можно и по картинкам... печатными бывают картинки по книге... напечатанного без глаз не прочтешь... слово мы не читаем, а слышим...» В конце концов, выделила слова «печать» и «картинка», объяснив это тем, что «слова не только читают, но и слышат, а к печати картинка ближе...». Такого рода «кривая логика» встречалась в рассуждениях больной очень часто. Она отказалась признать делимое по делителю существенными признаками деления на том основании, что у этих слов общий корень, а так это может быть.

Множество побочных, идущих в разных направлениях ассоциаций не только усложняют по загромождают ход рассуждений больной, но по вовсе отвлекают ее от заданной темы. Понимает переносный смысл пословицы, но, пытаясь записать объяснение пословицы, совершенно отходит от ее логического смысла. Не может даже запомнить конкретный рассказ: начинает писать его изложение

п отходит от заданного содержания. Лучше запоминает отдельные слова (5, 7, 7, 7, 9. спустя час — 8), но хуже воспроизводит пиктограмму. Таким образом, на первый план при исследовании выступили эмоциональная неадекватность (эмоции живые, но хаотичные) и растерянность, беспорядочность мышления (при живой сообразности).

По совокупности клинических данных, но с учетом данных патопсихологического исследования этой больной был поставлен диагноз шизофрении.

2. Больной Е. учился, но не закончил вспомогательную школу. Во время стационарной психиатрической военной экспертизы была диагностирована олигофрения в степени дебильности. Во время настоящего поступления поведение больного показалось врачу странным. Был направлен на исследование для разграничения олигофрении и шизофрении.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования.

В начале исследования больной сидит отвернувшись; односложно, неохотно отвечает на вопросы. Говорит, что «память пропала, а старое вспомнить неохота». Постепенно втянулся в экспериментальную работу, стал более разговорчив, выполнил много заданий.

Ж предлагавшиеся больному тексты, картинки, слова он часто сам связывал с вопросами своей жизни и с пережитыми невзгодами.

При выполнении экспериментальных заданий выяснилось, что больному доступно понимание довольно сложных для его образовательного уровня обобщений, он легко, без помощи выполняет классификацию, самостоятельно устанавливает группу измерительных приборов, одушевленных, неодушевленных предметов и т. д. Речь больного отличается богатым словарным запасом, выявляется также неожиданно большой запас представлений. Больной сообразителен (иногда это и не выявляется из-за медлительности, инертности и отсутствия направленности на задание).

В ряде экспериментальных заданий выявилась большая причудливость суждений и ассоциаций больного. Так, в опыте опосредованное запоминание (по Леонтьеву) больной для запоминания слова «собор» выбрал рисунок кровати, отвергнув лежащие рядом рисунки стола и стула, «так как кровать большей вместительности». К слову «сосиски» он выбрал рисунок с двумя ученическими перьями, объясняя это тем, что «хотя это неодушевленные, по их два рядышком». Для запоминания слова «праздник» больной выбрал кошку, для слова «пожар» — соли не.

Классифицируя предметы, больной наряду с правильно обобщенными предметами пытался объединить карточки по признаку

элементов движения, изображенных на рисунке. «Кузнец двигает молотком, а ребенок двигает зубами». Лисицу больной также отнес к этой группе, отделив от остальных животных, так как "» ее изображении также есть элемент движения». Исключая предметы, выделяет в одной из задач «барабан», так как «зонт, наган и фуражка являются средством защиты». Относительно рисунка лыжника сказал, что это «видимость движущегося одушевленного предмета в виде человека». Сравнивая понятия, больной говорит, что «дождь — это капля, снег — пушинка, если погреть, то, когда масса сгущается, получается влага*».

Объединяя в классификации посуду, называл ее «вместимости*». Подобного рода причудливых выражений и своеобразных изменений слов у больного было много. Так, например, исключая предметы, больной говорит: «Конверт — это "письменное", а остальное — все "слуховое"¹». И далее: «Барабан осуществляет мелодию своим стуком». Правильно исключая солнце, больной говорит: «Солнышко всходит ежедневно и находится на просторах независимо от масштабов его окружения, а остальное в помещении».

Таким образом, на первый план при исследовании больного выступили явления разноплановости, инертности мышления, причудливость ассоциаций при хорошем уровне обобщений.

В данном случае доступность обобщений, сообразительность, богатый запас представлений — все это говорило против олигофрении, а наличие разноплановости и причудливости ассоциаций свидетельствовали в пользу диагноза шизофрении.

Клинический диагноз больного по получении дополнительных объективных данных и после длительного наблюдения: шизофрения.

3. Следующий больной — студент. Не стационарировался, был направлен на амбулаторное исследование с целью разграничения шизофрении (простой формы), психопатии и неясного органического заболевания.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования.

Больной жалуется на апатию, трудность сосредоточить мысли, невозможность заниматься какой бы то ни было работой.

Задания выполняет послушно, подчеркнуто дисциплинирован, по к факту исследования его умственной работоспособности остается совершенно безучастным, им о чем не спрашивает, неудачами не огорчается, похвале не рад.

Новый материал понимает и запоминает хорошо. Обращает на себя внимание несоответствие выхожденных, идеоабстрактных связей, устанавливаемых больным в пиктограмме, непоследовательности конкретности суждений, выступающих в классификации.

Так, например, пиктограмма больного состоит главным образом из штрихов и черточек (развитие — извилистые линии, справедливость — параллельные, счастье — завитушка вверх, болезнь — такая же завитушка вниз и т. д.). В классификации больной наряду с обобщенными группами объединяет доктора и термометр, кузнеца и лопату, считает, что ботинки могли бы быть отнесены к средствам передвижения, как как в них ходят.

Больной работает вообще внимательно, но, допуская в процессе такой внимательной работы ошибки, не спешит их исправить, иногда даже оспаривает, не замечая их нелепости.

Таким образом, на первый план при исследовании выступили нарушения мышления больного (выхолащенность, непоследовательность) и эмоциональная безучастность.

Клинический диагноз после стационарирования: шизофрения.

Еще два примера заключений, направленных на разграничение сосудистой патологии и шизофрении.

4. Заключение поданным экспериментально-психологического исследования.

Больная говорит, что еще в детстве «стала тупицей и плаксой». Задания выполняет старательно, спокойно, во все время исследования остается однообразной, вежливой, но безучастной.

Обнаруживает хороший уровень умственного развития; больной доступно понимание абстракций и установление логических связей. Решила сложные аналогии, методику Сахарова — Выготского. Неплохо запоминала новый материал, читала, усваивала сложные инструкции. В то же время в работе, требовавшей самостоятельных рассуждений и обобщений, выявились элементы разноплановости мышления, соскальзывания, синкретические связи. Так, например, правильно в основном классифицируя предметы, установила также группу «красоты», сложив в нее бабочку, золотую рыбку и двух птиц. Сама предположила, что бабочка должна быть объединена с жуком «как насекомое», но передумала, так как жук может быть противный, вредный, и предпочла объединить его с грибом-мухомором, а бабочку — с «красотой».

В конце (при легкости абстрагирования) у больной группы назывались так: «жизнь, природа и труд».

Таким образом, у больной выявились элементы разноплановости и причудливости суждений при достаточной сообразительности и хорошей памяти.

Клинический диагноз при выписке: шизофрении.

5. При аналогичной клинической задаче (разграничение сосудистой патологии на почве ревматизма от шизофрении у больного с депрессией, идеями отношения и падением трудоспособности) экспериментальные *данные* оказались иными.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДИКИ ПАТОПСИХОЛОГИИ И

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования.

Больной жалуется на забывчивость, утомляемость. Просит выяснить и устранить причину снижения работоспособности.

Задания выполняет старательно, непрерывно проверяет свои действия и, если замечает ошибку, огорчается и тотчас исправляет ее. Следит за выражением лица экспериментатора, пытаясь ориентироваться в том, правильно или ошибочно выполняет задания. Новый материал понимает быстро, правильно, но запоминает хуже, из 10 слов воспроизвел 5, 7, 9, 8, 7, спустя час — 4 слова. Ассоциации больного (при составлении пиктограммы) в меру конкретны, содержательны, воспроизвел 11 из 15, остальные 4 приблизительно верны по содержанию, но неточны.

Суждения больного также просты, адекватны; при небольшой организующей помощи приходит к правильным обобщениям. Внимание неустойчивое; как в счетных заданиях, так и во многих мыслительных — много случайных, легко исправляемых ошибок. К концу исследования число таких ошибок нарастало.

При исследовании зрительно-моторной координации — толчкообразность движений.

Таким образом, на первый план при исследовании выступило ослабление внимания, памяти, утомляемость.

Клинический диагноз при выписке: ревматическое поражение центральной нервной системы.

6. Приводим пример заключения, составленного с целью разграничения сосудистого слабоумия с последствиями локального кровоизлияния, опухоли и атрофического заболевания мозга.

Больная жила одиноко, объективные сведения крайне скудны, в больницу поступает впервые. Образование 7 классов, работала счетоводом, давно на пенсии.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования.

Беседовать с больной чрезвычайно трудно. Она плохо понимает обращенную к ней речь, отвечает бессвязно. В то же время старательно выполняет предлагаемые ей задания в меру своего разумения. Работает довольно долго, не утомляясь и мало отвлекаясь. При явной несостоятельности (не может читать и писать) удивляется этому и пытается объяснить, что раньше она это хорошо делала.

На первый план выступили явления выраженной сенсорной афазии и апраксии и грубые расстройства памяти. Больная узнает предметы и пытается объяснить их назначение, но часто не может их назвать. Подсказ части слова или даже всего слова полностью не помогает больной. Так, например, показаны ботинки. Больная указывает на ноги, говорит: «Их две». Экспериментатор подсказывает:

«Ботн...» Больная говорит: «Бойцы?» Показывают вишни. Больная говорит: «Из нес делают... там разные, похожие на лу, забыла все, пошла бы, купила ее н узнала бы...» Экспериментатор подсказывает: «Вишня». Больная говорит: «Впщс?»

Больной		Больная	
подсказывают:	«Лошадь»	повторяет:	«Локоть»
— « —	«Ландыши»	— « —	«Ламбыши»
— « —	«Слон»	— « —	«Клон»
— « —	«Дом»	— « —	«Гомка»

Больную спрашивают: «Какой цвет?» Больная переспрашивает: «Кепка?» Больную спрашивают про внучку, она повторяет: «Внутри». Ее утешают: «Пройдет это». Больная переспрашивает: «Праздник?» Просят написать ее фамилию: «Жукова». Больная повторяет: «Укола?» Читая слово «погреб», больная каждый раз прочитывает его по-разному: «в погрене, в пограду, поргабе, порбебе».

Не может зашнуровать ботинок.

Больная совершенно не может писать не только под диктовку, но даже не может написать собственную фамилию. Не может списать слово, пишет лишь отдельные буквы. Беспомощна в повторении движений и поз рук. Больная ничего не помнит, не только прошлого, но даже того, что с ней только что произошло (заново поздоровалась с экспериментатором после эксперимента). Не усваивает самый короткий рассказ, фразу.

Таким образом, на первый план выступают явления амнезии, сенсорной афазии и апраксии.

Диагностического вывода в конце заключения нет, но сочетание грубых расстройств памяти, сенсорной афазии и апраксии без утомляемости может рассматриваться клиницистами как дополнительный довод в пользу диагноза болезни Альцгеймера.

Приведем примеры заключений, составленных при исследовании больных с заведомо ясным и бесспорным диагнозом. Задача в этих случаях заключалась в том, чтобы выявить, какие интеллектуальные возможности еще сохранились у этих больных и в чем сущность их дефекта.

7. Так, например, на исследование была направлена больная в исходном состоянии шизофрении, т. е. в состоянии глубокого дефекта, оставшегося неизменным на протяжении последних 10 лет. Больной 42 года, больна 25 лет.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования.

Больная по-лстеки радуется исследованию, как какому-то

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДИКИ ПАТОПСИХОЛОГИИ

развлечению; рала тому, что прошлась по явору, что с ней разговаривают, занимаются и т. л. Эмоциональные реакции па смысл исследования и па своп достижения и неудачи чрезвычайно поверхностны, ребячливы; радуется тому, что задача получилась правильной, что ее похвалили, совершенно не интересуясь общим выводом о состоянии се умственных способностей и психического здоровья.

При выполнении предложенной работы мало утомляема, однообразна. В связи с предложенными ей вопросами или показанными пособиями стереотипно, одними и теми же выражениями жалуется на то, что ее все «спихивают», на то, что ей не приносят конфеток, и т. д.

Несмотря на детскость поведения, больная довольно многие экспериментальные задания в состоянии выполнить. Она классифицирует и обобщает предметы до 3 групп, устанавливает аналогию отношений между понятиями, сравнивает понятия, составляет пиктограмму, записывает изложение рассказа и т. д. При выполнении всех этих заданий обращает на себя внимание аспонтанность, расплывчатость, разноплановость суждений больной. Ей доступно понимание сложных обобщений и логических связей, но наряду с правильными рассуждениями она высказывает паралогичные, причудливые. Так, например, правильно выделив в классификации группы мебели, инструментов, измерительных приборов, животных и т. д., больная объединяет затем лопату с мебелью, так как эти вещи «наиболее нужные». Диван же отделила от мебели, соединив с велосипедом и чернильницей на том основании, что это «вещи», а остальной мебелью «чаще пользуются». В «простых аналогиях» больная отлично решала и объясняла большинство сложных задач, но с правильными решениями чередовались нелепые: «Железо кует кузнец, а дерево имеет кору», «Вода утоляет жажду, а пишу дает еда». После замечаний и возражений больная могла найти правильное решение, а затем снова с легкостью вернуться к прежнему нелепому или иному столь же абсурдному: никакого чувства обязанности следовать инструкции, никакого предпочтения истины у нее не было.

При составлении пиктограммы ассоциации больной были конкретными, но не связанными по содержанию, «пустыми». К слову «развитие» — вишни, так как «смотришь па вишни и развиваешься», к словам «теплый ветер» — платье, так как если бы было пальто, то это бы означало холодный ветер, к слову «справедливость» — портфель, так как справедливость — это человек к чему-то стремится, у нею ясные мысли... К слову «разлука» больная рисует стол и объясняет это так: «Я сажу за столом одна со своими мыслями» — воспроизводит как «одинокство». К слову «сомнение» рисует забор и объясняет: «Сомнение — это значит незнание — человек валяется под забором —

он без всяких знаний валяется — если бы не было забора, то он бы знал забор — препятствие».

Несмотря на такие выхоленные, бессодержательные связи, больная некоторые слова вспомнила правильно. Без напряжения и вдумывания запоминала 10 слов, рассказ и т. д. Правильно употребила в свободной беседе пословицу, по при вопросе, что значит «не все то золото, что блестит», ответила: «Это кому что нравится — вот стоят на окне цветы — вам они нравятся...»

Таким образом, на первый план при исследовании выступила спонтанность, расплывчатость, разноплановость мышления больной. Эмоциональные реакции больной неадекватны; при кажущейся безучастности и спонтанности поведения больной они содержат также активную негативистичность; больная пуглива, но в ней нет детской послушности, внушаемости. Она остается отгороженной, упорно бездеятельной; принятая ею позиция беспомощности фиксирована и неподвижна.

Аналогичные вопросы о структуре дефекта были поставлены клиникой при некоторых редких заболеваниях.

8. Так, например, больная П., которой был установлен диагноз «эритремия», обращала на себя внимание склонностью к шуткам, благодушными, иногда нелепыми высказываниями.

Была направлена для характеристики структуры дефекта, так как возникали сомнения, обусловлены ли нарушения психики эритремией или имеются дополнительные, может быть, локальные нарушения.

Заключение поданным экспериментально-психологического исследования.

Больная не может сформулировать свои жалобы, говорит лишь, что ей трудно, она больная, ей дурно.

В процессе исследования выявляются элементы осознания своей интеллектуальной неполноценности: больная отказывается от трудных для нее заданий, охотнее выполняет доступную ей простую работу. Замечает свою несостоятельность, огорчается; следовательно, хотя отдельные поверхностно-шутливые высказывания больной наводят на мысль о благодушии, в эксперименте обнаруживаются элементы критичности.

Признаков преимущественной локальной корковой патологии не выявилось. Обращенную к ней речь понимает, легко пародирует, по крайней мере простые реплики. В самостоятельной речи — легко выраженные амнестические западения. Больная читает, пишет, узнает рисунки, выполняет простые задания. Однако во всех этих действиях отчетливо выступает быстро нарастающая по мере утомляемости недифференцированная активность актов. Больше всего выступает недиф-

ференцированность зрительных восприятий. Рисунок ландыша она называет сиренью, сантиметр — термометром, вишни — яблоками, собаку — кошкой и т. д. В письме и чтении часто заменяет одни буквы другими. Вставляя вкладки Сегена, путает звездочку с крестиком, ромб — с длинным шестиугольником. Неловки, искоординированны /шижсия больнои.

При исследовании интеллектуальной деятельности на первый план выступают признаки выраженной инактивности и грубые расстройства памяти. Больная совершенно не может удержать в памяти ни слов, ни текста рассказа, ни простейших инструкций. Даже плохо узнает то, что видела раньше.

Очень показательной для характеристики интеллектуальной деятельности больной была проба с отыскиванием чисел. Поняв инструкцию, больная медленно, с трудом находила числа, но почти после каждого поиска забывала, что нужно делать дальше. Нуждалась в подталкивании, например: «Нашли 6, а затем что нужно делать?» Тогда больная сама начинала искать 7, но, найдя, опять забывала, что делать дальше, и, если напоминаний не было, начинала просто «читать» числа какие попало.

Почти так же производилась больнои любая работа: для каждого следующего акта нужен был толчок извне, после которого, спустя миг, деятельность больнои угасала. При отсутствии коррекции со стороны экспериментатора начинала действовать бездумно или просто замолкала.

В заданиях, требовавших воспроизвести какой-нибудь материал, заменяла забытое вымыслом типа конфабуляций. Однако конфабуляции эти были крайне скудны, неразвернуты. В целом больная крайне непродуктивна. Лишь тогда, когда ей предлагают работу, доступную имбецилам (доска Сегена), она оживляется, начинает старательно, охотно, с достаточной целенаправленностью ее выполнять.

Таким образом, на первый план выступила слабость, истощаемость, инактивность интеллектуальных актов больнои, недифференцированность всех анализаторов.

Мы привели лишь небольшое количество заключений для того, чтобы показать, сколь различны они могут быть по построению и как велика их зависимость от клинической ситуации.

Так разнообразно строятся заключения в итоге исследования больных в больнице.

Это так называемое общее исследование больных.

Совсем иначе строится исследование и иначе составляется заключение при исследовании больных по какой-либо теме клиницистов. В этих случаях, как уже говорилось в главе о выборе программы исследования, должны быть подобраны однотипные

экспериментальные методики, направленные на выяснение какого-либо запланированного исследованием вопроса. Задача как бы перемещается с анализа отдельного больного на анализ группы больных, либо стадии заболевания, либо результатов лечения определенным препаратом и т. д. (анализ отдельного больного лишается особого значения, ибо для исследования избираются больные, бесспорные в диагностическом отношении). Исследование в таких случаях строится по «жесткой» программе.

Поэтому перед началом исследования всегда необходимо заранее отобрать минимальный набор экспериментальных методик и исследовать этими методиками всех тематических больных. Совершенно иначе строятся при этом и заключения по данным экспериментального исследования. При исследовании тематических больных заключения должны быть написаны обязательно по отдельным методикам; иными словами, кроме сохранения фактических протоколов и материалов исследования, должны быть написаны также краткие заключения, но написаны так, чтобы было видно, что в каждом отдельном случае получилось в итоге каждого отдельного эксперимента.

Это необходимо для того, чтобы в конце исследования можно было подвести итоги по каждой методике в отдельности.

12. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДИК ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ПАТОПСИХОЛОГИИ

В каждом психоневрологическом учреждении использование методик экспериментальной патопсихологии вызывает некоторые организационные и методические затруднения. Эти затруднения легко преодолимы, но их необходимо учитывать с самого начала работы.

Первым возникает обычно вопрос о специализации и подготовке кадров, которым может быть поручена эта работа.

Этот вопрос может решаться по-разному в зависимости от того, какую именно работу предполагается организовать. Если в каком-либо научном или научно-практическом исследовании врач собирается на очень узком участке своей работы применить одну

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДИКИ ПАТОПСИХОЛОГИИ

или две экспериментально-психологические методики, то ему нужно лишь проконсультироваться со специалистами-патопсихологами по выбору этих методик, ознакомиться с литературой, изучить технику проведения эксперимента — и он может заняться этой работой сам.

Совсем иначе обстоит дело в тех случаях, когда в учреждении собираются открыть кабинет экспериментальной патопсихологии, который наряду с другими вспомогательными диагностическими лабораториями и кабинетами должен способствовать углублению клинического изучения больных.

После Постановления ЦК КПСС и Совета Министров СССР «Об улучшении медицинской помощи населению» во многих психоневрологических больницах и диспансерах организованы такие, имеющие диагностическое значение, кабинеты экспериментальной патопсихологии. Количество их исчислялось в 1964 г. несколькими десятками, но с каждым годом сеть этих кабинетов и лабораторий растет все быстрее.

Наиболее соответствующими кадрами для работы в этих кабинетах являются патопсихологи. Решением Министерства высшего образования СССР специализация по патопсихологии введена пока на психологических факультетах трех университетов страны. Кадров этих намного меньше, чем нужно психоневрологическим учреждениям. Для экспериментально-психологической работы в детских отделениях психоневрологических учреждений используются дефектологи-олигофренопедагоги, поскольку в учебных планах отделений олигофренопедагогики имеется курс и экспериментальный практикум по патопсихологии.

Иногда возникает вопрос о том, могут ли в кабинетах экспериментальной патопсихологии работать врач и-психиатры или невропатологи. Конечно, могут, если они получают основательную переподготовку по психологии и сделают ее своей профессией. Многолетний опыт свидетельствует о том, что сочетание лечебной работы с экспериментальной не удается. Сотрудник кабинета экспериментальной патопсихологии должен исследовать не тех больных, которых он лечит, а всех тех, кого ему направляют другие врачи данного учреждения. Экспериментальная работа по исследованию психически больных является очень трудоемкой, кропотливой. Патопсихолог должен обязательно ознакомиться с историей болезни больного, провести с ним очень краткую беседу для выявления самооценки больного и установления контакта с ним. Экспериментальное исследование не должно продолжаться более

полтора часов, и оно обязательно должно быть двукратным, т. е. проводиться в два разных дня (в некоторых, очень сложных случаях, экспериментальное исследование приходится повторять 3 п 4 раза).

Затем патопсихолог должен провести анализ полученных в эксперименте данных и составить заключение по ним. Эта работа может отнять от 2 до 3 часов.

Обобщение опыта работы кабинетов экспериментальной патопсихологии психоневрологических больниц и диспансеров свидетельствует о том, что один патопсихолог, исследуя в день 2 больных, составляет в месяц 20—25 заключений. Такая нагрузка является большой и часто лишает патопсихолога возможности углубленно изучать больных и вести научно-методическую работу. Между тем даже в тех случаях, когда она ведется в практических учреждениях, например в диспансерах, с чисто практическими целями, в ней все равно всегда содержатся элементы исследования и творчества. Быть может, в недалеком будущем кабинеты экспериментальной патопсихологии будут расширены, но пока что их штат, как правило, невелик — один, изредка три человека на больницу. В таких условиях патопсихологи не успевают выполнить исследования всех тех больных, которые в этом нуждаются. Следует также учесть, что на исследования направляют самых сложных больных. Совершенно немыслимо совмещать эту работу с лечебной. Работа в кабинетах и лабораториях патопсихологии — это больше чем трудоемкий процесс.

Второй вопрос, возникающий в начале патопсихологической работы, — это вопрос об оборудовании кабинетов. Первое и основное условие — это наличие как можно более тихого, т. е. изолированного от шума, помещения. Патопсихологические исследования можно начинать без сложной дорогой аппаратуры. Главное для их проведения — квалифицированный специалист и тихая комната лаборатории. Но кое-какое оборудование все же необходимо. В конце книги приводится список оборудования и пособий, необходимых для организации работы. Часть этого оборудования приобретается в магазинах, но затем нуждается в дополнительной реконструкции. Так, например, магнитофон не может стоять в лаборатории, он должен быть вынесен в смежную комнату или коридор, а на столе экспериментатора может находиться лишь замаскированный марлевым абажуром или иным способом микрофон. Кроме того, в комнате должен находиться репродуктор, который в настоящее время монтируется обычно в коробку

магнитофона, а для экспериментальных целей он должен находиться в экспериментальной комнате.

Электрокимограф должен быть дополнен резиновой грушей, резиновой трубкой для пневматической передачи к барабанчику Марeya и чернильным писчиком с двумя шарнирами (коленами).

Очень многие экспериментальные пособия, как это указано рядом со списком, могут быть изготовлены собственными силами патопсихологов. И лишь немногие пособия для классификации предметов (методики Выготского — Сахарова, методики Кооса, методики последовательности событий) должны обязательно быть изготовлены художниками по образцам. При организации кабинета необходимо также иметь возможность заказать в типографии бланки корректурной пробы, счета по Крепелину, методики Эббингауза, а также бланки протоколов по всем методикам.

Образцы пособий, приведенных в списке, были даны при описании методик. Следует только сделать следующее примечание: каждый специалист, который занимается экспериментально-психологическими исследованиями, вправе, разумеется, усовершенствовать, видоизменить экспериментальные методики и конструировать новые. Однако легкость создания новых методик обманчива. Выдумывать новые методики просто так, сидя за столом, — дело крайне несерьезное.

Не только создание новых, но и видоизменение старых методик требует тщательной методической апробации. Эта апробация должна быть проведена на группе здоровых с целью получения некоторых нормативов и на разных группах больных с целью выявления типичных способов решений, типичных ошибок и т. д. Разработка новых методик, дальнейшая апробация и усовершенствование уже принятых — работа крайне необходимая и полезная, но она должна производиться тщательно и квалифицированно; если же такой возможности нет, то лучше копировать методики, проверенные в старых лабораториях, и не заниматься необоснованным новаторством. Не следует произвольно, без должного основания менять методики ни в части изготовления пособий, т. е. материального оборудования, ни в части инструкций и порядка проведения эксперимента.

ЛИТЕРАТУРА

- Бернштейн А. Н. Клинические приемы психологического исследования душевнобольных. Изд. 2-е. Госиздат, 1922.
- Бехтерев В. М. и Владычко С. Д. Об экспериментально-объективном исследовании душевнобольных. Спб., 1911.

- Бондарей Н. И. Методика психиатрического исследования. ВМА. Кафедра психиатрии, 1943.
- Зейгарник Б. В. Нарушения мышления у психически больных. М., 1958.
- Зейгарник Б. В. Патология мышления. М., 1962.
- Зейгарник Б. В. Введение в патопсихологию. Изд. МГУ, 1969.
- Зейгарник Б. В. и Рубинштейн С. Я. Об экспериментально-психологических исследованиях в психоневрологических учреждениях. Методическое письмо ГИП МЗ РСФСР, 1956.
- Зейгарник Б. В. и Рубинштейн С. Я. (ред.). Вопросы экспериментальной патопсихологии. М., 1965.
- Коган В. М. и Коробкова Э. А. Принципы и методы психологического обследования в практике врачебно-трудовой экспертизы. Методическое письмо ЦИЭТИН. М., 1967.
- Кононова М. П. Руководство по психологическому исследованию психически больных детей школьного возраста. Медгиз, 1963.
- Лурья А. Р. Высшие корковые функции человека. Изд. МГУ, 1962.
- Психологические методы исследования в клинике (материалы симпозиума). Л., 1967.
- Рубинштейн С. Я. Методики экспериментальной патопсихологии. М., 1962.
- Рыбаков Ф. Е. Атлас для экспериментально-психологического исследования личности. М., 1910.
- Rapaport D. Diagnostic psychological testing. Chicago, 1945.

ОБОРУДОВАНИЕ КАБИНЕТОВ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ПАТОПСИХОЛОГИИ

Методические пособия

1. Классификация предметов — 70 карточек
2. Исключение предметов — 20 карт
3. Пословицы, метафоры и фразы
4. Последовательность событий: одна-две серии красочные, остальные — фотокопии, в том числе по Бидструпу
5. Набор рассказов (печатные и изготовленные крупным шрифтом)
6. Методика Леонтьева (две серии)
7. Набор сюжетных картинок (разнообразные)
8. Методика Сахарова — Выготского
9. Куб Липка
10. Методика Кооса
- П. Доски Сегена (несколько)
12. Таблицы для отыскивания чисел — 5 шт.
13. Классификация фигур
14. Методики для исследования афазий, апраксии, агнозий

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДИКИ ПАТОПСИХОЛОГИИ

15. Ценности
 16. Методика «Клипец»
 17. Методика ТАТ
 18. Набор различных бланков (5—7 шт.) для исследования мышления
 19. Бланки корректурной пробы Крспелина и Эббигауза — по несколько сот
 20. Методика «Уровень притязаний»
 21. Бланки протоколов и обложек по несколько сот
- Аппаратура**
1. Секундомеры — 2
 2. Электрокимограф с записывающим чернильным устройством
 3. Магнитофон со специальным монтированием
 4. Наборы очков от -5 до +6

Психология
умственно отсталого
школьника

Введение

Предмет психологии умственно отсталого ребенка. Место этой дисциплины в ряду других смежных дисциплин.

Психология умственно отсталого ребенка — это одна из отраслей психологии, которая изучает специальный объект — ученика вспомогательной школы. Поэтому ее иногда называют специальной психологией. Студенты-дефектологи изучают разные курсы специальной психологии, соответствующие их специальности. Так, например, сурдопедагоги изучают психологию глухого ребенка. Курс специальной психологии для олигофренопедагогов — психология умственно отсталого ребенка. Этот курс основывается на данных общей психологии, но существенно от нее отличается. Общая психология изучает психические процессы и свойства личности взрослого нормального человека, а предмет изучения специальной психологии для олигофренопедагогов — *своеобразие психического развития умственно отсталого ребенка.*

Какова бы ни была причина умственной отсталости ребенка, как бы тяжела ни была болезнь его нервной системы (даже если болезнь прогрессирует), наряду с распадом происходит развитие. При разных поражениях нервной системы развитие происходит по-разному. Именно своеобразие психического развития умственно отсталых детей, а также особенности развития разных групп этих детей являются предметом психологии умственно отсталого ребенка.

Первая часть данного курса содержит разделы, которых нет в курсе общей психологии. Таковы, например, следующие разделы: а) определение понятия «умственная отсталость»; б) развитие психики умственно отсталого ребенка; в) психологическая характеристика состава учащихся вспомогательных школ; г) патология высшей нервной деятельности умственно отсталых детей; д) методы экспериментально-психологического исследования детей.

Вторая и третья части курса строятся аналогично курсу общей психологии. Но в то время как общая психология изучает психические процессы (ощущения, восприятия, память, мышление) взрослого нормального человека, в данном курсе (вторая часть)

ПСИХОЛОГИЯ УМСТВЕННО ОТСТАЛОГО ШКОЛЬНИКА

изучаются *особенности* ощущений, восприятий, памяти, мышления и других психических процессов умственно отсталого ребенка. Точно так же в третьей части излагаются особенности эмоционально-волевой сферы, характера, личности умственно отсталого ребенка.

Психология умственно отсталого ребенка граничит с рядом смежных дисциплин и частично использует их данные. Прежде всего, она тесно связана с *детской психологией*, изучающей особенности психического развития детей на разных возрастных этапах: младенчество, преддошкольный и дошкольный возраст, младший школьный, подростковый и юношеский возраст. Чтобы лучше изучить особенности психического развития умственно отсталого ребенка, необходимо сравнить его с нормальным сверстником. Поэтому психология умственно отсталого ребенка использует данные детской возрастной психологии. На настоящем этапе развития специальной психологии накоплены главным образом сведения об умственно отсталом школьнике. В дальнейшем же, разумеется, предстоит подробно изучить и другие возрастные этапы.

Важнейшее значение для понимания особенностей психического развития умственно отсталых детей имеет правильное понимание проблемы происхождения и развития психики, изучаемой общей и детской психологией.

Вторая смежная с психологией умственно отсталого ребенка дисциплина — это *детская психиатрия*, изучающая различные заболевания психики ребенка, их причины, проявления, последствия и методы лечения. Из детской психиатрии можно почерпнуть много полезных сведений об особенностях психики детей, перенесших те или иные заболевания нервной системы. Однако предметы изучения обеих этих наук существенно отличаются. Психология умственно отсталого ребенка изучает особенности и закономерности психического развития ребенка, перенесшего болезнь или ее приступы, а детская психиатрия изучает причины, закономерности протекания и методы лечения самой болезни. Проще говоря, врач-психиатр интересуется тем, почему ребенок заболел, каково его состояние, как его вылечить, а педагог и психолог думают о том, как этого перенесшего болезнь ребенка воспитать, обучить, подготовить к участию в трудовой жизни. Но чтобы воспитывать и обучать, педагог и психолог должны знать, каковы последствия той или иной болезни, т. е. знать детскую психиатрию.

Очень важно дефектологам-олигофрисиопедагогам учитывать

основную тенденцию современной советской психиатрии детского возраста к максимальной дифференциации психически неполноценных детей по этиологическим признакам, т. е. по причинам, а также по формам течения заболеваний.

Учащиеся вспомогательных школ вовсе не представляют собой однородную массу обучаемых олигофренов. Современная психиатрия различает множество разных форм олигофрении. Кроме того, во вспомогательных школах обучаются (и должны обучаться) многие дети-психопаты, т. е. такие, у которых умственная отсталость возникла в результате различных видов заболеваний головного мозга, перенесенных в дошкольном возрасте. Глубокое знание этих различных групп умственно отсталых детей помогает найти дифференцированные пути коррекции и компенсации патологии их психического развития. Индивидуальный подход при обучении и воспитании психически неполноценных детей, понимание их особенностей и поиски соответствующих методов воспитания и обучения просто немыслимы без знания психиатрии детского возраста. В последние два-три десятилетия содружество детской психиатрии и дефектологии по ряду причин несколько ослабело. Оно должно быть восстановлено молодыми кадрами.

Наиболее тесная связь и взаимосвязь имеется между психологией умственно отсталого ребенка и *олигофренопедагогикой*. Как известно, олигофренопедагогика изучает содержание и методы воспитания и обучения умственно отсталых детей. Но чтобы знать, чему обучать, и найти наилучшие методы и приемы воспитания и обучения, олигофренопедагогу необходимо знать особенности психики учеников вспомогательной школы, т. е. знать психологию умственно отсталых детей.

Необходимость индивидуального подхода к умственно отсталым детям при их обучении и воспитании очень велика. Так, например, при плохом усвоении материала одному ученику можно предложить дополнительные занятия, а другому можно посоветовать больше отдыхать. Анализируя ошибки учащихся, допускаемые ими в письменных работах, нужно уметь отделить ошибки, обусловленные недостаточным усвоением правил орфографии, от ошибок, обусловленных последствиями болезни (бывают и такие, как это видно из данных психологии). При определении размера домашних заданий и при повторении учебного материала необходимо знать особенности памяти умственно отсталых учащихся. Чтобы подготовиться к занятиям, возможно доходчивее объяснить новый учебный материал, подобрать наиболее подходящие нагляд-

ные пособия к уроку, следует учесть особенности восприятия умственно отсталых детей.

Практическое значение психологии умственно отсталого ребенка для учителей вспомогательных школ очень велико. Почти в каждом разделе своей работы олигофренопедагог использует полученные при изучении этого курса знания. Но связь психологии умственно отсталого ребенка с олигофрениопедагогикой вовсе не носит одностороннего характера. Обобщая большой фактический материал опыта учителей, характеризующий трудности обучения и воспитания учащихся вспомогательной школы, можно сделать выводы об особенностях психики этих учащихся. Так, например, выявляя специфические трудности усвоения речи, арифметики, профессиональных умений, можно с большой достоверностью установить различные особенности психического развития этих учащихся, уяснить, что именно лимитирует их дальнейшее развитие.

Воспитание и обучение умственно отсталых детей во вспомогательных школах — гуманное, благородное дело. Без специального воспитания и обучения эти дети могли бы стать беспомощными, бесполезными инвалидами, а иногда и нравственными уродами. Школа дает детям необходимые знания и умения, способствует преодолению либо компенсации нарушенных психических функций, стимулирует дальнейшее психическое развитие, помогает стать полноценными членами семьи и общества. Чтобы справиться с такими трудными задачами, учитель вспомогательной школы должен уметь понять внутренний мир ребенка, его стремления и реальные возможности. В этом ему может помочь знание психологии умственно отсталого ребенка.

»с »с »с

Воспитание и обучение детей, психическое развитие которых затруднено из-за поражения головного мозга, требует особенно большого педагогического мастерства, особых, искусных методов. Поэтому изучение способов воспитания и коррекции недостатков этих детей оказывается иногда полезным для теоретического и методического углубления общей педагогики и психологии.

Чтобы справиться с такими трудными задачами, учитель вспомогательной школы должен уметь понять внутренний мир ребенка, его стремления и реальные возможности. В этом ему может помочь знание психологии умственно отсталого ребенка.

ЧАСТЬ I

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПСИХОЛОГИИ УМСТВЕННО ОТСТАЛОГО РЕБЕНКА

1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ «УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ»

Теоретическое и практическое значение определения понятия «умственная отсталость». Анализ существенных признаков этого понятия.

Правильное определение понятия «умственная отсталость» имеет не только теоретическое, но и практическое значение.

Теоретическое значение такого определения состоит в том, что оно способствует более глубокому пониманию сущности аномального психического развития детей. Каждая наука заинтересована в правильном определении предмета ее исследования. Неясное определение предмета приводит к расплывчатости, неопределенности научных исследований в области данной науки. Ошибочное толкование понятия «умственная отсталость» неправильно ориентирует ход научных поисков и исследования в патопсихологии, способствует неравномерному расширению либо сужению состава изучаемых детей.

Нарушения и особенности развития психики у детей могут быть очень разнообразны. Поскольку в данном курсе освещаются закономерности психического развития умственно отсталого ребенка, следует с самого начала четко определить понятие «умственная отсталость», обозначить тот тип аномального психического развития, который подлежит изучению. Дать правильное определение понятия «умственная отсталость» — значит объяснить при-

чину этого состояния и выделить его наиболее существенные признаки.

Не менее важно практическое значение правильного определения понятия «умственная отсталость». Для умственно отсталых детей создана специальная система обучения, сеть специальных школ и детских домов. Все умственно отсталые дети должны обучаться не в массовых, а в так называемых вспомогательных школах. От правильности и четкости определения понятия «умственная отсталость» зависит судьба многих детей. Если определение будет ошибочным или расплывчатым, трудно будет правильно решить, какого ребенка следует отнести к числу умственно отсталых. Это значит, что трудно будет решить и то, в какую школу его направить — в массовую, вспомогательную или еще какую-нибудь, например в школу для алаликов, тугоухих и т. д.

Правильный отбор во вспомогательные школы важен не только для детей и их родителей, но и для правильной организации школьной сети.

Если ребенок, который не является умственно отсталым, но только некоторыми своими особенностями похож на него, направляется во вспомогательную школу, он лишается своевременного общего образования, страдает от того, что учится в иной, особой школе, не в такой, в какой учатся его товарищи по дому. Это наносит тяжелую психическую травму не только ребенку, но и его родителям.

Кроме того, следует иметь в виду, что обучение ребенка во вспомогательной школе обходится государству намного дороже.

Но не менее тяжела ошибка другого порядка. Если ребенка, который должен быть отнесен к числу умственно отсталых, направляют в массовую школу, он оказывается в числе хронически неуспевающих учеников, начинает ненавидеть учение и мешать работе класса. Такие ученики становятся обычно не только неуспевающими, но и недисциплинированными.

Правильный отбор способствует тому, что дети с отклонениями и дефектами психического развития после окончания вспомогательной школы становятся в ряды трудящихся, могут жить нормальной жизнью среди окружающих их людей.

Оставление умственно отсталого ребенка в массовой школе (это происходит большей частью по настоянию родителей) приводит к отрицательным результатам. У некоторых детей в этих условиях

возникает отрицательная направленность личности и даже асоциальное поведение.

Если присмотреться к описаниям так называемых «трудных подростков», то легко заметить, что в подавляющем большинстве случаев они формируются из числа плохо успевающих в младших классах учеников.

Вопрос о том, что является причиной такого явления и что следствием, будет рассматриваться дальше. Сейчас этот вопрос некоторыми авторами рассматривается как дискуссионный.

Несомненно лишь то, что правильный отбор детей во вспомогательные школы (и иные специальные школы) имеет очень большое значение.

Как же решается на данном этапе вопрос о причинах и существовании умственной отсталости?

Причиной умственной отсталости является поражение головного мозга ребенка (недоразвитие плода, болезнь, ушиб и т. д.). Однако не всякое поражение головного мозга ребенка приводит к стойкому нарушению его познавательной деятельности. В некоторых случаях таких тяжелых последствий может и не быть.

Рассмотрим определение понятия «умственная отсталость».

Умственно отсталым называют такого ребенка, у которого стойко нарушена познавательная деятельность вследствие органического поражения головного мозга (наследуемого или приобретенного).

Для анализа этого определения необходимы некоторые пояснения.

Рассмотрим содержание первого пояснения. Во время обсуждений неуспевающего ребенка можно иногда услышать такие высказывания: «Что же, он, по-вашему, олигофрен?» — «Нет, он просто органик, он со временем выправится». Такие формулировки могут создать у неспециалистов впечатление, будто олигофрения — это нечто отличное от органического поражения головного мозга. В действительности при олигофрении имеет место более тяжелое, более тотальное органическое поражение головного мозга (наследуемое или приобретенное). Когда говорят, что «это просто органик*», имеют в виду не столь тотальное поражение, которое может быть компенсировано несколько быстрее.

Могут быть и такие локально обусловленные признаки органического поражения головного мозга, которые не так быстро компенсируются либо даже остаются не вполне компенсиро-

ПСИХОЛОГИЯ УМСТВЕННО ОТСТАЛОГО ШКОЛЬНИКА

ванными на протяжении всей жизни. Таковы, например, недостатки пространственных представлений, а также нерезко выраженные дефекты речи.

При соответствующем разумном выборе профессии человек с недоразвитием пространственных представлений может стать крупным специалистом в какой-либо области. Однако при этом он может, например, заблудиться в многоэтажном доме или в переулках города.

Речевое недоразвитие, особенно если с ребенком проведена логопедическая работа, может вовсе не отразиться на устной речи подростка и юноши, не помешать ему читать и понимать текст. Однако может оказаться, что он всю жизнь будет допускать ошибки в письменной речи.

Второе пояснение относится к тому, что в определении подчеркивается только нарушение познавательной деятельности и ничего не сказано об эмоциональной сфере детей.

Но определение умственной отсталости выросло из практики. Основная деятельность детей школьного возраста — учебная, познавательная. Если часть детей этого возраста не в состоянии усвоить обычную учебную и трудовую программу массовой школы, для них должно быть организовано обучение в школах иного типа.

Ребенок, отличающийся даже серьезными отклонениями в эмоционально-волевой сфере, но без труда усваивающий учебную и трудовую программу массовой школы, не рассматривается как умственно отсталый. Поэтому при определении умственной отсталости на первый план выступает нарушение (или очень плохое развитие) именно познавательной деятельности. Из этого не следует, что у умственно отсталых детей недоразвита или нарушена только познавательная деятельность, а эмоционально-волевая сфера такая же, как у здоровых детей.

В различных главах этого пособия будут описаны признаки недоразвития либо патологического развития эмоций, воли, характера. Следовательно, можно было бы в определение понятия «умственно отсталый ребенок» внести суждение о нарушении либо недоразвитии всей психической деятельности. Однако это могло бы привести к неоправданному расширению состава учащихся вспомогательных школ за счет эмоционально неустойчивых, эмоционально неадекватных детей. Поэтому, хотя у умственно отсталых детей нарушена не только познавательная деятельность, но и многие иные стороны психического развития, вернемся все же к данному выше определению, т. е. к указанию на то, что главной

особенностью детей, для которых нужны вспомогательные школы, является — нарушение их познавательной деятельности.

И наконец, третье пояснение. Даже наиболее больные неполноценные дети развиваются. О каждом ребенке можно сказать, что он пока недоразвит, что не исключено дальнейшее развитие. Однако термин «недоразвитие» многозначен. Так можно обозначить задержку темпа психического развития, при которой можно предполагать, что в ближайшем будущем за два-три года ребенок догонит сверстников. Когда же используется термин «нарушение», предполагается значительная тяжесть недоразвития. Речь идет о дефекте, при котором без вспомогательной школы школьнику в будущем едва ли удастся стать в ряды трудящихся.

Однако, несмотря на тяжесть дефекта, не может быть уверенности в его необратимости. Прогресс медицины и компенсаторные силы детского организма могут многое изменить. Важно лишь подчеркнуть, что при определении понятия «умственная отсталость» речь идет не о кратковременной задержке темпа психического развития, а о довольно длительном его нарушении. Поэтому вернемся к данному выше определению умственной отсталости.

Если мы проанализируем это определение, то увидим, что утверждать факт умственной отсталости можно лишь при сочетании всех указанных в нем признаков.

В жизни мы встречаем детей, которые производят впечатление умственно отсталых. Поэтому возникает сомнение в том, смогут ли они начать либо продолжать обучение в массовой школе. Указанное впечатление может производить, например, слабослышащий ребенок. Слабослышащий ребенок, если он не был в специальном детском саду, к началу школьного обучения намного отстает от слышащего сверстника по своему умственному развитию. Но можно ли считать такого ребенка умственно отсталым? Разумеется, нет. Несмотря на сходство словосочетаний «отстал по умственному развитию» и «умственно отсталый ребенок», это далеко не одно и то же. Специальная монография Т. А. Власовой посвящена проблеме отграничения тугоухих (слабослышащих) детей от умственно отсталых.

Сказанное относится ко всем тем, у кого имеется поражение либо недоразвитие какого-либо из органов чувств. Такие дети (слабослышащие, слабовидящие) при отсутствии своевременного корригирующего обучения могут не только производить впечатление умственно отсталых, но и фактически отставать по умственному развитию от сверстников. Но если органического пора-

жения головного мозга у ребенка нет, если его нервная система здорова, можно с полной уверенностью отрицать наличие умственной отсталости.

Если ребенок болел несколько лет туберкулезом костей, лежал в гипсе и в эти годы никто не заботился о его умственном развитии, то к началу обучения в массовой школе он окажется неразвитым, несообразительным. Можно ли считать такого ребенка умственно отсталым? Нет. *Поскольку у этого ребенка нет органического поражения головного мозга, его нервные процессы протекают нормально*, он в условиях массовой школы быстро расширит круг своих представлений, знаний и интересов и его умственное развитие вскоре станет нормальным.

Малоразвитыми могут иногда по ошибке казаться дети, семья которых поселилась среди иноязычного народа и не позаботилась о том, чтобы освоить язык окружающих.

Больше всего сомнений обычно возникает в отношении тех детей, которых называют педагогически запущенными. Лишенные по тем или иным причинам надзора со стороны старших, они отстают от своих сверстников по умственному развитию. Кроме того, им часто бывают свойственны дурные привычки и склонности. К началу школьного обучения у них нет стремления учиться. В классе они не могут сосредоточить свое внимание на объяснении учителя, им неинтересно на уроке, не хочется выполнять домашние задания. Эти дети не умеют учиться, думать. В результате они не усваивают программу школьного обучения. При этом мешают занятиям всего класса. Создается впечатление, что у них стойко нарушены познавательные процессы. В связи со сказанным у некоторых педагогов возникает стремление перевести таких детей во вспомогательные школы. Можно ли отнести таких педагогически запущенных детей к числу умственно отсталых, если даже согласиться с учителями в том, что у них не развиты познавательные процессы и в какой-то мере осталась неразвитой психика в целом? Нет. *Поскольку у педагогически запущенных детей нет органического поражения головного мозга, нервные процессы нормальны*, их можно и нужно обучать в массовой школе. Опыт показывает, что при соответствующем воспитании такие дети могут в дальнейшем нормально развиваться.

Во всех приведенных примерах речь шла о детях, у которых наблюдалось недостаточное развитие познавательной деятельности, но не было поражения головного мозга. Иными словами, имелся

первый признак, приведенный в нашем определении умственной отсталости, но не было второго признака. Оказалось, что эти дети не были умственно отсталыми, а следовательно, не подлежали переводу либо направлению во вспомогательную школу.

Рассмотрим теперь такие случаи, когда поражение головного мозга, несомненно, имело место. Допустим, врач сообщил, что у обследованного им ребенка имеются признаки гидроцефалии, т. е. водянки головного мозга. Следует ли из этого, что ребенок подлежит переводу во вспомогательную школу как умственно отсталый? Нет, это совсем не обязательно. У него могут быть признаки гидроцефалии при отсутствии нарушения познавательной деятельности и умственных способностей. Такие дети нередко встречаются в массовой школе.

Бывает и так, что в больнице, в которой лежал и лечился ребенок, достоверно установлено, что он перенес менингоэнцефалит, т. е. воспаление головного мозга и его оболочек. Означает ли это, что такой ребенок, несомненно, имеющий поражение головного мозга, обязательно окажется умственно отсталым? Нет. Среди перенесших в детстве менингоэнцефалит, травму головы либо страдающих на протяжении всей жизни тяжелыми заболеваниями головного мозга есть ученые, специалисты с высшим образованием. У них могут быть некоторые особенности, странности поведения и характера, однако при этом их познавательная деятельность не пострадала от заболевания.

Особую трудность представляет оценка степени умственного недоразвития детей, у которых вследствие сравнительно легкого поражения центральной нервной системы происходит недоразвитие одного из анализаторов (двигательного или слухового), участвующих в формировании речи. Плохое и позднее развитие речи — это существенное обстоятельство, от которого зависит развитие всей познавательной деятельности ребенка и в особенности его успехи в школе. Эти дети иногда обнаруживают признаки поражения центральной нервной системы и плохую успеваемость в школе. И все же, если в ходе специальных экспериментально-психологических исследований обнаруживается, что познавательная деятельность таких детей в основном не нарушена, что они сообразительны и легко обучаемы, их также не следует считать умственно отсталыми. При соответствующей логопедической восстановительной работе они смогут продолжать обучение в массовой школе или специальной речевой школе.

Следовательно, наличия одного лишь второго признака, приведенного в нашем определении, также недостаточно для установления умственной отсталости. Только сочетание двух признаков (нарушение познавательной деятельности и органическое поражение мозга, вызвавшее это нарушение) свидетельствует о наличии у ребенка умственной отсталости.

Следует обратить внимание еще на один элемент нашего определения понятия «умственная отсталость». В определении говорится о стойком нарушении познавательной деятельности. Возможны случаи, когда какие-либо вредности, например тяжелое инфекционное заболевание, сотрясение мозга, голод, приводят к некоторым нарушениям нервных процессов. В результате у детей наблюдается временное, преходящее нарушение умственной работоспособности. У таких детей могут наблюдаться более или менее длительные задержки умственного развития. При всем этом они не являются умственно отсталыми. Дефект познавательной деятельности у них нестойкий. Со временем они догоняют своих сверстников. Отграничение временных, преходящих нарушений умственной работоспособности от стойкого нарушения познавательной деятельности довольно затруднительно, но возможно. Для этой цели должны быть использованы экспериментально-психологические методики.

Вообще неправильно экономить время специалистов при решении вопросов, от которых зависит успех обучения ребенка и в известной мере вся его судьба.

Наряду с преходящими астеническими состояниями у некоторых детей наблюдаются столь стойкие и длительные нарушения умственной работоспособности, что они практически лишают их возможности обучаться в массовой школе. Напрасно некоторые психоневрологи пытаются с помощью неточного диагноза — «задержка психического развития» — удержать их в массовой школе. После трех, а иногда и шести лет бесплодного мучительного второгодничества в массовой школе они в конечном счете переводятся во вспомогательные школы.

В настоящее время вопрос об обучении детей, страдающих стойким и выраженным нарушением умственной работоспособности вследствие перенесенных заболеваний центральной нервной системы, решается по-новому. Создается все больше школ для детей, которые не справляются с программой массовой школы не вследствие умственной отсталости, а из-за стойкого нарушения

умственной работоспособности. Но таких школ еще мало. Пока еще не разработаны психологические критерии отграничения выраженной церебрастении от стойкой плохой обучаемости умственно отсталых. Поэтому многие психиатры оказываются перед дилеммой — направить ребенка в массовую или во вспомогательную школу. Решить эту дилемму нелегко, но можно, используя не только данные психоневрологов, но и экспериментально-психологические методики. Этот вопрос очень сложен, так как трудно предусмотреть, окажутся ли стойкими на много лет нарушения познавательной деятельности. Во всяком случае, в тех местах, где еще не открыты классы, в которых можно было бы путем наблюдения проверять стойкость этих нарушений, можно руководствоваться следующим.

Вопрос о том, где должен обучаться тот или иной ребенок, должен рассматриваться конкретно с учетом многих обстоятельств. Если в результате длительной церебрастении (некоторые врачи обозначают ее термином «психоорганический синдром») ребенок оказался еще и педагогически запущенным и трудно надеяться на то, что он сможет в ближайшие годы догнать сверстников даже при самых благоприятных условиях семейного воспитания и обучения, не следует избегать его направления во вспомогательную школу. Напротив, многим детям она позволяет стать полноценной личностью. Если же ребенок страдает только церебрастенией и ему предоставляется возможность провести полгода или год в санаторно-лесной школе, прожить год или два в условиях щадящего режима и необходимого лечения, целесообразнее отложить его перевод во вспомогательную школу в надежде на компенсацию состояния.

Для правильного суждения о наличии всех обязательных признаков, характеризующих умственную отсталость, необходимо заключение по крайней мере двух специалистов: врача-психоневролога, педагога-дефектолога или патопсихолога. Первый дает заключение о состоянии центральной нервной системы ребенка, второй — заключение об особенностях познавательной деятельности. Так, в настоящее время практически совместно решается вопрос об умственной отсталости ребенка и о целесообразности его обучения во вспомогательной школе.

Следует обратить внимание на то, что понятие «умственно отсталый ребенок» не равнозначно понятию «олигофрен». Понятие «умственно отсталый» является более общим. Оно включает в себя олигофрению и другие (различные по причинам) состояния выраженного интеллектуального недоразвития.

Разумеется, для клиницистов «олигофрения» резко отличается от «интеллектуальной недостаточности, возникающей вследствие перенесенного в 6 лет коревого энцефалита». Еще больше отличается «олигофрения» от «деменции вследствие злокачественно протекающей шизофрении». Но поскольку во всех этих случаях ребенок школьного возраста не может усваивать программу массовой школы, он может быть отнесен к категории учащихся вспомогательной школы. Он должен в ней учиться (если не подлежит лечению в больнице).

Подобно тому как понятие «инвалид III группы» или «инвалид II группы» не определяет характера заболевания, а только то, какова работоспособность данного больного, так и понятие «умственная отсталость» не определяет конкретного заболевания, а лишь то, каковы возможности данного ребенка в отношении усвоения школьных знаний.

Выше уже говорилось о том, что ребенок может страдать тяжелым заболеванием нервной системы, например шизофренией или наследственной формой эндокринопатии, но не быть умственно отсталым, что дает ему возможность усваивать программу массовой школы. Однако в других случаях те же заболевания могут привести и к умственной отсталости. Так что, кроме олигофренов, в категорию умственно отсталых могут быть включены дети с самыми разными заболеваниями (шизофренией, эпилепсией, перенесшие в дошкольном возрасте энцефалиты, травмы и многие другие заболевания). Даже дети, к которым приходится применять понятие деменции, включаются, таким образом, в общую категорию умственно отсталых детей. Следовательно, ставить знак равенства между понятиями «умственная отсталость» и «олигофрения» неправомерно.

Тот факт, что содержание и методы обучения умственно отсталых детей разрабатывались наукой олигофренопедагогикой, объясняется чисто исторически: в предшествующие годы психиатрия менее точно диагностировала разные формы недоразвития и заболевания нервной системы. В результате все те случаи, при которых наблюдалось неправильное развитие психики, квалифицировались как олигофрения. Даже в настоящее время в некоторых местах недостаточно квалифицированные детские психоневрологи необоснованно расширительно диагностируют олигофрению. Поэтому так трудно судить о том, каков подлинный процент олигофрении среди учащихся вспомогательных школ. Однако исследования психиатров, в частности работа Г. Е. Сухаревой «Кли-

ника олигофрении», дают четкие критерии для разграничения разных форм умственного недоразвития.

Но если понятие «умственно отсталый ребенок» правомерно сблизить с понятием «учащийся вспомогательной школы» (нельзя отождествить, так как в понятие «учащийся вспомогательной школы» не входят, естественно, ни дети дошкольного возраста, ни еще не распознанные умственно отсталые ученики массовых школ), то совершенно неправомерно отождествлять его с понятием «олигофрен-дебил».

ЗАДАНИЯ

1. Дайте определение понятия «умственная отсталость».
2. Опишите сходные с умственной отсталостью состояния.

ЛИТЕРАТУРА

- Принципы отбора детей во вспомогательные школы. / Под ред. Г. М. Дульнева и А. Р. Лурия. М., 1973.
- Отбор детей во вспомогательные школы. / Под ред. С. Д. Забрамной. М., 1971.
- Отбор детей во вспомогательную школу. / Сост. Т. А. Власова, К. С. Лебединская, В. Ф. Мачихина. М., 1983.

2. ОШИБКИ В ТОЛКОВАНИИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

Теоретические ошибки в толковании умственной отсталости и вредные практические последствия этих ошибок. Некоторые этапы эволюции научных представлений об особенностях психического развития умственно отсталого ребенка.

Чтобы уяснить, каким образом теоретические ошибки в толковании умственной отсталости приводят к вредным последствиям в практике школьного обучения детей, обратимся к некоторым фактам истории нашей науки. Ошибочное толкование умственной отсталости было распространено в нашей науке с конца XIX в. до 1936 г.

Педология — лженаука о детях — основывалась на теории функциональной психологии, согласно которой психические функции: память, внимание, интеллект и свойства личности — рассматривались как врожденные, обусловленные наследственностью способности человека. В соответствии с этой ложной теорией педо-

логи считали, что умственные способности ребенка «роковым образом» предопределены его наследственными задатками и являются величиной более или менее постоянной, мало зависящей от воспитания и обучения. Исходя из такого понимания умственных способностей ребенка, педологи считали, что эти способности можно и нужно количественно измерять с целью последующего распределения детей по разным школам, в зависимости от результатов этого измерения. Так педологи и действовали.

Критический анализ методов, которыми пользовались педологи для измерения ума детей и их отбора во вспомогательные школы, будет дан в главе 6. Здесь важно лишь подчеркнуть и подвергнуть рассмотрению смысл, вкладываемый педологами в понятие «умственная отсталость».

Сущность умственной отсталости педологи видели в малом количестве ума, якобы наследуемом детьми от родителей.

Педологи, основываясь на данных устаревшей функциональной психологии, ставили знак равенства между признаками телесными, структурными и признаками психическими. Они рассуждали примерно так: если оба родителя отличались низким ростом или черными кудрявыми волосами, то и ребенок, вероятно, будет низкорослым и кудрявым. Следовательно (рассуждая методом аналогии), если оба родителя были малокультурны, интеллектуально мало развиты, то и ребенок, вероятно, будет умственно отсталым. Между тем признаки роста или кудрявости волос не однозначны признакам или показателям уровня психического развития. Представление, возникшее при рассуждении методом аналогии, ошибочно.

Следует различать возможности наследования структурных и функционально возникающих признаков. Связь между геном и признаком очень сложна. В одном из последних обзоров истории генетики А. Рейвин пишет, что если признак прост, то проследить путь, ведущий от гена к признаку, относительно нетрудно. «Если же мы исследуем такие сложные структуры, как крыло, глаз или мышца, — говорит Рейвин, — то нам придется смириться с тем, что путь, ведущий от гена к признаку, пока еще освещен весьма слабо»⁵. Здесь речь идет о сложности признаков структуры. Что же касается психических признаков, то здесь зависимости еще более сложны. Ген не предопределяет возникновение признака, он лишь обуславливает различные возможности органа приобрести этот

⁵ Рейвин А. Эволюция генетики. М., 1967.

признак в процессе взаимодействия со средой. А такие признаки, как свойства психики, функциональны в наибольшей мере. У них своя прижизненная история становления.

Психические свойства, как это было уже показано в первой главе, возникают в онтогенезе, т. е. в процессе индивидуальной жизни ребенка. Они (психические свойства) зависят, конечно, от (генетически обусловленных) здоровья и степени совершенства нервной системы. Чем лучше, подвижнее, пластичнее нервная система, тем быстрее и легче ребенок усваивает опыт взрослых. Но сами по себе, как таковые, свойства психики не наследуются, они не обусловлены генетически. Умственное развитие и формирование черт характера осуществляется под определяющим влиянием воспитания. Если мозг ребенка здоров и полноценен, он может при благоприятных условиях достигнуть самого высокого уровня интеллектуального развития, хотя бы его родители и были мало развиты в силу отсутствия указанных условий. Низкий или высокий интеллектуальный уровень не наследуется, а формируется в процессе индивидуального развития.

Сказанное вовсе не означает, что человек не подвластен законам генетики. Подвластен. Наследуются не только болезненные аномалии структуры организма и нервной системы, но также и варьирующие в пределах нормы особенности этой структуры, такие, например, как качество сосудов головного мозга. Но не функции. Сама генетика и ее законы в применении к психическим свойствам человека должны быть особым образом разработаны с учетом данных советской психологии.

Особенности структуры, как уже указывалось, влияют на успешность умственного развития ребенка. Так, например, если у родителей ребенка наблюдается наследственно обусловленная форма эндокринопатии или сосудистая неполноценность, то и у ребенка может отмечаться такое же заболевание или неполноценность. В этом случае и родители и дети могут при равных условиях воспитания не успеть достаточно хорошо развиваться интеллектуально, и у родителей и у детей могут обнаруживаться некоторые сходные черты психики (вялость, утомляемость и т. д.). Эти черты не были переданы посредством генов от родителей детям, а возникли и у родителей и у детей в результате сходных реакций нервной системы на воздействие среды.

В наиболее близком к данному вопросу исследовании А. А. Нейфаха «Ген и признак» делается следующее важное заключение: «...тенденция, увеличивающая роль внешней среды в

формировании поведения, является эволюционно обусловленной. Процесс эволюции центральной нервной системы в прогрессирующих стволах эволюционного древа шел по линии уменьшения заранее заданной информации и увеличения способности приобретать эту информацию в течение жизни»⁶.

Следовательно, данные советских генетиков соответствуют данным психологии. Лишь очень прямолинейное понимание соотношения генов и психических свойств (характер, способности и склонности) может привести к толкованию ума как унаследованной способности разной величины.

Идея передачи по наследству психических признаков особенно упорно держится в житейских представлениях. Даже некоторые олигофренопедагоги, основываясь на своих практических жизненных наблюдениях, обнаруживают иногда «в глубине души» согласие с этой идеей. При этом они ссылаются на то, что родители учащихся вспомогательных школ сами оказываются обычно малоразвитыми, неумными. В некоторых случаях (отнюдь не всегда) такие факты имеют место; однако в них следует разобраться глубже.

В чем здесь правда и в чем возможный источник ошибки?

В подавляющем большинстве случаев умственная отсталость возникает вследствие патологии беременности матери, родовых травм, ранних детских инфекций, протекавших либо тяжело, либо без своевременной медицинской помощи. Небрежность в уходе за детьми, недостаточное использование медицинской профилактики и гигиены чаще встречаются в малокультурных семьях. Если, например, беззаботная и глупая девушка попыталась избавиться от нежелательной ей беременности химическими веществами, а потом родила неполноценного ребенка — это не доказывает наследственной передачи умственной отсталости. Мать, переболевшая энцефалитом, может быть настолько легкомысленной, что не вызовет врача к ребенку, заболевшему дизентерией. И в этом случае олигофренопедагог снова увидит сходство психической неполноценности матери и ребенка, хотя оно вовсе не доказывает наследования малоумия.

Предположения указанных практиков-олигофренопедагогов оказываются в большинстве случаев ошибочными. Но даже наличие подлинно генетических форм олигофрении (их не так много,

⁶ Н с й ф а х А. А. Ген и признак. М., 1968.

как некоторым кажется) также не подтверждает точки зрения педологов. Наследуется лишь плохая структура мозга, ограничивающая возможность полноценного индивидуального психического развития.

Постановлением ЦК ВКП (б) от 4 июля 1936 г. «О педологических извращениях в системе наркомпросов» были вскрыты порочные теоретические корни ложного толкования причин умственной отсталости, устранены практически вредные последствия этого толкования. Постановление осудило порочную практику комплектования вспомогательных школ, возникшую на основе неправильного понимания умственной отсталости. Мы не будем здесь анализировать сущность педологических извращений полностью (об этом говорится в курсе общей педагогики), подчеркнем лишь теоретическое значение постановления ЦК ВКП (б) от 4 июля 1936 г. для понимания сущности умственной отсталости. Умственная отсталость стала рассматриваться как результат врожденного или приобретенного, во всяком случае болезненного, поражения нервной системы ребенка. Постановление ЦК ВКП (б) от 4 июля 1936 г. имело большое значение для дальнейшего развития психологии умственно отсталого ребенка. Правильнее стало понимание предмета исследования и методов этой науки.

После постановления Центрального Комитета отбор детей стал производиться с обязательным участием врачей-психоневрологов. Педагогически запущенные, но обладающие здоровой нервной системой дети не могли быть по ошибке направлены во вспомогательную школу.

Дальнейшая эволюция взглядов на сущность умственной отсталости была связана с углублением понятия «болезнь нервной системы». В 30—40-х гг. в силу некоторой ограниченности научных знаний в области психоневрологии и недоучета значения открытий академика И. П. Павлова и его школы болезнь мозга рассматривалась преимущественно в плане локализации поражения в тех или иных участках головного мозга. В соответствии с таким упрощенным пониманием болезней мозга в разных науках возникла тенденция считать, что все изменения психики ребенка являются результатом разрушения клеток коры мозга. Совершенно не учитывались особенности нервных процессов, а главное, закономерности формирования и угасания условных связей. Не были учтены отмеченные академиком И. П. Павловым возможности восстановления функций головного мозга, а также зависимость восстанов-

ления корковых нервных процессов от воздействия внешних раздражителей.

Такое толкование неизбежно приводило педагогов к пессимизму: к признанию необратимости психических нарушений. Считали, что поскольку разрушены определенные клетки мозга, то нет надежды на подлинное восстановление соответствующих функций.

Состоявшаяся в 1950 г. Объединенная сессия Академии наук СССР и Академии медицинских наук СССР оказала большое влияние на развитие общей психологии умственно отсталого ребенка. Творческое усвоение трудов академика И. П. Павлова и его учеников позволило преодолеть упрощенное, статичное понимание сущности умственной отсталости. Стали понятными случаи восстановления познавательной деятельности у некоторых детей после длительной (иногда двух-, трехлетней) функциональной задержки их умственного развития. Раньше было трудно понять, как может ребенок два-три года мыслить плохо, а потом оказаться интеллектуально полноценным. В свете учения И. П. Павлова стала понятной возможность временного, преходящего нарушения познавательной деятельности (в связи с процессом охранительного торможения) и ее последующего восстановления при наличии благоприятного режима. Рефлекторная теория психики, лежащая в основе современной советской психологии, дала возможность объяснить зависимость изменения умственной работоспособности детей, перенесших те или иные заболевания нервной системы, от их воспитания и обучения. Возникла более оптимистическая оценка перспектив психического развития умственно отсталых детей.

Поскольку болезнь центральной нервной системы ребенка представляет собой сочетание органических и функциональных нарушений (разрушение некоторых клеток коры мозга и изменение силы и подвижности нервных процессов), можно ликвидировать или ослабить эти функциональные нарушения нервных процессов, соответствующим образом организовав обучение и воспитание учащихся вспомогательной школы. Так, например, оказывается возможным преодолевать такие особенности поведения детей, как несдержанность, несобранность, отвлекаемость внимания и т. д., формируя и укрепляя процесс внутреннего торможения.

Таким образом, перестройка психологии умственно отсталого ребенка на основе учения академика И. П. Павлова способствовала дальнейшему углублению понимания умственной отсталости. Стали

понятнее физиологические механизмы нарушения познавательной деятельности (слабость замыкательной функции коры, склонность к охранительному торможению, инертность нервных процессов и т. д.).

Очень важные исследования особенностей высшей нервной деятельности умственно отсталых и иных аномальных детей, выполненные профессором А. Р. Лурия и его многочисленными сотрудниками и учениками, а также работы М. С. Певзнер, В. И. Лубковского и их сотрудников обогатили психологию умственно отсталых детей. Но об этих исследованиях речь будет дальше, в соответствующих разделах.

После 1950 г. в психологии умственно отсталого ребенка (как, впрочем, и в других областях психологии) наметилась и некоторая отрицательная тенденция, которая отнюдь не вытекала из сути павловского учения, выразившаяся в отходе от изучения собственно психологических закономерностей развития психики умственно отсталого ребенка. Все без исключения недостатки познавательной деятельности детей, равно как и дефекты их эмоционально-волевой сферы, многие ученые пытались объяснить исключительно физиологическими механизмами, минуя их психологическое содержание. Были забыты такие важные для развития личности умственно отсталого ребенка обстоятельства, как его позиция в детском коллективе, своеобразный рост духовных потребностей, соотношение первичных и вторичных нарушений на разных возрастных этапах.

Из боязни извращений, которые были порождены педологией, долгие годы были заброшены методы экспериментального исследования каждого умственно отсталого ребенка. Не умея использовать учение И. П. Павлова в дефектологии, «выплеснули из ванны вместе с водой и ребенка», т. е. отошли от самой психологии.

Состоявшееся в мае 1962 г. Всесоюзное совещание по философским вопросам физиологии высшей нервной деятельности и психологии исправило эти ошибки. В постановлении этого совещания были осуждены попытки предать забвению научную психологию, заменить ее физиологией высшей нервной деятельности. В решении было также указано, что неправильное отношение к психологии затормозило ее развитие в разработке теоретических проблем, слабо использовались ее возможности в организации практики (педагогике, медицине и труда).

В последнее время собственно психологические вопросы развития познавательной деятельности и личностной, эмоцио-

нально-волевой сферы умственно отсталых детей активно изучались рядом советских исследователей (И. М. Соловьев, Ж. И. Шиф, В. Г. Петрова, Б. И. Пинский). Разрабатываются также методы экспериментально-психологического исследования детей с целью выявления умственной отсталости и ее качественных особенностей (М. П. Кононова, Э. А. Коробкова, А. Я. Иванова, Э. С. Мандрусова, Л. В. Викулова, И. А. Коробейникова и др.).

Оказалось чрезвычайно полезным вспомнить все то, о чем давно писал великий советский психолог Л. С. Выготский. Он оставил глубоко содержательную теорию психического развития умственно отсталого ребенка, которая не потеряла своей актуальности и сегодня. В настоящее время концепция Л. С. Выготского приобретает особо важное значение.

Разрабатываются вопросы дифференцированного индивидуального подхода при обучении и воспитании детей, у которых умственная отсталость вызвана различными этиологическими факторами и психическое состояние которых также различно. Рассматриваются сложные вопросы формирования личности и характера умственно отсталых детей.

Важным событием в истории психологии умственно отсталого ребенка было издание монографии под редакцией Ж. И. Шиф — «Особенности умственного развития учащихся вспомогательной школы»⁷. В этой монографии систематизированы почти все экспериментальные исследования, выполненные в Институте дефектологии АПН СССР за последние три десятилетия, а также исследования многих научных и практических учреждений. Огромный фактический материал, собранный и обобщенный в этой монографии, является фундаментом научного знания в области психологии олигофрении. Значительную роль сыграл выход в свет монографии М. С. Певзнер «Дети-олигофрены», работы М. С. Певзнер и Т. А. Власовой «Дети с отклонениями в развитии», а также монография Б. И. Пинского «Психологические особенности деятельности умственно отсталых школьников» и ряд других монографий.

В настоящее время происходит дальнейшее изучение особенностей психического развития личности умственно отсталых детей. Это изучение дает возможность анализировать сущность умственной отсталости не подробным элементарным психическим

⁷ См.: Особенности умственного развития учащихся вспомогательной школы. / Под ред. Ж. И. Шиф. М., 1965.

процессам, а целостно. Иными словами, психологический анализ нарушений познавательной деятельности начинает основываться на анализе личности ребенка, который включается в детские коллективы, входит в мир вещей и явлений окружающей действительности, усваивает опыт человечества, обладая неполноценной нервной системой. Вместо статичного перечисления разнообразных недостатков познавательных процессов возникает возможность установления закономерностей развития психики и путей компенсации недостатков. Описанная выше эволюция взглядов на сущность умственной отсталости имеет важное значение. Значение этой эволюции помогает избегать ошибок прошлого. С нашей точки зрения, сомнительным является распространенное сейчас в некоторых странах понятие культурной умственной отсталости. В этом понятии кроется, по сути дела, признание того, что педагогически запущенные дети могут быть приравнены к умственно отсталым.

Вкладывая тот или иной смысл в толкование причин и сущности умственной отсталости детей, ученые по-разному направляют свои исследования, цель которых выявить и устранить или ослабить причины, мешающие больному ребенку стать трудоспособным гражданином.

ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Какую роль сыграло Постановление ЦК ВКП (б) от 4 июля 1936 г. «О педологических извращениях в системе наркомпросов» в преодолении ошибочного толкования умственной отсталости?
2. Расскажите о влиянии Объединенной сессии Академии наук СССР и Академии медицинских наук СССР (1950 г.) на последующее развитие психологии умственно отсталых детей?
3. Какое влияние оказало Всесоюзное совещание по философским вопросам физиологии высшей нервной деятельности и психологии (май 1962 г.) на развитие психологической науки и дефектологии?
4. Осветите современное состояние проблемы психологии умственно отсталого ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

- Постановление ЦК ВКП (б) от 4 июля 1936 г. «О педологических извращениях в системе наркомпросов». / Народное образование в СССР. Гл. I. Сб. документов. 1917—1973 гг. М., 1974.
- Принципы отбора детей во вспомогательные школы / Под ред. Г. М. Дульнева, А. Р. Лурия. М., 1973.
- Философские вопросы физиологии высшей нервной деятельности и психологии. М., 1963.

3. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТАВА УЧАЩИХСЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ

Различия в психическом развитии детей, страдающих текущими заболеваниями мозга, и детей, развивающихся на дефектной основе. Особенности психического развития детей-олигофренов, детей, перенесших травмы головного мозга, страдающих шизофренией, эпилепсией и т. д. Степени умственной отсталости. Использование медицинских данных о детях для квалифицированной оценки особенностей их поведения и выбора индивидуальных мер корригирующего воспитания и обучения.

Причинами умственной отсталости детей являются различные поражения их головного мозга. К таким поражениям относятся воспалительные заболевания (энцефалиты и менингоэнцефалиты), интоксикации (эндокринные, обменные и др.), ушибы головного мозга (природовые и бытовые травмы), а также многие другие заболевания, источники которых еще не вполне изучены.

Сущность и проявления всех этих поражений головного мозга описаны в учебниках психиатрии и невропатологии. Психологическая же характеристика учащихся вспомогательных школ должна быть ограничена лишь теми данными, которые нужны учителю для квалифицированного наблюдения за детьми, а главное, для правильного выбора мер индивидуального подхода к разным учащимся при их воспитании и обучении.

В результате различных заболеваний по-разному нарушается высшая нервная деятельность, возникают разнообразные расстройства психики. Учитель вспомогательной школы должен знать, какое именно заболевание вызвало умственную отсталость у того или иного ученика.

Знание диагноза и истории заболевания помогает учителю лучше понять психическое состояние и особенности поведения ученика, выбрать наиболее целесообразные методы индивидуального подхода при обучении и воспитании. Диагнозы и истории заболевания хранятся в личном деле, которое медицинские работники заводят на каждого из учеников.

Весь состав учащихся вспомогательной школы можно (с практической целью) разделить на две основные группы.

К первой группе следует отнести детей, перенесших однажды, на одном из этапов развития, какое-либо поражение головного

мозга, а затем развивавшихся на дефектной основе, но практически здоровых. Ко второй группе следует отнести детей, которые в период обучения в школе страдают текущими заболеваниями мозга. Они развиваются и в то же время болеют, их состояние может значительно меняться. Рассмотрим состав учащихся вспомогательных школ по группам.

ПЕРВАЯ ГРУППА

Первую группу детей можно разделить на две подгруппы, в зависимости от того, на каком этапе развития головного мозга ребенка происходит его поражение: 1) в период внутриутробного развития либо в младенчестве; 2) в дошкольном либо в младшем школьном возрасте.

1. Дети-олигофрены.

В личных делах учащихся вспомогательных школ чаще всего встречается диагноз «олигофрения». Дети-олигофрены действительно составляют основную часть учащихся вспомогательных школ. Однако олигофрения, что в переводе на русский язык означает «малоумие», не является названием какой-либо определенной болезни. Олигофрения — это клинически разнородная группа. Это название состояния, возникающего после различных видов поражения центральной нервной системы ребенка в период до развития его речи, т. е. примерно до года-двух лет жизни. К числу таких поражений относятся наследственные и внутриутробные повреждения зародыша, природные травмы и асфиксии, а также другие заболевания, влияющие на центральную нервную систему ребенка примерно до двухлетнего возраста.

При всем разнообразии причин, вызывающих олигофрению, для нее характерны следующие общие признаки: ранний срок поражения центральной нервной системы и последующее прекращение заболевания. При олигофрении психическое развитие ребенка происходит на неполноценной, дефектной основе, но длительного течения заболевания нервной системы у ребенка нет и он практически здоров. Особенности психического развития детей-олигофренов в значительной мере сходны, так как их мозг оказывается пораженным до начала развития речи. Различия в нарушении психики, обусловленные разным характером заболевания, как бы перекрываются сходными условиями психического развития. Поэтому дети-олигофрены, несмотря на различия в этиологии заболевания, представляют в известной мере однотипную с пси-

хологической точки зрения группу. Анализ литературы показывает, что разные исследователи выдвигали свои гипотезы относительно «ведущего синдрома», или основного нарушения, при олигофрении. Так, например, Курт Левин считал таким синдромом особенности аффективно-волевой сферы. Большинство современных исследователей утверждает, что основным синдромом, или основным дефектом, наблюдающимся при олигофрении, является трудность обобщения и отвлечения (М. С. Певзнер) или слабость регулирующей роли речи (А. Р. Лурия).

Правильность любого из этих положений легко доказать, ибо при олигофрении всегда, безусловно, обнаруживается и трудность обобщения, и незрелость эмоционально-волевой сферы, и запоздалое плохое развитие речи, и слабость ее регулирующей функции. Но если попытаться все же, руководствуясь современными данными, найти центральные определяющие дефекты, то таковыми представляются два: во-первых, отмеченный Г. Е. Сухаревой дефицит любознательности, потребности в новых впечатлениях, познавательных интересов, слабость ориентировочной деятельности; во-вторых, замедленная затрудненная восприимчивость к новому, плохая обучаемость. К этому с годами естественно присоединяется бедность кругозора, малый запас представлений, конкретность и поверхностность мышления, то есть слабость обобщений, незрелость эмоционально-волевой сферы.

Всесторонне изучавшая работоспособность больных олигофренией Э. А. Коробкова писала: «Одной из наиболее существенных и неправильных предпосылок, лежащих в основе большинства зарубежных исследований состояния умственной отсталости, является представление о том, что больной олигофренией — как бы ухудшенный вариант нормы. Предполагается, что существует некоторый средний уровень ума, характеризующий здорового человека, и что в сопоставлении с ним у олигофрена на ту или иную толику ума меньше (недаром принятый термин «олигофрен» в переводе на русский язык означает «малоумие»)» «Олигофрен, — пишет далее Э. А. Коробкова, — не просто «хуже» среднего человека, принятого за условную норму, олигофрена отличает качественное своеобразие: не худшая, а иная структура психики, жизненных установок и проявлений»*.

* Коробкова Э. А. Психологический анализ факторов работоспособности при олигофрении//Врачебно-трудовая экспертиза и трудоустройство при олигофрении. М., 1965, с. 35.

Как уже отмечалось, дети-олигофрены — это основной состав учащихся вспомогательных школ. Поэтому все дальнейшие главы этой книги посвящены анализу своеобразия психического развития именно олигофренов.

В этом разделе дается лишь краткое указание на то, каковы особенности их развития.

Психика ребенка-олигофрена совершенно не похожа на психику нормального ребенка-дошкольника. Незрелость высших интеллектуальных процессов в сочетании с чрезмерной косностью поведения создает качественно своеобразную картину психического развития. Для возникновения этого своеобразия небезразличны, конечно, и этиологические факторы, которые часто остаются нераспознанными. В медицинских заключениях, направляемых во вспомогательные школы, часто значится: «Олигофрения невыясненной этиологии» либо «Олигофрения сложной этиологии». Под сложностью этиологии подразумевается сочетание нескольких вредностей, в котором трудно вычленить основной определяющий фактор.

По данным Г. Е. Сухаревой⁹, следует различать три группы патогенных факторов, обуславливающих возникновение олигофрении: неполноценность генеративных клеток родителей (в том числе наследственные заболевания и патология эмбриогенеза), вредные воздействия на плод в период внутриутробного развития, родовая травма и постнатальные поражения нервной системы ребенка (инфекции, травмы, ожоги) до трех лет.

Примером патологии эмбриогенеза является болезнь Дауна.

Наличие этого вида олигофрении легко устанавливается по очень характерному внешнему облику ребенка (своеобразные черты лица, дипластичная фигура, плохая моторика и т. п.). Эти дети с большим трудом усваивают общие понятия, отвлеченный счет. Память у них плохая. Поэтому обучить их чему-либо новому чрезвычайно трудно. Но благодаря покладистому, добродушному нраву эти дети легко поддаются воздействию со стороны педагога. При продуманном воспитании и режиме они правильно себя ведут и приобретают хорошие привычки. Однако самостоятельно ориентироваться в жизненных ситуациях не могут. Морально-этические правила усваиваются ими с трудом.

Другим примером являются дети, имеющие диагноз: «Олиго-

⁹ См.: Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста (клиника олигофрении). М., 1965.

френия специфической этиологии» («Lues congenita»). У них также имеются некоторые внешние признаки болезни (диспластичное телосложение, седловидный нос, изрезанные зубы и т. д.). Однако по внешним признакам судить о наличии болезни нельзя; в диагнозе необходимо убедиться по медицинским данным. Такие дети по сравнению с другими детьми-олигофренами более сообразительны. Степень их умственной отсталости не так велика, но они очень истощаемы. Поэтому их успеваемость в школе оказывается посредственной. Поведение этих детей обнаруживает неровности: они внушаемы, эмоционально неустойчивы, легко переходят от одного настроения к другому. Некоторые из этих детей страдают текущим заболеванием — сифилисом мозга.

К числу олигофренов относятся также некоторые дети из числа страдающих эндокринопатией и многие другие.

2. Дети, перенесшие поражения головного мозга в дошкольном или младшем школьном возрасте.

Некоторые заключения врачей-психоневрологов, относящиеся к ученикам вспомогательной школы, формируются следующим образом: «Олигофрения после травмы головного мозга» (либо после какого-нибудь иного поражения мозга). В других заключениях просто отмечают перенесенное ребенком основное заболевание, например «Остаточные явления после параинфекционного менингоэнцефалита».

В подобных случаях речь идет о состояниях, близких к олигофрении. Такие дети, так же как и олигофрены, практически здоровы, хотя и развиваются на дефектной основе. Однако есть и различия. Если те или иные вредности или болезни поражают детей до двух лет, как правило, возникает олигофрения. Если же они поражают детей сравнительно старшего возраста, возникают более определенные, специфичные для каждой болезни особенности психики.

Рассмотрим эти особенности.

а) *Дети, перенесшие травмы мозга* (сотрясения, ушибы и т. д.), отличаются повышенной истощаемостью при умственной нагрузке. Степень их умственной отсталости бывает чаще всего не очень значительной, так что нередко возникают сомнения относительно того, где они должны учиться — в массовой или вспомогательной школе. Однако из-за очень большой утомляемости, которая приводит к неустойчивости внимания и забывчивости, эти дети, несмотря на свою сообразительность, оказываются иногда не в состоянии справиться даже с выполнением

тех или иных заданий, которые им даются во вспомогательной школе. Бывает так, что они отвечают тем хуже, чем больше занимаются, стараясь выучить заданный урок. Особенно плохие ответы даются на последних уроках или в присутствии незнакомых лиц. Увеличение продолжительности сна, дополнительный отдых могут больше повлиять на их успеваемость, чем дополнительные занятия.

Поведение детей, перенесших травмы, бывает не всегда правильным, что также объясняется их повышенной утомляемостью и невыносливостью. От усталости они становятся раздражительными. В ответ на замечание учителя или шутку товарища могут вспылить и наговорить грубостей. Предчувствуя трудность предстоящей работы, дети пытаются окольными путями от нее уклониться, например наивно преувеличивая перед учителем свои небольшие, эпизодические невзгоды и болезни.

Если учитель проявляет неуклонную требовательность и справедливую строгость, дети приучаются владеть собой. Но если учитель снисходителен к вспышкам раздражения и к грубости детей, перенесших травмы, не замечает случаев обмана, то у них могут возникнуть отрицательные черты характера. Такой ребенок может стать дерзким, несдержанным, грубым, лживым, эгоцентричным и в то же время трусливым, слабовольным. Не следует требовать от детей выполнения непосильных и больших нагрузок.

Тактика учителя при воспитании ребенка, перенесшего травму, складывается в основном из бережного, щадящего отношения к нему в вопросах учебной и трудовой нагрузки и непреклонной строгости в вопросах поведения.

Не следует думать, что такая тактика уместна по отношению ко всем учащимся вспомогательной школы, что она является своего рода педагогическим стереотипом. По отношению к другим детям и тактика должна быть иной. Бережное, щадящее отношение учителя к ребенку, перенесшему травму, должно осуществляться таким образом, чтобы ребенок об этом не догадывался. Учитель должен ограждать его от непосильной нагрузки, советовать родителям внимательнее следить за правильным распределением сна и отдыха, освобождать (не обнаруживая мотивов этого освобождения) от всяких дополнительных нагрузок. Он может даже сократить объем домашних заданий. При осуществлении трудового воспитания следует учитывать, что дети, перенесшие травму, плохо переносят жару, тряску, шум. Охраняя детей от чрезмерной нагрузки, учителю следует в то же время сохранять непреклонную строгость при

проверке выполнения всех требований, которые он считает необходимым все же предъявить ученику. Не следует оставлять безнаказанными какие-либо проявления развязности, бесцеремонности и т. п. Приучаясь выполнять требования учителя, ученик-травматик овладевает своим поведением.

б) Последствия *энцефалита* (воспаления мозга) чрезвычайно разнообразны и зависят как от формы энцефалита (эпидемический, параинфекционный, ревматический и др.), так и от его тяжести, от преимущественной локализации и т. д. Остановимся лишь на некоторых типах последствий этого заболевания.

Некоторые дети, перенесшие энцефалит, становятся слишком подвижными, расторможенными. Они очень быстро и непосредственно реагируют на все происходящие вокруг них явления и события, необдуманно действуют и говорят, чрезвычайно внушаемы и легко попадают под влияние окружающих их людей. Из-за неустойчивости внимания и некритичности мышления такие дети учатся обычно плохо, но изредка удивляют своих учителей и очень удачными ответами.

В условиях строгого, продуманного режима дети могут вести себя правильно. При отсутствии такого режима, под влиянием плохих товарищей они легко приобретают дурные склонности и становятся на плохой путь. Особенно неблагоприятно влияет на них безделье, в то время как организованный, заполненный трудом, спортом и играми режим действует на них благотворно. Умеренная, но заполняющая все время нагрузка не утомительна для этих детей. Основное, в чем они нуждаются, это непрерывное, неослабевающее наблюдение и контроль со стороны учителя и других воспитателей, имеющие в виду предупреждение дурных влияний и привычек. Поэтому, беседуя с родителями и другими воспитателями таких детей, учитель обращает особое внимание на необходимость осуществлять постоянный контроль и наблюдение. У девочек, перенесших энцефалит, легко возникают преждевременные сексуальные интересы и склонности в том случае, если находится дурной человек, который у них эти инстинкты пробуждает. Мальчики оказываются нередко втянутыми в воровские компании, бродячие шайки. Следует подчеркнуть, что сам по себе энцефалит, само воспаление мозга таких антисоциальных склонностей образовать не может. Они сравнительно легко возникают в том случае, если дети оказываются в атмосфере дурных влияний. Дети легко поддаются этим влияниям вследствие того, что отличаются повышенной внушаемостью и некритичностью. Кроме

того, этому способствует присущая им слабость тормозных процессов.

Наибольшую трудность для учителя представляет преодоление присущей этим детям расторможенности. Приучая детей владеть собой, тормозить свои непосредственные импульсивные реакции, учитель тем самым не только воспитывает детей, но и осуществляет определенное лечебное воздействие — укрепляет их нервную систему.

Следовательно, здесь речь идет о необходимости регламентированного режима, предъявления достаточной трудовой и спортивной нагрузки и осуществления наблюдения и контроля. Последствия энцефалита иногда принимают иную форму. Дети становятся малоподвижными, их моторика оказывается скованной. У них возникает плохой почерк. Их речь носит смазанный, невнятный характер (как будто каша во рту). По своему внешнему виду они производят впечатление тупых, глубоко отсталых детей. Однако их суждения бывают довольно разумными. Они осознают и тяжело переживают свою недостаточность. Некоторая инертность психики, присущая этим детям, проявляется, с одной стороны, в настойчивости и целенаправленности их действий, с другой — в заметной косности, назойливости по отношению к другим детям. Очень трудно, но важно уберечь их от насмешек и обид со стороны других детей.

Трудовое обучение таких детей и последующее их трудоустройство представляют собой нелегкую задачу. Плохая моторика, неловкость, неуклюжесть движений сочетаются у них иногда с дефектами органов зрения или слуха. Плохой почерк и невнятная речь еще более затрудняют выбор какой-либо профессии. Между тем при удачно подобранной специальности эти дети могут хорошо трудиться, так как обладают нужным усердием, чувством долга и ответственностью за порученное дело. Поэтому учитель должен задолго до окончания школы, буквально с момента начала трудового обучения, учитывая местные конкретные условия, заботиться об их будущем.

ВТОРАЯ ГРУППА

Ко второй группе учащихся вспомогательных школ относятся дети, страдающие текущими заболеваниями головного мозга. Поскольку каждое текущее заболевание центральной нервной системы ребенка постепенно действует на нее разрушающе, многие клиницисты обобщают такие формы понятием деменции (органическая деменция, шизофреническая деменция, эпилептическая

деменция). Деменция обозначает распад, который отличается от недоразвития. Клинически это логично. Такая строгость понятий необходима, вероятно, для комиссии по отбору детей во вспомогательную школу. Однако специфика детского возраста — это развитие и очень ярко выраженная тенденция к компенсации.

Поэтому было бы нежелательно, чтобы учитель вспомогательной школы рассматривал своих учеников, страдающих текущими заболеваниями мозга, как обреченных на деменцию. Как свидетельствует изучение дальнейшей жизни этих детей, многие из них благодаря щадящим условиям вспомогательной школы и успехам медицины становятся практически здоровыми и хорошо работают. Другие сохраняют какие-то недостатки психики, но успешно их компенсируют. Настолько успешно, что эти недостатки становятся малозаметными в профессиональной, семейной и общественной жизни.

Однако для того, чтобы возможность компенсации стала более вероятной, учитель должен знать, каковы особенности этого продолжающего болеть ребенка. Учитель не имеет возможности рассчитывать на каждодневный надзор со стороны врача-психоневролога (как это бывает в больнице). Он сам должен хорошо знать, когда требуется срочная помощь психоневролога, когда не срочная, но необходимая. Учитель должен строить свою педагогическую тактику с учетом особенностей больного ребенка.

а) Одним из таких текущих заболеваний является *ревматическое поражение нервной системы*.

В прежние годы это заболевание рассматривалось как ревматический энцефалит, для которого характерны последствия, описанные нами выше. Однако в настоящее время выяснилось (Г. Е. Сухарева, М. Б. Цукер, В. Я. Деянов), что ревматическое поражение нервной системы представляет собой длительное, процессуальное заболевание. Оно может протекать в виде ряда приступов хореи, но может иметь и иные виды обострений. Иногда же оно течет вяло.

Дети, страдающие этой болезнью, отличаются крайне неустойчивым вниманием, утомляемостью, забывчивостью. По данным М. С. Певзнер, часть таких детей может обучаться в массовой школе после санаторного лечения. Наши наблюдения говорят о том, что многие из входящих в эту группу детей отличаются такой низкой работоспособностью, что их приходится переводить во вспомогательную школу. Только там они оказываются в состоянии успешно учиться и восстанавливать свое здоровье.

Дети, относящиеся к описываемой группе, отличаются также чрезмерной суетливостью, подвижностью, ранимостью. При утомлении и волнении они становятся еще более беспокойными, суетливыми. Строгое замечание со стороны учителя может привести к усугублению неправильного поведения, в основе которого нет злого умысла. Отсюда следует, что к детям, перенесшим хорею, необходимо подходить особенно бережно. По отношению к ним следует осуществлять щадящий подход не только в вопросах учебной и трудовой нагрузки, но и поведения. Проявляемые ими суетливость и беспокойство легче унять лаской или невозмутимым спокойствием. Замечания и наказания нередко приводят к результатам, противоположным тем, которых хотел добиться учитель.

Кроме того, следует опасаться повторных приступов болезни, возможных при ревматизме. Необходимо с особым вниманием относиться к жалобам детей на изменения зрительных восприятий, появление подергиваний и на ухудшение самочувствия, чтобы вовремя направить их к врачу для предупреждения обострения болезни.

Таким образом, по отношению к этим детям у олигофренопедагога впервые выявляется новая обязанность. Он должен внимательно наблюдать за психическим состоянием ребенка для того, чтобы вовремя заметить и совместно с врачом-психоневрологом постараться предотвратить обострение болезни либо своевременно поместить ребенка в лечебное учреждение.

б) Другим текущим заболеванием может быть *сифилис головного мозга*. Если родители (или один из них) больны сифилисом, дело может закончиться повреждением зародыша в период внутриутробного развития. В этом случае ребенок развивается как олигофрен. Но в отдельных случаях, помимо повреждения зародыша, происходит заражение его сифилисом. Тогда рождается ребенок, страдающий текущим заболеванием — сифилисом мозга. Долгие годы эта инфекция, как говорят врачи, «дремлет» и не проявляет себя. В какой-то момент психическое состояние ребенка ухудшается, начинается обострение заболевания. Очень часто такое обострение подкрадывается медленно, исподволь. Признаки этого обострения учителю заметны раньше, чем врачу (особенно если в школе работает врач-педиатр, а не психоневролог). Такими признаками могут быть: внезапное снижение успеваемости без понятных учителю причин, неправильности поведения, а иногда слуховые обманы и беспричинные страхи. Если учитель заметил такого рода

признаки, необходимо настойчиво добиваться направления ребенка на лечение к врачу-невропатологу.

Сифилис нервной системы — болезнь, которую можно вылечить, однако успеха можно достичь лишь при своевременном начале лечения. Если же учитель не придаст значения симптомам болезни и не направит ребенка к врачу-невропатологу, болезнь может прогрессировать.

Иногда наблюдаются и такие случаи: у ребенка ухудшается моторика, речь, а главное, нарастает слабоумие — ребенок становится некритичным, бездеятельным, беспомощным и вместе с тем самодовольным. Таковы признаки детского прогрессивного паралича. Это заболевание встречается очень редко, но учителю вспомогательной школы следует о нем знать. Запущенный нелеченый сифилис нервной системы может привести к прогрессивному параличу.

Инфекция, вызывающая у детей впоследствии тяжелую болезнь, может долгие годы таиться, ничем себя не проявляя. Дети, развивающиеся до поры до времени как обычные олигофрены, могут не привлечь внимания врача.

Учитель вспомогательной школы должен внимательно следить за изменениями умственной работоспособности детей, у которых в медицинских заключениях содержатся те или иные указания на сифилис.

в) Текущим заболеванием головного мозга является также *эпилепсия*. О том, как учителю следует себя вести, если припадок возникает в школе или интернате, известно из курса невропатологии. К этому следует добавить некоторые соображения педагогического порядка. Прежде всего, учитель не должен показывать детям, что он боится припадков. Медицинская помощь может потребоваться лишь в тех случаях, когда у ребенка возникает серия припадков. Обычно оказывать медицинскую помощь во время припадков не требуется.

Дети, страдающие эпилептическими припадками, могут иногда предчувствовать наступление припадков по разным предвестникам (ощущение ветра, дующего в лицо, ощущение подергивания либо онемения в ноге или руке; затрудненность речи и т. д.). Те дети, которые отличаются значительной умственной отсталостью, долго не умеют пользоваться этими предвестниками для облегчения своего состояния. Они чувствуют, что скоро должен наступить припадок, но молчат, покорно и беспомощно его ждут.

Учителю очень важно уловить эти предвестники. Иногда с помощью врача даже удается предотвратить припадок. В других случаях можно успеть вывести ребенка из класса (или вывести остальных детей), уложить в кровать и т. д. Учитель может и должен научить ребенка замечать предвестники припадка и рассказывать о них старшим.

Следует также помнить, что изредка у детей-эпилептиков вместо припадка возникают «эквиваленты» — состояния расстроенного сознания. Во время этих состояний дети могут бежать, лезть на окна, схватить тяжелый предмет, кого-нибудь ударить и т. д. Эти состояния довольно быстро проходят. Срочной медицинской помощи при этом не требуется. Однако учитель ни на секунду не должен отходить от такого ребенка. Кому-либо из других детей надо поручить позвать на помощь любого взрослого человека.

Психика ребенка-эпилептика заметно видоизменяется с возрастом. Вначале на первый план выступает плохая память, забывчивость, неаккуратность в быту и труде. Постепенно в процессе учения ребенок компенсирует этот дефект. Очень часто у него вырабатывается своеобразная педантичная аккуратность, точность, бережливость. Поскольку ребенок-эпилептик испытывает затруднения при необходимости запомнить новый учебный материал, он обычно проявляет особую активность: старательно, много раз повторяет заданное; при воспроизведении стремится изложить мельчайшие подробности текста. Рассказы детей-эпилептиков о каких-либо событиях всегда отличаются излишней детализацией, обстоятельностью.

Мышление детей-эпилептиков очень замедленно и тугоподвижно. Так, например, усвоив какой-либо способ решения задачи, они часто пытаются решать все новые задачи старым способом. Та же инертность обнаруживается и в эмоционально-волевой сфере. Наметив куда-либо пойти, что-либо сделать, эпилептик старается во что бы то ни стало осуществить свой замысел, даже если изменившиеся условия лишают эти действия всякого смысла. Рассердившись на кого-либо, эпилептик сердится сильно и долго помнит свою обиду. В малом возрасте дети-эпилептики обнаруживают безудержную вспыльчивость и даже вспышки ярости. С годами они приучаются в какой-то мере сдерживать свою гневливость и раздражительность. Такой ребенок иногда оказывается в состоянии сдерживать свою ярость по отношению к взрослому или более сильному товарищу, но выместить свою досаду на слабом ребенке.

Свою грубость и раздражительность ребенок-эпилептик иногда маскирует чрезмерной вежливостью, доходящей до слащавости и угодливости. Случается так, что ребенку удается, благодаря исполнительности, предупредительности и вежливости завоевать неограниченное доверие у неопытного учителя. Пользуясь этим, ребенок-эпилептик проявляет себя деспотом в отсутствие учителя по отношению к малышам: отнимает у них сладости, бьет, вынуждает совершить дурные поступки. Контролируя и направляя отношения детей-эпилептиков с другими детьми, учитель может в то же время развивать и использовать положительные качества их психики: настойчивость, трудолюбие, аккуратность. Такие дети обычно хорошо дежурят, успешно справляются с хозяйственными поручениями и т. д.

Таким образом, учитель должен, с одной стороны, помогать ребенку, страдающему эпилепсией, возможно лучше компенсировать свои недостатки (плохую память, чрезмерную инертность, раздражительность), с другой стороны — поддерживать и развивать свойственные таким детям трудолюбие и аккуратность. Нужно тщательно следить за их поведением в коллективе, помня о возможной двойственности поведения (почтительности к сильным и деспотичности к слабым). Такие недостатки характера вовсе не обязательно возникают у эпилептиков. Напротив, у них можно развивать чувство справедливости и желание за нее бороться. Что же касается учебной нагрузки, она может быть, как правило, обычной.

г) Текущим заболеванием головного мозга является *шизофрения*. Детей, больных шизофренией, во вспомогательных классах учится мало, так как в большинстве случаев они справляются с программой массовой школы. Но все же их можно встретить почти в каждой вспомогательной школе. Во время приступов болезни у детей наблюдаются страхи, зрительные и слуховые обманы (галлюцинации), нелепые мысли, двигательное беспокойство или оцепенелость. В это время их на несколько месяцев помещают в больницу. Промежуток между приступами может длиться несколько лет; в эти периоды дети практически здоровы и могут обучаться в школе. Каждый следующий приступ все более значительно нарушает интеллектуальную деятельность.

Главными особенностями психики детей-шизофреников являются нарастающие расстройства мышления и притупление чувств. Мысли и рассуждения детей-шизофреников отличаются причуд-

ливым, заумным характером. Они любят придумывать новые слова. В своих поступках они иногда руководствуются различными малопонятными соображениями. Некоторые дети, плохо усваивая учебную программу, обнаруживают наряду с этим какие-либо исключительные интересы и способности: к устному счету, музыке и т. д. Так, например, один мальчик тонко разбирался в музыке, замечал ошибки в игре зрелого музыканта-исполнителя, даже сочинил музыкальный отрывок, но, несмотря на старания родителей, не смог научиться играть сам. Другой девятилетний мальчик пытался сочинять сказки и рассказы причудливого содержания, но никак не мог научиться писать буквы.

Иногда дети-шизофреники не в состоянии усвоить элементарные навыки самообслуживания, беспомощны в самых простых житейских делах. Учитывая эту практическую беспомощность и заумный характер мышления, наблюдаемый у некоторых детей-шизофреников, учитель должен стараться как можно раньше прививать им практические навыки и умения, приучая участвовать в конкретных делах детского коллектива. Некоторые родители делают ошибку, позволяя таким детям сосредоточиваться на «исключительных» интересах. В этом случае дети еще больше отвлекаются от детского коллектива, от реальной жизни.

Другой отличительной особенностью психики детей-шизофреников является нарастающая эмоциональная тупость. Они редко имеют друзей и подруг, иногда плохо относятся к своим родителям, не откликаются на сердечное отношение учителя. Воспитателям не всегда удается установить с ними близкий контакт. Однако надо обязательно стараться включить этих детей в жизнь детского коллектива.

Следует также учесть, что привлекающие внимание психиатров явные признаки шизофрении часто обнаруживаются у учащихся лишь в период подросткового и юношеского возраста. В школьные годы такие дети часто рассматриваются как олигофрены. Приведем пример. Девочка А. развивалась без особенностей. Из 3-го класса массовой школы в связи с неуспеваемостью была переведена во вспомогательную, в которой проучилась семь лет. По окончании школы поступила на работу, справлялась с ней. В дальнейшем без видимых причин возникли страхи, неправильное поведение, речевая расторможенность. Неоднократно стационарировалась в психиатрические больницы с одним и тем же диагнозом — шизофрения (циркулярная форма).

При патопсихологическом исследовании выявились грубейшие нарушения мышления. Однако могла с пониманием сути пересказывать романы Достоевского. В отдельных случаях оказывалась в состоянии устанавливать и абстрактные связи между понятиями. Помнила, что она окончила вспомогательную школу.

Этот пример свидетельствует о том, что среди детей, длительно диагностируемых как олигофрены, иногда остаются нуждающиеся в лечении больные. Можно предположить, что если бы олигофренопедагог школы, где училась эта девочка, более вдумчиво присмотрелся к особенностям ее психики, то своевременно направил бы ее на лечение. Течение болезни могло бы быть не столь злокачественным.

Таких фактов больше, чем представляется.

Следует также помнить, что при шизофрении возможны повторные приступы заболевания. Если у школьника вдруг возникают черты дурашливого или нелепого поведения, особенно если удастся заметить, что он слышит какие-то голоса, испытывает необоснованные страхи, необходимо срочно показать его врачу-психоневрологу.

д) К числу детей, страдающих текущим заболеванием головного мозга, можно отнести также тех, у кого имеются явления *гидроцефалии* (водянки головного мозга). Врачи-психоневрологи обычно рассматривают гидроцефалию как осложнение после тех или иных заболеваний. Это, разумеется, верно. Однако для учителя ребенок, страдающий гидроцефалией, выступает как процессуальный больной.

Состояние этих детей очень изменчиво. Иногда в связи с увеличением давления жидкости на головной мозг оно резко ухудшается. У таких детей могут быть приступы сильных головных болей, колебания настроения. Они плохо выносят тряску, не могут прыгать, иногда плохо себя чувствуют при выполнении работы, связанной с наклонами головы вперед и вниз. Этим детям очень важно систематически показывать врачу-психоневрологу, так как даже простые, проводимые в амбулатории лечебные назначения могут благотворно влиять на их состояние.

Без медицинского наблюдения и лечения состояние детей, страдающих гидроцефалией, может постепенно ухудшаться. Это ухудшение проявляется в нарастании слабоумия.

Особенности психики детей-гидроцефалов очень разнообразны. Некоторые из них угрюмы, злы, утомляемы, другие всегда

оживленны, болтливы, легкомысленны. М. С. Певзнер, изучавшая особенности развития речи у некоторых гидроцефалов, отметила, что богатство их словарного запаса и развернутость предложений могут производить впечатление полноценной речи. Однако за внешне богатой формой речи кроется очень убогое содержание: дети повторяют чужие слова и фразы, плохо понимая их смысл. В высказываниях этих детей часто не содержится какой-либо самостоятельной мысли.

Для выбора мер индивидуального подхода к детям, страдающим гидроцефалией, необходим каждодневный, систематический контакт учителя с врачом-психоневрологом. Учитель испытывает значительные затруднения при необходимомTM оценивать поведение и успеваемость этих детей, так как их состояние постоянно меняется. Учителю не всегда, например, легко понять, почему ребенок не приготовил урок, то ли он поленился, то ли у него болела голова.

Все рассмотренные группы детей (олигофрены, дети, страдающие сифилисом нервной системы, эпилепсией, шизофренией, гидроцефалией, перенесшие травму и энцефалиты) могут иногда входить в состав учащихся вспомогательных школ.

* -к -к

В заключение остановимся на вопросе о значении приведенных кратких психопатологических данных для учителей вспомогательных школ. Знание этих данных необходимо учителю прежде всего для квалифицированного наблюдения за учениками. Поскольку во вспомогательных школах учатся дети, у которых возможны обострения заболеваний, нужно, чтобы учитель мог правильно ориентироваться в признаках болезни и своевременно принять необходимые меры.

Признаками обострения могут быть такие явления, как ухудшение умственной работоспособности, неправильности поведения, нарушение восприятия и моторики. Эти признаки лучше всего видны учителю и воспитателю. Поэтому на ответственности учителя лежит и своевременное направление ребенка к врачу в самом начале обострения болезни.

Еще более важно знание приведенных данных для выбора приемов индивидуального подхода к детям при их обучении и воспитании. Если учитель услышит одинаково плохой ответ от двух учеников, например от ребенка-эпилептика и от ребенка, перенесшего травму головного мозга, ему может показаться

целесообразным в первом случае оставить ребенка на дополнительные занятия, а во втором — обратить внимание на режим сна ребенка.

Знание того, какие дети отличаются повышенной утомляемостью, помогает учителю правильно дозировать учебную и трудовую нагрузку, распределять общественные поручения.

Знание особенностей характера и эмоциональных реакций детей позволяет выбирать правильную тактику при решении сложных и сравнительно простых вопросов воспитания. Одного ребенка полезно расшевелить, вовлечь в подвижные игры. Другому, например ревматика, чрезмерное возбуждение вредно, и, если он сам предпочитает не играть, а остаться зрителем, надо предоставить ему такую возможность. Если ребенок-олигофрен или травматик, обидевшись, пошел гулять по саду, пусть погуляет, остынет от обиды; ребенка же, больного эпилепсией, надо иметь перед глазами (на случай припадка). Если на уроке вертится ученик, перенесший хорею, учитель скорее всего не сделает ему замечания. Если же будет шалить и вертеться травматик, учитель, быть может, сделает ему строгое замечание.

Конечно, не следует во всех подобных случаях поступать каждый раз точно так, как мы только что сказали. Много зависит от индивидуальных особенностей каждого из детей. Но знание психопатологии может помочь учителю лучше разобраться в особенностях психики учеников.

Олигофренопедагог должен непрерывно пополнять и совершенствовать свои знания по психопатологии, следить за всей публикуемой в этой области литературой. Книги профессора Г. Е. Сухаревой «Лекции по психиатрии детского возраста»¹⁰ должны стать настольными для учителя вспомогательной школы. Кроме того, учитель должен тщательно изучать медицинские заключения и выписки из больничных историй болезни своих учеников, если таковые имеются в личном деле.

СТЕПЕНИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

Принято различать три степени умственной отсталости: дебильность (самая легкая), имбецильность (более глубокая) и идиотия (наиболее тяжелая).

Дебилы, заканчивая вспомогательную школу, достигают в результате обучения сравнительно высокого уровня психического

¹⁰ См.: Сухарева Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста. Т. 1, 1936, т. 2, 1962, т. 3, 1968.

развития. Они становятся самостоятельными гражданами, т. е. несут ответственность за свои поступки, овладевают профессиями, требующими средней квалификации, имеют право быть владельцами комнат, домов и т. д. В ряде случаев возникают сомнения в их вменяемости, дееспособности, и тогда тот факт, что юноша или девушка окончили вспомогательную школу, может послужить основанием для психиатрической экспертизы. Однако сама по себе умственная отсталость в степени дебильности не может быть причиной невменяемости, нетрудоспособности либо недееспособности человека. Причиной этого могут оказаться лишь те основные заболевания, которые привели к умственной отсталости. В настоящее время дебилы считаются ограниченно годными к несению воинской службы. Заключение об ограниченной годности или непригодности к несению воинской службы делается на основе психиатрической экспертизы. При этом большое внимание уделяется характеристике из вспомогательной школы, которую окончил юноша-призывник. Кроме того, широко применяются экспериментально-психологические методы исследования для оценки его психического состояния и развития.

В последние годы многие отечественные и зарубежные авторы делают попытки провести более дифференцированную оценку степеней умственной отсталости, особенно ее легких форм — дебильности. Используются термины: «легкая дебильность», «средняя дебильность», «выраженная дебильность». Несомненно, что эти понятия могут иметь большее практическое значение, поскольку дифференцированная оценка состояния ученика может позволить более точно и эффективно проводить различные педагогические, трудовые и другие мероприятия. Однако в настоящее время остаются еще несколько неопределенными те критерии, которые положены в основу такой классификации.

Кроме того, существует (согласно международной классификации психических заболеваний) понятие «пограничная умственная отсталость», которое предположительно должно характеризовать состояние между нормальным психическим развитием и легкой дебильностью. Однако, поскольку понятие «пограничная умственная отсталость» основано на измерительном подходе к величине ума, целесообразность его использования представляется сомнительной.

В специальных классах, существовавших в прошлом почти при всех вспомогательных школах, обучались глубоко отсталые дети — имбецилы. Они не усваивают общих понятий, правил

арифметики и грамматики. За много лет школьного обучения с трудом усваивают лишь элементарные навыки чтения и письма. Трудно, но практически возможно приспособить их к выполнению некоторых видов производственного труда. Однако самостоятельно жить имбецилы не могут, так как нуждаются в опеке и надзоре.

Обучение глубоко отсталых детей (имбецилов) во вспомогательных школах проводилось у нас в разные годы по-разному. Специальные классы для глубоко отсталых детей в разные годы то открывались, то ликвидировались. Согласно инструкции Министерства просвещения СССР имбецилов во вспомогательные школы принимать не следует. Однако существует ряд причин, по которым их все же принимают. Во-первых, не так легко провести грань между дебильностью глубокой степени и имбецильностью. Во-вторых, имбецилы являются все же в некоторой мере обучаемыми детьми. Они могут за несколько лет научиться хоть кое-как читать, писать и усвоить легкие виды ручного труда. Поэтому понятна и оправданна настойчивость родителей, добивающихся обучения их детей. Без обучения они становятся тяжелым бременем для общества, семьи и сами остаются несчастными существами. Поскольку они в некоторой степени обучаемы и податливы лечебному воздействию, их совершенно необходимо учить и развивать.

Дети-идиоты не могут быть направлены во вспомогательную школу. Они подлежат содержанию в учреждениях социального обеспечения. У них почти не развита речь, отсутствуют навыки самообслуживания, нарушена координация движений. Такие дети нуждаются в уходе.

У них можно воспитать элементарные навыки и умения, если этим занимается олигофренопедагог. При умелом подходе можно даже добиться значительных сдвигов в их состоянии.

В силу различных важных причин вопрос о все более тонком разграничении степеней умственной отсталости приобрел в последнее время особую актуальность, в частности, в связи с необходимостью решать следующие задачи; разработка критериев, на основании которых может быть назначена пенсия по инвалидности с детства; определение того, где лучше воспитывать имбецилов — в специальных классах при вспомогательных школах или в учреждениях социального обеспечения. Важно также определить, лучше ли воспитывать умственно отсталых в условиях их максимальной дифференциации по степени умственной отсталости (например, имбецилы обучаемые и необучаемые, дебилы с легкой

степенью умственной отсталости и дебилы со сравнительно тяжелой степенью умственной отсталости).

Можно понять всех тех, кто хотел бы иметь «единую линейку» для разграничения разных степеней умственной отсталости. Однако использованию подобной линейной шкалы мешает не только ее теоретическая необоснованность, но и еще ряд обстоятельств, например разнообразие умственного недоразвития и разный темп компенсации.

Все эти вопросы, несмотря на множество исследований, не могут считаться достаточно изученными.

Во многих зарубежных исследованиях используются разные тестовые измерения интеллектуального коэффициента (IQ).

В последние годы советскими исследователями опубликован ряд работ, в которых представлен качественный анализ экспериментов, выполненных с целью определения критериев определения степеней умственной отсталости.

В отечественной литературе последних лет появились работы, основанные на качественном анализе экспериментальных данных. Таковы, например, составленные С. Д. Забрамной (1979) методические указания к психолого-педагогическому изучению детей.

Вопросам коррекционной работы с имбецилами посвящена и большая серия очень серьезных экспериментальных и педагогических исследований, выполненных под руководством М. И. Кузьмицкой.

В анализе психического развития и трудового обучения имбецилов наметились как бы две параллельные линии.

Одна линия исходит из учреждений социального обеспечения (А. А. Ватажина, И. И. Зелингер, В. М. Коган, Н. Ф. Деметьева и Л. Н. Поперечная). Представителями этих учреждений разрабатываются программы обучения и соответствующие методические руководства.

Другая линия — исследования олигофренопедагогов М. И. Кузьмицкой, Г. В. Цикото, А. Р. Маллер, Я. Г. Юдильевич и др. Эти исследования (особенно Г. В. Цикото) отличаются особой глубиной и теоретической продуктивностью.

Очевидно, что полученные при исследовании имбецилов данные должны быть отражены в отдельном монографическом труде. Важность создания такого труда диктуется, в частности, тем, что многие имбецилы обучаемы и могут быть включены в трудовую деятельность.

ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Скажите, как в процессе обучения и воспитания следует подходить к учащимся, которые перенесли: а) травму головного мозга; б) энцефалит.
2. Расскажите об особенностях подхода к больным ревматизмом учащимся вспомогательной школы.
3. В чем должен состоять индивидуальный подход к учащимся, которые: а) больны эпилепсией; б) страдают гидроцефалией?
4. Дайте сравнительную характеристику психического развития олигофренов и детей, перенесших поражения мозга в дошкольном и младшем школьном возрасте.
5. Чем отличается психическое развитие детей, развивающихся на неполноценной основе, от психического развития детей, страдающих текущими заболеваниями мозга?
6. Какова роль учителя-дефектолога в своевременном выявлении обострения заболевания и направлении детей на лечение?
7. Как олигофренопедагог может использовать в своей работе с учащимися соответственные медицинские данные?

ЛИТЕРАТУРА

- Принципы отбора детей во вспомогательные школы. Гл. 3. Под ред. Г. М. Дульнева и А. Р. Лурия. Изд. 3-е. Гл. 3. М., 1973.
- Отбор детей во вспомогательную школу / Сост. Т. А. Власова, К. С. Лебединская, В.Ф. Мачихина. М., 1983.
- Забрамная С. Д. Методические указания к психолого-педагогическому изучению детей-имбецилов. М., 1979.

4. ОСОБЕННОСТИ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Основные экспериментальные исследования высшей нервной деятельности умственно отсталых детей. Особенности их высшей нервной деятельности: слабость замыкательной функции коры головного мозга; недостаточная дифференцированность условнорефлекторных связей; преобладание охранительного торможения; инертность нервных процессов; нарушение взаимодействия первой и второй сигнальных систем. Основные типы учащихся вспомогательных школ.

Особенности высшей нервной деятельности умственно отсталых детей изучались тремя научными коллективами.

Ученик академика И. П. Павлова профессор Н. И. Красногорский с группой своих сотрудников провел ряд экспериментальных исследований условнорефлекторной деятельности оли-

гофренов ясельного возраста¹¹. Сотрудники профессора А. Г. Иванова-Смоленского изучали высшую нервную деятельность у олигофренов школьного возраста¹². При этом использовалась речедвигательная методика.

В 60-е гг. была проведена большая серия экспериментальных исследований высшей нервной деятельности у учащихся вспомогательной школы под руководством профессора А. Р. Лурия. Эти исследования осуществлялись в Научно-исследовательском институте дефектологии АПН РСФСР и опубликованы в специальной монографии¹³.

Основные данные, полученные всеми исследователями, были следующими.

У умственно отсталых детей новые условные связи, особенно сложные, формируются значительно медленнее, чем у нормальных детей. Сформировавшись, они оказываются непрочными, хрупкими. Эта *слабость замыкательной функции коры головного мозга*, проявляющаяся в затрудненном формировании новых, особенно сложных условных связей, является важнейшей особенностью высшей нервной деятельности умственно отсталых детей. Именно этим объясняется крайне замедленный темп их обучения.

Однако в основе всякого воспитания и обучения лежит не только процесс формирования новых связей, но также процесс их видоизменения, уточнения. Так, например, узнать новую букву — значит не только связать какое-либо начертание с соответствующим звуком, но, кроме того, это значит также научиться отличать начертание данной буквы от сходных букв и данный звук — от близких ему звуков. Усвоение какого-либо навыка означает не только формирование новой системы условных связей, но и дифференцировку связей, т. е. отграничение тех условий, при которых осуществление данного привычного действия уместно и целесообразно, от других условий, при которых привычные действия должны быть заторможены.

В основе всякого разграничения лежат дифференцировочные условные связи. Исследования высшей нервной деятельности умственно отсталых детей показали, что такие дифференцировки вы-

¹¹ См.: Красногорский Н. И. Труды по изучению высшей нервной деятельности человека и животных. М., 1954.

¹² См.: Иванов-Смоленский А. Г. Основные проблемы патофизиологии высшей нервной деятельности. М., 1933.

¹³ См.: Проблемы высшей нервной деятельности нормального и аномального ребенка / Под ред. А. Р. Лурия. Т. 1—2. М., 1956.

рабатываются у них с большим трудом, редко достигают достаточной тонкости и отличаются малой стойкостью, т. е. легко угасают.

Чем же объясняются эти два обнаруженных факта — замедленность формирования новых условных связей и затрудненность их дифференцировки?

Как известно, для правильного формирования и видоизменения условных связей необходима достаточная сила нервных процессов, т. е. процессов возбуждения и торможения. У детей после различных поражений головного мозга меняется функциональное состояние коры головного мозга. Наряду с тем, что травма, интоксикация и т. д. могут разрушать нервные клетки в определенных участках мозга, этими же вредностями ухудшается функциональное состояние всех нервных клеток коры головного мозга в целом. Это изменение функций клеток проявляется в том, что процессы возбуждения и активного внутреннего торможения слабеют. Слабость процесса возбуждения обуславливает плохое замыкание новых условных связей, слабость активного внутреннего торможения обуславливает плохое качество дифференцировок. При различных поражениях головного мозга возможно преимущественное ослабление одного из нервных процессов — возбуждения или торможения.

Ухудшение функционального состояния коры головного мозга проявляется и в том, что «работоспособность» нервных клеток снижается и после небольшой нагрузки они впадают в состояние охранительного торможения.

Подобные явления охранительного торможения возникают и у нормальных взрослых людей при переутомлении, недосыпании, воздействии чрезмерно сильных раздражителей. Почти каждый человек может припомнить такое, например, состояние: трудно сосредоточить на чем-либо внимание, все происходящее вокруг воспринимается неясно, трудно припомнить то, что всегда легко вспоминалось.

У здоровых людей такие состояния возникают редко и в связи с каким-нибудь особым обстоятельством. Между тем у детей, перенесших какое-либо поражение головного мозга, эти состояния охранительного торможения (изученные и описанные академиком И. П. Павловым и его учениками под названием «фазовых» состояний) возникают часто. Иногда они носят мерцающий, кратковременный характер, а иногда могут длиться целые месяцы и даже годы. Пока нервные клетки коры головного мозга ребенка нахо-

дятся в состоянии охранительного торможения, его умственная работоспособность оказывается резко сниженной. Однако это снижение временное, преходящее.

Знание механизма фазовых состояний делает понятным часто наблюдающиеся во вспомогательных школах факты заметных колебаний степени умственной отсталости детей. Так, например, раньше казалось непонятным, каким образом ребенок, обучавшийся год в классе для глубоко отсталых (имбецилов), вдруг после хорошего летнего отдыха начинает усваивать новый учебный материал как дебил; каким образом ребенок, который за два года обучения абсолютно ничему не смог научиться в массовой школе, затем очень плохо учился в первом классе вспомогательной школы, оказывается вдруг настолько сообразительным и работоспособным, что возникает вопрос о его возвращении в массовую школу?

В подобных случаях раньше предполагали, что при оценке состояния ребенка на одном из этапов врачом или учителем была допущена ошибка. Между тем ошибки могло и не быть, просто могло измениться состояние ребенка.

Даже кратковременные, «летучие» фазовые состояния приводят к резкому ухудшению умственной работоспособности ребенка. Очень небольшая умственная отсталость, сочетающаяся с таким кратковременным состоянием охранительного торможения, приводит к значительному снижению работоспособности.

Наклонность к возникновению состояния охранительного торможения свойственна в той или иной степени всем ученикам вспомогательных школ, однако она достигает особенно выраженной степени лишь у некоторых учащихся.

Академик И. П. Павлов отмечал, что фазовые состояния, наблюдающиеся у человека, изучены недостаточно. Они проявляются, несомненно, не только в колебаниях умственной работоспособности, но и в эмоциональных реакциях. Для того чтобы лучше понять механизмы фазовых состояний, следует учесть, что в норме реакции людей на внешние раздражители соответствуют им по силе и качеству. Изученные И. П. Павловым и его учениками характерные особенности фазовых состояний заключаются в следующем.

Соответствие реакции мозга раздражителям внешней среды искажается в количественном и качественном отношении. При некоторых фазах (например, уравнивающей и парадоксальной) искажаются силовые, т. е. количественные соотношения, при других (например, ультрапарадоксальной) искажается качество реакции.

Нарушение соответствия реакций мозга внешней ситуации у человека носит более сложный характер. Так, например, у больных детей часто наблюдается некоторая неадекватность поведения, выражающаяся в дурашливости, мнимой веселости при огорчениях, оцепенении и молчаливости во время общего веселья и т. п.

Среди особенностей высшей нервной деятельности умственно отсталых детей многие исследователи (М. С. Певзнер, В. И. Лубковский) считают выраженную инертность. Выработка новых условных связей резко замедлена. В. И. Лубковский говорит, что особенно инертными оказываются упроченные словесные связи.

Наконец, последней, ярко выраженной особенностью высшей нервной деятельности всех умственно отсталых детей является нарушение взаимодействия первой и второй сигнальных систем. Это нарушение связано с недоразвитием второй сигнальной системы. Сотрудниками и учениками профессора А. Р. Лурия была проведена серия интересных экспериментальных исследований, посвященных анализу роли второй сигнальной системы при замыкании новых условных связей у нормальных и умственно отсталых детей. Детям предлагалось выполнять различные по сложности задания, их обучали различным навыкам и умениям по словесной инструкции и по наглядному показу. Оказалось, умственно отсталые дети в большей мере руководствуются наглядными восприятиями, чем словесной инструкцией, и что последняя недостаточно помогает им ориентироваться в новой, сложной обстановке опыта. (У нормальных детей слово начинает играть регулирующую роль очень рано.)

Таким образом, умственно отсталым детям свойственны: слабость процессов возбуждения и торможения, их инертность, склонность к частому охранительному торможению и недоразвитие второй сигнальной системы.

С точки зрения особенностей высшей нервной деятельности учащихся вспомогательных школ можно разделить на три основных типа.

Дети, у которых преимущественно ослаблен процесс возбуждения, представляют собой первый, наиболее распространенный тип детей. Они вялы, медлительны, плохо усваивают все новое, учатся с трудом, но в конечном счете добиваются удовлетворительных результатов. Каждое новое воздействие не вызывает обычной для здорового ребенка ориентировочной реакции. Новые навыки и умения формируются у таких детей крайне медленно. Но если какие-либо навыки или привычки усвоены, их очень

трудно изменить в случае необходимости. Поэтому очень важно не допускать усвоения не вполне правильных навыков, следить за тем, чтобы они своевременно усваивали положительные привычки. У этих детей очень редко возникают самостоятельные побуждения, у них мало инициативы. И все же их несколько легче учить и воспитывать, чем детей второго типа.

У детей, относящихся ко второму типу, преимущественно ослаблен процесс активного торможения. Они встречаются реже, но заметно выделяются из общей массы. Они быстро реагируют на все происходящее. Отвечают и действуют необдуманно. Случается, что они начинают отвечать верно выученный урок, а затем вставляют в свой ответ что-либо не относящееся к уроку. Увидев какую-либо картину, они часто ошибочно толкуют ее содержание по первому случайному впечатлению. Если учитель задает классу вопрос, эти дети поднимают руку или просто выкрикивают какой-либо ответ, еще не успев разобраться в сути вопроса. К собственным ответам относятся не критично, своих ошибок сами не замечают. Однако, когда им указывают на ошибки либо просто останавливают, требуют получше подумать, они без особого труда могут найти правильный ответ. Ошибки и неточности в их суждениях и действиях объясняются слабостью активного внутреннего торможения, затрудненностью дифференцировки условных связей.

Для детей, относящихся к третьему типу, характерна повышенная склонность к охранительному торможению. Разумеется, такие состояния могут наблюдаться у детей первого и второго типов. Однако у детей третьего типа состояния охранительного торможения в виде «летучих» фазовых состояний коры мозга играют основную роль в общей картине умственной неработоспособности.

При кратком знакомстве такие дети могут производить впечатление разумных, понятливых, легко усваивающих новый материал. Нарушение их познавательной деятельности обнаруживается в процессе выполнения обычной школьной нагрузки. Во время одного и того же урока ученик то слушает и понимает учителя, то перестает его понимать. В результате учащиеся не имеют систематических знаний. Бывает, что они теряются и не могут найти правильный ответ при попытке воспроизвести хорошо выученный урок. Подобная забывчивость в момент вызова к доске объясняется также состоянием охранительного торможения.

Таким образом, практический опыт позволяет выделить три типа детей: а) медлительных, вялых; б) импульсивных, растор-

моженных; в) чрезмерно истощаемых при интеллектуальной нагрузке.

Первые два типа детей под разными названиями и с различными попытками патофизиологического объяснения описывались многократно и являются как бы общепризнанными в психопатологии и олигофренопедагогике. Так, например, многие авторы-психиатры говорили об олигофренах «возбудимых» и «торпидных», т. е. инертных.

В одной из работ, специально посвященных типологии олигофрена, М. С. Певзнер¹⁴ также описывает эти два основных типа детей.

Выделение третьего (описанного выше) типа детей, плохо усваивающих программу вспомогательной школы из-за чрезмерной истощаемости нервных процессов, обусловлено следующим. Во-первых, детей такого типа чаще можно встретить не среди олигофренов, а среди детей, страдающих в период обучения текущими заболеваниями головного мозга. Во вспомогательной школе таких детей тоже немало. Во-вторых, умение выделить такой тип детей или хотя бы заметить проявление повышенной истощаемости как одну из важнейших особенностей психики умственно отсталых детей имеет чрезвычайно важное значение для учителя.

Разумеется, что есть умственно отсталые дети, не относящиеся к описанным типам. Кроме того, типы могут быть смешанными.

Детальная типология умственной отсталости разработана М. С. Певзнер и дана в курсе олигофренопедагогике.

ЗАДАНИЕ И ВОПРОСЫ

1. Назовите основные недостатки высшей нервной деятельности учащихся вспомогательных школ.
2. Что такое фазовые состояния и каковы их проявления в учебной деятельности учеников вспомогательных школ?

ЛИТЕРАТУРА

- Красногорский Н. И. Труды по изучению высшей нервной деятельности человека и животных. Т. 1. М., 1954.
- Особенности умственного развития учащихся вспомогательной школы / Под ред. Ж. И. Шиф. Гл. 1. М., 1965.
- Проблемы высшей нервной деятельности нормального и аномального ребенка / Под ред. А. Р. Лурия. Т. 1 — 2. М., 1956.

¹⁴ См.: Певзнер М. С. Клиническая характеристика детей-олигофренов, обучающихся во вспомогательной школе // Учебно-воспитательная работа в специальных школах. — Вып. 2 (75). М., 1956.

5. РАЗВИТИЕ ПСИХИКИ

Представления о прямой зависимости недоразвития мышления от неполноценности корковой деятельности. Теория Л. С. Выготского о первичных (ядерных) и вторичных особенностях психики.

Как и всякие другие дети, умственно отсталые на протяжении всех лет своей жизни развиваются. Это положение настолько очевидно для всех, что его нет необходимости доказывать.

Даже самые ограниченные из педологов, представлявшие себе развитие ребенка как процесс увеличения знаний и умений, при котором у ребенка на протяжении всех лет жизни сохраняется постоянный коэффициент ума (IQ), все же признают некоторую возможность подлинного развития психики умственно отсталого ребенка.

Психика развивается даже при самых глубоких степенях умственной отсталости. Даже при тяжелых прогрессирующих заболеваниях нервной системы, приводящих к неуклонному распаду психики, т. е. при деменции, распад как бы переплетается с развитием. Развитие психики — это специфика детского возраста, пробивающаяся сквозь любую, самую тяжкую патологию организма.

За последние годы область изучения развития психики обогатилась многими новыми данными. Справедливо будет сказать, что закономерности развития психики в филогенезе и онтогенезе являются одной из наиболее изученных и интересных глав именно советской психологии (Л. И. Божович, Л. С. Выготский, П. Я. Гальперин, А. В. Запорожец, А. Н. Леонтьев, А. Р. Лурия, С. Л. Рубинштейн, Д. Б. Эльконин и другие). Но многие из этих данных опубликованы только в теоретических монографиях и еще не вошли в учебники психологии. Между тем правильное понимание своеобразия психического развития умственно отсталого ребенка невозможно без учета общих закономерностей развития психики. Это обстоятельство вызывает необходимость дать краткое, неизбежно схематичное изложение материала проблем развития психики (по крайней мере, некоторых ее аспектов).

Попытаемся дать краткое изложение этой проблемы. По мере развития живых организмов в филогенезе происходит изменение, усовершенствование их нервной системы. Это усовершенствование связано с изменением локализации функций, с их кортикализацией, т. е. перемещением из стволовых отделов мозга в кору. Так,

например, если у голубя разрушить кору головного мозга, он продолжает видеть. Между тем зрительное отражение ребенком окружающего возможно лишь при сохранности затылочных долей коры головного мозга. Другим примером является функция локомоции (передвижения). Различные способы передвижения у животных формируются в основном за счет созревания к моменту рождения подкорковых структур мозга, в то время как у ребенка становление локомоции происходит при непосредственном участии коры головного мозга.

Кортикализация функций означает и изменение качества функций, и изменение способа их формирования. Как известно, кора — орган условных, т. е. прижизненно формирующихся, рефлексов. Поэтому корковые функции обладает неизмеримо большей изменчивостью и пластичностью, чем функции подкорковых образований, т. е. инстинкты. Корковые функции формируются в онтогенезе на основе условных рефлексов.

Человек, этот будущий «царь природы», рождается на свет самым беспомощным, самым незрелым, самым неприспособленным к жизни. Это происходит потому, что у него минимальный по сравнению с животными фонд врожденных рефлексов (инстинктов). Преимущество же строения нервной системы ребенка заключается в том, что вскоре после рождения у него формируются новые, изменчивые и весьма сложные формы поведения. Утенок, едва вылупившись из яйца, может поплыть по воде, так же как какой-либо зверек начинает передвигаться с момента рождения в силу созревания его стволовых отделов мозга. Ребенок же длительное время после рождения вообще не может передвигаться. Даже если все его предки были пловцами, он не сумеет плавать, пока этому не научится. Он даже долго учится ходить. Зато человек может научиться ходить, и бегать, и танцевать, и плавать, а в дальнейшем — бегать на лыжах, коньках, ездить на велосипеде и т. д.

Все функции и умения ребенка отличаются гибкостью, изменчивостью, совершенством. Эти качества возникают в процессе онтогенеза под влиянием обучения. Они не появляются спонтанно, т. е. не просто по мере созревания мозга. Так, например, известно, что в коре головного мозга человека имеются центры речи (центры Брока и Вернике). Однако ребенок никогда не заговорит без обучения вследствие простого созревания этих центров мозга. Известно, что дети, случайно воспитывавшиеся зверями и най-

денные потом людьми, не только не обладали речью, но были вообще психически неразвитыми, неполноценными.

Строение речевых зон, которое само зависит от ряда факторов, в том числе и наследственных, влияет на обучаемость детей речи. Одни, как известно, легко усваивают несколько различных языков, другие даже родным языком овладевают с трудом. Однако никакое созревание этих речевых зон не предопределяет языка, на котором говорит человек.

У человека и животных различны не только локализация и организация функций нервной системы. Различно также соотношение мозговых структур и функций. На ранних стадиях филогенеза (а также и на уровне человека, когда речь идет о филогенетически старых органах) функция возникает в результате созревания органа. Функции животных могут, конечно, возникать в онтогенезе и видоизменяться под влиянием среды. Однако в основе их формирования лежит созревание структур.

Человек наследует структуры, на основе которых формируются изменчивые и сложные функции. При этом возникновение разных психических свойств определяется образом жизни ребенка в онтогенезе, воспитанием.

Наследственные структуры мозга в какой-то мере влияют на успешность формирования новых функций. Влияют, но отнюдь не предопределяют их качества, их содержательной характеристики. Больше того, возникшие в онтогенезе функции сами оказывают влияние на дальнейшее формирование мозга. Еще С. Л. Рубинштейн писал, что «зависимость между строением органа и его функциями не односторонняя; не только функция зависит от строения, но и строение от функции. Особенно велико формообразующее влияние функций для молодых органов, у которых оно сказывается на самых ранних стадиях развития»¹⁵. В процессе жизни у ребенка формируются сложные условнорефлекторные связи, так называемые функциональные органы (по А. А. Ухтомскому). Следовательно, именно различное соотношение (с точки зрения ведущей роли) структуры и функции мозга у человека и у животных вынуждает по-разному ставить вопрос об их наследовании. Все сказанное имело в виду подчеркнуть принципиальное отличие психики человека от психики животных. Вместе с тем следует указать и на наличие черт сходства. В развитии психики животных

¹⁵ Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. М., 1946, с. 91.

также значительную роль играют условные рефлексy, а в жизни человека сохраняют известное значение безусловные рефлексy и инстинкты. Сохраняется также определенная лимитирующая роль созревания нервной системы, даже зависимость психики от созревания организма. Однако если у животных, как уже говорилось, определяющую роль играют наследуемые инстинктивные формы поведения, то у человека эта роль принадлежит формирующимся в онтогенезе, воспитанным формам поведения.

Следует подчеркнуть, что сказанное относится не только к умениям, навыкам, способностям, но в еще большей мере к свойствам личности ребенка, его эмоционально-волевой сфере, потребностям, интересам.

В зарубежной литературе свойства личности ребенка очень часто обуславливают деятельность гипоталамуса, ретикулярной формации и т. д. Бесспорно, можно проследить (и это особенно рельефно выступает при патологическом развитии детей) влияние нарушения разных мозговых структур (в том числе подкорковых) на развитие личностных свойств ребенка. Тем не менее эти свойства формируются под влиянием воспитания, осуществляемого в конкретных общественно-исторических условиях. Личность есть образование социальное. Болезнь лишь затрудняет это влияние и нарушает ход развития. Многие несомненно влияют на личность ребенка, в том числе особенности его организма, его внешность, телесное здоровье, тип и здоровье нервной системы. Однако определяющим, ведущим в формировании личности и ее свойств всегда остается образ жизни ребенка в семье, в детском коллективе, в школе, т. е. воспитание в широком смысле слова.

В недавно вышедшей монографии А. Н. Леонтьев¹⁶ убедительно доказывает недопустимость смешения понятий «индивидуальность» и «личность», раскрывает процесс формирования личности человека и его деятельности.

Рядом советских психологов (А. Н. Леонтьев, П. Я. Гальперин и др.) был раскрыт сам механизм онтогенетического формирования психических процессов и свойств. Согласно их точке зрения, внешние, организованные взрослыми практические действия постепенно интериоризируются (по термину Л. С. Выготского — «вращиваются»), т. е. сокращаются, начинают совершаться в мысленном, теоретическом плане и образуют совокупность «умственных действий» (П. Я. Гальперин).

Так же формируются потребности, переживания, чувства и эмоции ребенка. У ребенка наследуемые инстинкты сохраняются в преобразованном и подчиненном виде. С возрастом они все более преобразуются, очеловечиваются. Даже самая простая потребность в пище у человека приобретает совершенно иной, очеловеченный характер.

«Голод есть голод, — говорит К. Маркс, — однако голод, который утоляется вареным мясом, поедаемым с помощью ножа и вилки, это иной голод, чем тот, при котором проглатывают сырое мясо...»¹⁷ В сложных высших чувствах человека представлены и примитивные формы переживаний. По словам С. Л. Рубинштейна, эти формы, как древние струны, продолжают вибрировать и звучать, резонируя в самых глубинах организма. Но звучат они лишь под влиянием подлинно человеческих потребностей и интересов.

Таким образом, навыки, умения, способности, черты характера и т. п. не наследуются, а складываются, формируются в онтогенезе. А. Н. Леонтьев, П. Я. Гальперин, Н. Ф. Талызина рассматривают этот процесс формирования психики в онтогенезе как особое «социальное наследование».

Выдающиеся отечественные генетики и биологи А. Н. Северцов¹⁸ и Н. П. Дубинин¹⁹ также утверждают положение о формировании свойств психики человека путем особого «социального наследования», т. е. путем воспитания в онтогенезе. Они аргументируют это положение генетическими данными. Ребенок «наследует», вернее, присваивает опыт человечества в процессе овладения предметными действиями, речью, ролевыми играми и, наконец, в процессе обучения в общеобразовательной школе.

В замечательной вступительной статье, написанной А. Н. Леонтьевым и А. Р. Лурия к изданию избранных психологических исследований Л. С. Выготского (1956), они следующим образом сжато формулируют его теорию развития психики ребенка: «Включив предметную деятельность ребенка и его общение в число составных частей и движущих сил развития, придавая им значение факторов, формирующих психическую жизнь ребенка, Л. С. Выготский решительно покончил с идеей спонтанного созревания душевных способностей и мыслью о том, что внешняя среда лишь тормозит проявление внутренних психических свойств или лишь способствует их выявлению.

¹⁷ Маркс К., Энгельс Ф. Сочинения. Т. 12, с. 718.

¹⁸ См.: Северцов А. Н. Эволюция и психика. 1922.

¹⁹ См.: Дубинин Н. П. — «Вопросы философии», 1972, № III.

Он вскрыл порочность метафизических концепций психического развития...»²⁰

Итак, подчеркнем еще раз, что знание закономерностей генеза психики в норме дает возможность лучше разобраться в своеобразии психического развития умственно отсталого ребенка, в том влиянии, которое оказывает на ход психического развития поражение или недоразвитие головного мозга.

Несколько далее будет показано, какое большое теоретическое значение придавал Л. С. Выготский изучению особенностей психического развития умственно отсталого ребенка.

Проблема развития психики ребенка — это главное, что необходимо заимствовать из курса детской психологии; при этом понятно, что для понимания психического развития умственно отсталого ребенка имеют значение и другие главы этой смежной дисциплины

Возникает важный вопрос: каковы же закономерности развития психики умственно отсталых детей?

Во введении к книге «Особенности умственного развития учащихся вспомогательной школы» Ж. И. Шиф посвящает проблемам развития специальный раздел. Ссылаясь на положение Л. С. Выготского о принципиальной возможности развития у олигофренов сложных видов психической деятельности, Ж. И. Шиф пишет: «В настоящее время можно утверждать, что умственное развитие детей-олигофренов, при всем его своеобразии, протекает по тем же основным закономерностям, что и развитие нормального ребенка»²¹. Это положение, с которым, безусловно, можно согласиться, должно быть несколько продолжено и расширено.

К числу основных закономерностей следует отнести зависимость развития психики ребенка от его обучения и воспитания взрослыми. Именно взрослые, пользуясь выражением Л. С. Выготского, «вводят ребенка в мир окружающей действительности», и это, конечно, относится как к здоровому, так и к больному, обладающему неполноценной нервной системой ребенку. Но в чем же своеобразие развития психики умственно отсталого ребенка?

Анализ работ, посвященных олигофрении, позволяет обнаружить две принципиально разные концепции развития.

²⁰ Выготский Л. С. Избранные психологические исследования. М., 1956, с. 36.

²¹ Особенности умственного развития учащихся вспомогательной школы / Под ред. Ж. И. Шиф. М., 1965, с. 11-12.

Первая из них является более общепринятой. Она заключается в следующем: умственно отсталый ребенок более или менее успешно усваивает все простое, элементарное, но не может достигнуть высших уровней обобщения и абстракции, а также высот нравственной культуры. С этой точки зрения облик умственно отсталого ребенка предстает как бы в виде усеченного конуса. Какую бы сферу психики ни взять — всюду оказывается, что умственно отсталый ребенок не может достигнуть высшего, сложного. В соответствии с таким представлением выполнено большое количество различных экспериментальных исследований, в ходе которых действительно обнаруживается указанная выше особенность. Эти данные соответствуют общепринятому положению, согласно которому ведущим недостатком умственно отсталых детей является слабость отвлечения и обобщения.

Возможно ли усомниться в правильности этой концепции развития? Может быть, факты, на которых она основана, могут быть истолкованы иначе, в свете иной концепции развития?

Иная концепция развития психики умственно отсталых детей создана советским психологом Л. С. Выготским. Рассматривая процесс развития как единый процесс, где каждый последующий этап развития зависит от предыдущего, а каждый последующий способ реагирования зависит от достигнутого ранее, Л. С. Выготский говорит о необходимости различать первичный дефект и вторичные осложнения развития. Он пишет о том, что неправильно было бы выводить все симптомы, все особенности психики умственно отсталого ребенка из основной причины его отсталости, т. е. из факта поражения его головного мозга. Поступать так значило бы игнорировать процесс развития. Отдельные симптомы находятся в различном и чрезвычайно сложном отношении к основной причине. «Все симптомы не выстраиваются в один ряд, каждый член которого находится в совершенно тождественном отношении к причине, породившей весь ряд», — пишет Л. С. Выготский.

Эти чрезвычайно важные, еще не получившие адекватной оценки мысли Л. С. Выготского имеют, разумеется, более широкое значение. Они важны не только для дефектологии, но и для психопатологии в целом.

При оценке развития психики умственно отсталого ребенка Л. С. Выготский предлагает отличать (недостаточно хорошо, по

²² Выготский Л. С. Собр. соч. М., 1983. Т. 5, с. 275.

его мнению, изученные, но в основном определенные) ядерные признаки умственной отсталости от вторичных и третичных наслоений, надстраивающихся над этим ядром. Далее Л. С. Выготский пишет: «Первым и наиболее частым осложнением, возникающим как вторичный синдром при умственной отсталости, оказывается недоразвитие высших психологических функций. Под этим разумеют обычно недоразвитие высших форм памяти, мышления, характера, слагающихся и возникающих в процессе социального развития ребенка. При этом замечательным является тот факт, что само по себе недоразвитие высших психологических функций не является обязательно связанным с картиной дебильности»²³.

Различение первичных и вторичных дефектов развития имеет, по мнению Л. С. Выготского, не только теоретический, но и сугубо практический интерес в том смысле, что вторичные осложнения и задержки оказываются наиболее поддающимися лечебно-педагогическому воздействию. Но об этом мы скажем несколько позже.

Важнейший вывод, к которому приходит Л. С. Выготский, состоит в том, что дебил «принципиально способен к культурному развитию, принципиально может выработать в себе высшие психические функции, но фактически оказывается часто культурно недоразвитым и лишенным этих высших функций». Он объясняет это своеобразием истории развития дебила.

Для того чтобы понять суть концепции Л. С. Выготского, следует разобраться в том, что он подразумевает под своеобразной историей развития олигофрена. В этой связи мы приведем рассуждения Л. С. Выготского, содержащиеся в его работе «Развитие высших психических функций».

Л. С. Выготский обосновывает необходимость различать культурный и биологический процессы развития. Он говорит о тесном сплетении этих двух линий развития в реальной жизни обычного ребенка: «Культура человечества слагалась и создавалась при условии известной устойчивости и постоянства биологического человеческого типа. Поэтому ее материальные орудия и приспособления, ее социально-психофизиологические институты и аппараты рассчитаны на нормальную психофизиологическую организацию»²⁴.

«Эта связь, — продолжает Выготский, — приуроченность той или иной стадии или формы развития к определенным моментам органического созревания возникала столетиями и тысячелетиями

²³ Выготский Л. С. Собр. соч. М., 1983. Т. 5, с. 275.

²⁴ Выготский Л. С. Развитие высших психических функций. М., 1960, с. 54.

и привела к такому сращиванию одного и другого процессов, что детская психология перестала различать один процесс от другого и утвердилась в той мысли, что овладение культурными формами поведения является столь же естественным симптомом органического созревания, как те или иные телесные признаки. Впоследствии эти симптомы стали приниматься за самое содержание органического развития. Сперва было замечено, что задержка в развитии речи или невозможность овладения письменной речью в определенном возрасте является часто симптомом умственной отсталости. Впоследствии эти явления стали приниматься за самое существо того состояния, симптомами которого они могут явиться при известных условиях. Вся традиционная дефектология, все учение о развитии и особенностях аномального ребенка еще более, чем детская психология, была проникнута идеей однородности и единства процесса детского развития и располагала в один ряд первичные — биологические — особенности дефективного ребенка и вторичные — культурные — осложнения дефекта»²⁵.

Далее Л. С. Выготский пишет о том, что «основной отличительной чертой психического развития ненормального ребенка является дивергенция, расхождение обоих планов развития, слияние которых характерно для развития нормального ребенка»²⁶. В этой мысли Л. С. Выготского о расхождении двух планов развития ребенка с неполноценной нервной системой следует искать ключ к пониманию своеобразия этого развития. Биологическая неполноценность ребенка лишает его возможности своевременно, т. е. с самого младенческого возраста, усваивать культуру человечества. А эта культура преподносится ребенку в форме привычных для человеческого общества приемов и обычаев воспитания, рассчитанных на здорового ребенка. Особенно остро выступает это несоответствие в периоды раннего и дошкольного воспитания.

Для того чтобы наглядно представить себе теорию Л. С. Выготского, можно прибегнуть к сравнению умственно отсталого ребенка с растением, которое имеет плохие корни. Они оказываются непроницаемыми для соков в тех слоях, которые могли бы дать им питание, и открывают свои поры там, где слой почвы сух или ядовит. Такое растение, развиваясь в адекватных для него условиях, могло бы зацвести. В обычных условиях оно практически остается худосочным и чахнет, не достигнув вершин развития.

²⁵ Выготский Л. С. Развитие высших психических функций. М., 1960, с. 54-55.

²⁶ Выготский Л. С. Развитие высших психических функций. М., 1960, с. 57.

Следовательно, нужно переделать почву, т. е. систему культурного воспитания, в младенческом и дошкольном возрасте. Это не значит, что тогда может быть достигнуто беспредельное развитие больного ребенка. Но это значит, что остаются неизвестными пределы, которых могли бы достигнуть олигофренопедагогика и психология в развитии высших психических процессов у умственно отсталых детей.

По теории Л. С. Выготского, высшие психические функции, т. е. высшие формы памяти, мышления, характера, — продукт культурного развития, а не биологического созревания. Это культурное развитие возможно, но оно лишь ограничено ядерными признаками умственной отсталости: плохой восприимчивостью ребенка ко всему новому и его недостаточной активностью.

Влияние расхождения между биологическим и культурным развитием умственно отсталого ребенка проявляется, в частности, в дисгармоничном росте потребностей.

Для того чтобы уяснить динамику развития потребностей умственно отсталого ребенка, следует сопоставить ее с путями развития потребностей у нормального ребенка. Нам представляется правомерной и вполне согласующейся со многими установленными фактами гипотеза Л. И. Божович о том, что ведущей в психическом развитии младенца является потребность в новых впечатлениях. Потребность младенца в новых впечатлениях, развиваясь, перерастает в собственно познавательную потребность, т. е. стремление узнавать окружающий мир.

Эта потребность, пишет Л. И. Божович, в отличие от других первичных потребностей, имеет перспективный характер и становится побудительной силой всего дальнейшего психического развития. «Сила этой потребности, — пишет Л. И. Божович, — по видимому, связана с тем, что к моменту рождения, когда кора вступает в действие, она еще не закончила своего формирования ни в структурном (анатомическом), ни тем более в функциональном отношении. А так как развитие органа совершается в процессе его функционирования, то и развитие головного мозга происходит в процессе восприятия им все новых и новых раздражителей, вызывающих реактивную деятельность коры больших полушарий»²⁷. Это функциональное развитие коры происходит

²⁷ Б о ж о в и ч Л. И. Возрастные закономерности формирования личности ребенка. Авторсф. докт. дис. М., 1966, с. 17.

благодаря все более и более пробуждающейся у ребенка активной ориентировочной деятельности.

Между тем, и это отмечено многими авторитетными исследователями, эта ориентировочная деятельность и потребность в новых впечатлениях более всего ослаблена у младенцев с неполноценной корой головного мозга. Еще С. С. Корсаков в своем классическом описании глубоко умственно отсталой, страдавшей микроцефалией, отметил, что у нее «отсутствует одна из функций человеческой психики, определяемая в непреодолимой потребности психической жизни нормального человека — потребности познать окружающее»²⁵.

Сочувственно цитируя это мнение С. С. Корсакова, Г. Е. Сухарева в своей книге об олигофрениях добавляет: «И у детей, страдающих олигофренией, отсутствует характерное для здорового ребенка неудержимое стремление познать окружающий мир»²⁹. Ученица Г. Е. Сухаревой М. Г. Блюмина, изучавшая детей-олигофренов дошкольного возраста, также обращает внимание на выраженную у них слабость познавательной ориентировочной деятельности. Она отмечает, что для детей-олигофренов дошкольного возраста характерны вялость, слабость инициативы, недостаток любознательности.

Недостаточная познавательная активность, слабость ориентировочной деятельности — это, видимо, ядерный симптом, прямо вытекающий из неполноценности коры. Физиологически он до сих пор мало изучен. Лишь в работе Н. П. Парамоновой содержатся важные указания на присущее умственно отсталым необычно быстрое угасание ориентировочного рефлекса, затрудняющее и резко замедляющее выработку новых условных рефлексов. По всей вероятности, слабость ориентировочной деятельности должна быть поставлена в один ряд со слабостью замыкательной функции коры, инертностью нервных процессов и повышенной склонностью к охранительному торможению. Эти в настоящее время достаточно изученные признаки неполноценности корковой деятельности и составляют то, что Л. С. Выготский называл «ядром дебилности».

У умственно отсталых детей-дошкольников познавательные интересы и потребности оказываются развиты в меньшей мере, чем в норме. Поэтому у них наблюдается возрастание роли эле-

²⁵ Корсаков С. С. К психологии микроцефалии. М., 1905.

"Сухарева!". Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. 3. М., 1968.

ментарных физиологических потребностей, например потребности в еде. В норме эти потребности с годами начинают занимать подчиненное положение. При умеренном их удовлетворении они не столь действенно определяют поведение ребенка. При слабости ориентировки, малой любознательности умственно отсталых детей органические потребности продолжают играть доминирующую роль.

В дальнейшем, в школьном и особенно подростковом возрасте, у многих умственно отсталых детей преждевременно пробуждаются половые сексуальные потребности и интересы. Чаше всего они оказываются преждевременно возбужденными или извращенными вследствие наличия дурных воздействий или примеров окружающих старших юношей и девушек. Раз возникнув, они приобретают очень большую побудительную силу. Это также происходит вследствие недостаточной развитости духовных потребностей и отсутствия личностной оценки переживаний и действий. Подверженность умственно отсталого подростка такого рода преждевременным сексуальным устремлениям искажает весь ход его психического развития.

Особый интерес представляет анализ возникающей в младенческом возрасте потребности умственно отсталого ребенка в общении. Все органические потребности здорового и неполноценного ребенка могут быть удовлетворены только взрослыми. У умственно отсталого такая полная зависимость сохраняется гораздо дольше. Потребность в общении у него очень велика. Вместе с тем она не сразу перерастает в подлинную потребность в собственно общении. Она длительное время сохраняется лишь как потребность в помощи.

Но именно в связи с этой потребностью происходят существенные нарушения процесс его индивидуального развития.

Взаимоотношения умственно отсталого ребенка с родителями, братьями и сестрами с самого начала складываются неблагоприятно для развития его психики. Большинство родителей не умеет ввести такого ребенка в мир социальной действительности. Семья обычно не способствует воспитанию у него самостоятельности. Умственно отсталый ребенок слаб и моторно неловок. Он долго не может научиться сидеть, стоять, ходить. Его руки непрочно удерживают предметы: ложку, игрушку, чашку. Очень быстро родители приходят в отчаяние от беспомощности ребенка и... начинают его полностью и во всяком случае чрезмерно обслуживать. Прекращаются или резко сокращаются попытки научить его самостоятельно пользоваться вещами. Все это ведет к неблагоприятным последствиям.

Такой ребенок почти минует важнейшую школу развития

психики, школу овладения предметными действиями, им оказывается почти не пройденной вся ясельная и даже дошкольная школа. Чрезмерная опека и множество ограничений мешают развитию движений, приобретению опыта употребления предметов, ознакомлению с физическими свойствами (вещей); отсутствие у ребенка сильной потребности в новых впечатлениях, с одной стороны, и необоснованно быстрая потеря родителями надежд на возможность развития у него самостоятельности — с другой, сводят контакт между ними к удовлетворению органических потребностей. Ребенка оберегают, но не развивают.

Замедленный темп развития речи и ее несовершенство затрудняют и сильно ограничивают общение умственно отсталого ребенка с окружающими.

Следующий, еще более тяжелый момент начинается со времени соприкосновения умственно отсталого ребенка с детским коллективом.

Л. С. Выготский подчеркивал, что коллектив (детский коллектив) является центральным фактором в развитии высших психических функций. Умственно отсталый ребенок с самого начала своего общения с нормальными сверстниками (братьями, сестрами, соседями) и до момента поступления во вспомогательную школу как бы «выпадает» из детского коллектива. Он не занимает в этом коллективе адекватной позиции. Нормальные сверстники с ним не играют вовсе либо предлагают ему самые невыгодные роли. Часто они вообще игнорируют его.

Важной жизненной школой ребенка является школа коллективной ролевой игры. Как известно из курса психологии детского возраста, ребенок усваивает в процессе игры смысл общественных взаимоотношений взрослых, постигает права и обязанности по отношению к коллективу. Эту школу также минует умственно отсталый ребенок.

И наконец, последний, наиболее тяжкий ущерб его психическому развитию наносится в годы его пробного обучения в массовой школе. К счастью, происходящее сейчас развитие психоневрологии детского возраста, которое будет способствовать ранней диагностике умственной отсталости, избавит, вероятно, и детей, и школы от этой беды. Пробное обучение умственно отсталых детей в массовых школах наносит огромный вред их психическому развитию. Оно травмирует их, способствует возникновению и закреплению неправильных навыков, отрицательного эмоционального отношения к учебным занятиям.

В книге, посвященной развитию личности умственно отсталого ребенка, Л. В. Занков и его ученики³⁰ дают очень серьезный анализ того положительного перелома в развитии личности и всей психики умственно отсталого ребенка, который происходит, когда он переводится из массовой школы во вспомогательную и впервые обретает адекватную позицию в детском коллективе и классе. Но, даже вступая наконец в адекватный детский коллектив школы, умственно отсталый ребенок продолжает оставаться уязвимым, занимающим особую, приниженную позицию в своем дворе, среди братьев и сестер, на своей улице.

В этой краткой истории развития психики умственно отсталого ребенка огромную роль играют, разумеется, псевдокомпенсаторные и компенсаторные образования. Ниже мы рассмотрим эти образования.

Как ни скудно развивается личность умственно отсталого ребенка, но она все же развивается и ведет пусть не слишком активную, но все же некоторую борьбу за свои социальные позиции.

Очень многие симптомы патологии психики умственно отсталых детей в действительности относятся к симптомам компенсации и декомпенсации. Еще Э. Сеген писал о том, что облик глубоко отсталого ребенка определяется в основном, т. е. в большей части своих проявлений, «не природой, а привычками». При этом Э. Сеген совершенно справедливо не ограничивал понятие «привычки» несколькими гигиеническими привычками поведения в быту, а раскрыл его на широком материале складывающихся при жизни (в общении с людьми, в игровой, познавательной и трудовой деятельности) стереотипов поведения.

Именно в этих стереотипах поведения больше всего проявляются компенсаторные механизмы развития умственно отсталого ребенка.

Рассмотрим вначале мнимоприспособительные (псевдокомпенсаторные) вредные образования.

Ребенка не принимают в коллективную игру, но ему хочется хоть как-то привлечь к себе внимание детского коллектива. С этой целью он начинает кривляться, паясничать либо, если этот путь не приводит к успеху, грубо вмешивается в игры физически

³⁰ См.: Занков Л. В. Некоторые вопросы развития личности умственно отсталого школьника (олигофрена) на первых этапах обучения // «Известия АПН РСФСР». Вып. 37. М., 1951.

более слабых малышей (разрушает их постройки, отнимает и ломает их игрушки).

Умственно отсталому ребенку недоступен смысл увлекающих других детей рассказов, сказок, стихов, читаемых воспитательницей или учительницей. Тогда, пытаясь привлечь к себе внимание так непонятно для него умолкнувшего, застывшего в тишине детского коллектива, он начинает какую-либо забаву. Умственно отсталому ребенку трудно считать в уме, решать примеры и задачи. Возникает первый отказ от раздумий. Арифметика становится для него мнимонедоступной.

Л. С. Выготский говорит о том, что под влиянием чрезвычайно низких оценок со стороны окружающих умственно отсталый ребенок начинает осознавать свою малоценность и реагировать на нее развитием целого ряда тенденций, линий поведения, установок, которые имеют явно невротический характер. Возникают внутренние конфликты, и часто «невротическая надстройка выступает в роли фактора организующего, использующего и направляющего все остальные синдромы детского недоразвития»³¹.

На первый план выступают неблагоприятные стереотипы поведения, осложняющие и ухудшающие без того неразвитую и неполноценную познавательную деятельность ребенка.

Но бывают и удачные, счастливо найденные самим ребенком компенсаторные механизмы.

Так, например, резко выраженная замедленность действий и ответов на занятиях не всегда бывает показателем действительно замедленно протекающих психических процессов. Иногда это компенсаторная медлительность ребенка, проговаривающего «про себя» и перепроверяющего правильность всего хода своих рассуждений и действий, прежде чем произнести ответ вслух. Такого же происхождения может быть раздражающая взрослых привычка многократно переспрашивать одно и то же.

Таким образом, своеобразие истории индивидуального развития умственно отсталого ребенка состоит в том, что развитие его психики затруднено как внешними, так и внутренними неблагоприятными условиями.

Главными и ведущими неблагоприятными факторами оказываются слабая любознательность (ориентировка) и замедленная, затрудненная обучаемость ребенка, т. е. его плохая восприимчивость к новому. Это внутренние биологические (ядерные) признаки

³¹ Выготский Л. С. Собр. соч. Т. 5. М., 1983, с. 284.

умственной отсталости. Из-за этого ребенок выпадает из детского коллектива, минует два крупных этапа психического развития (овладение предметными действиями и ролевой игрой). Вторично у него происходит недоразвитие всех высших психических функций (мышления, памяти, характера и т. д.).

Теория Л. С. Выготского представляется правильной и практически очень ценной.

Из всего сказанного можно сделать вывод о том, какими должны быть принципиально наиболее эффективные меры коррекционного лечебно-педагогического воздействия на умственно отсталого ребенка.

Л. С. Выготский указывал, что анализ механизмов симптомообразования, отграничение первичных синдромов от вторичных, прослеживание закономерностей развития психики умственно отсталого ребенка имеют огромное значение для лечебной и педагогической практики. Выготский пишет о том, что наиболее тугоподвижными, наименее поддающимися воспитательному и лечебному воздействию оказываются ядерные симптомы.

Наряду с этим он высказывает чрезвычайно ценные оптимистические взгляды на возможности развития психики умственно отсталых детей. Эти возможности он связывает с выводом о том, что «высшее оказывается наиболее воспитуемым». Согласно этому аргументированному теоретически и основанному на экспериментальных и клинических данных положению, именно «вершина конуса», находящаяся, по распространенному мнению, выше возможного для умственно отсталого «потолка», может оказаться ключом к его развитию и воспитанию. Необходимо подробнее остановиться на высказываниях самого Л. С. Выготского.

«Чем дальше отстоит симптом от первопричины, — говорит Л. С. Выготский, — тем он более поддается воспитательному и лечебному воздействию. Недоразвитие высших психических функций и высших характерологических образований, являющееся вторичным осложнением при олигофрении и психопатии, на деле оказывается менее устойчивым, более поддающимся воздействию, более устранимым, чем недоразвитие низших или элементарных процессов, непосредственно обусловленное самим дефектом. То, что возникло в процессе развития ребенка как вторичное образование, принципиально говоря, может быть профилактически предупреждено или лечебно-педагогически устранено»³².

³² Выготский Л. С. Собр. соч. М., 1983. Т. 5, с. 291.

Для доказательства этого положения Л. С. Выготский ссылается на множество исследований и в частности на исследования Левенштейном однойцовых и двуйцовых близнецов. Общий результат этого и других подобных исследований сводится к следующему: наиболее воспитуемыми оказываются высшие функции.

Левенштейн показал, что этот закон всецело применим к ненормальному ребенку.

Л. С. Выготский подвергает критическому анализу основные догмы старой педагогики, видевшей главный путь воспитания умственно отсталого ребенка в многолетней тренировке его сенсомоторных функций. Он указывает, что результаты этой тренировки были крайне безуспешными, ибо центр тяжести всей воспитательной работы переносился на наименее воспитуемые функции. Если все же наступало улучшение, то оно происходило вопреки намерению самих педагогов, за счет развития мышления, произвольного внимания и других высших психических функций. И далее Л. С. Выготский указывает на то, что педагогика должна перенести центр тяжести с воспитания низших на воспитание высших психических функций.

Современная тенденция к ранней диагностике разных форм умственной отсталости, разных типов патологии нервной системы ребенка, создание дошкольных детских учреждений для разных типов детей, комплексная работа детских психоневрологов, дефектологов и патопсихологов помогут реализовать на практике совет Л. С. Выготского.

Профилактика вторичных характерологических и псевдокомпенсаторных образований, наблюдающихся у умственно отсталых детей, коренным образом изменит облик учеников, поступающих во вспомогательную школу. Они станут значительно ближе к нормальным детям.

Нельзя, конечно, недооценивать тех огромных дорогостоящих государственных мероприятий, вследствие которых все умственно отсталые дети школьного возраста охвачены в нашей стране школьным обучением. В нашей стране малая наполненность классов, хорошо поставленное обучение и воспитание уже сейчас делают чудеса, возвращая к полноценному общественному труду, жизни многие тысячи детей, обреченных в прежние годы, да и сейчас во многих других странах, на инвалидность, нищету или в лучшем случае общественное призрение.

Но предстоит добиться лучшего: быстрее достижения ранней диагностики умственной отсталости, отмены многолетнего

пробного обучения **в массовых школах** и более быстрого расширения **сети** дошкольных учреждений для детей, у которых выявляются признаки нарушенного развития нервной системы.

ВОПРОСЫ

1. В чем состоит сущность гипотезы Л. С. Выготского о развитии психики дебила?
2. Как эта гипотеза может быть реализована олигофренопедагогом в процессе проводимой им коррекционной работы?

ЛИТЕРАТУРА

- Божович Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте. М., 1968.
- Выготский Л. С. Собр. соч. Т. 5. М., 1983, с. 257-321.
- Занков Л. В. Некоторые вопросы развития личности умственно отсталого школьника (олигофрена) на первых этапах обучения // Известия АЛН РСФСР, Вып. 37, 1951.

6. МЕТОДЫ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХИКИ

Предварительное ознакомление с учащимися. Основные принципы и приемы экспериментально-психологических исследований. Отличия экспериментально-психологических методов от «метода тестов».

Учитель, воспитывающий и обучающий учеников на протяжении нескольких лет, имеет возможность хорошо изучить каждого из них. Однако педагогическое наблюдение — это не единственный метод изучения детей. Учитель, приступающий к работе в новом для него классе либо начинающий обучение первоклассников, должен ознакомиться с составом учащихся своего класса еще до начала работы с ним. Для этого существуют следующие пути.

Прежде всего учитель должен ознакомиться с медицинскими данными. Но для того чтобы лучше понять медицинские заключения, хранящиеся в личном деле каждого ученика, нужно уметь разбираться в медицинской терминологии, понимать значение тех или иных признаков болезни. Учитель мало узнает о своем ученике, прочитав, например, в медицинском заключении, что тот перенес туберкулезный менингит, если наряду с этим не ознакомится с литературой о туберкулезном менингите и его последствиях.

Вторым важным источником знаний о психическом развитии ребенка являются сведения об истории его жизни, получаемые от

родителей. Необходимо тактично, но в то же время основательно расспросить родных ребенка о том, в каких условиях он воспитывался с самых ранних лет жизни. У них надо узнать, посещал ли ребенок ясли, детский сад, как складывались у него взаимоотношения с другими детьми в семье и во дворе. Очень важно выяснить, не было ли каких-нибудь резких переломов в семейном воспитании ребенка. (Это может быть, например, смерть бабушки, которая очень баловала и нежила ребенка.) Большое значение для формирования характера ребенка имеют отношения между родными. Очень важно знать, воспитывался ли ребенок в дружной семье или в такой, в которой были постоянные распри и неурядицы.

Даже такие, часто ускользающие от внимания взрослых обстоятельства, как возраст и характер детей, с которыми ребенок проводит время, также оказывают заметное влияние на формирование тех или иных черт его характера и на умственное развитие.

Внимательное изучение короткой, но важной истории жизни ребенка дает возможность найти истоки многих черт его характера, многих особенностей его психического развития.

После ознакомления с медицинскими заключениями о состоянии здоровья ребенка и с историей его жизни учитель непосредственно знакомится с ребенком, беседуя с ним и наблюдая за ним в классе. Относительно методики педагогического изучения учащихся имеются³³ очень ценные, подробные указания профессора Л. В. Занкова³¹.

Для более глубокого изучения особенностей психики учащихся вспомогательных школ можно использовать специальные методики экспериментально-психологического исследования.

О том, что представляет собой эксперимент, известно еще из курса общей психологии.

Эксперимент отличается от простого наблюдения тем, что исследователь активно вызывает интересующие его явления по определенному плану. Благодаря эксперименту исследователь получает большую возможность определить причины, вызывающие те или иные психические явления, и следить за их изменением, развитием. Благодаря экспериментальному методу исследователь овладевает явлением. Эксперимент во всякой науке является одним из наиболее совершенных методов исследования.

³¹ См.: О педагогическом изучении учащихся вспомогательных школ / Под ред. Л. В. Занкова. М., 1953.

Для изучения разных видов патологии психики экспериментальный метод особенно важен. Олигофренопедагоги должны хорошо владеть многими экспериментальными методиками, квалифицированно толковать и оценивать результаты экспериментов, а если потребуется, то и разрабатывать новые методики.

Прежде чем описывать принципы построения эксперимента и конкретные методики, представим себе, когда, в каких ситуациях, для решения каких вопросов олигофренопедагогу может оказаться необходимым применить эксперимент.

Во-первых, желая установить наилучшую, наиболее эффективную дозировку домашних заданий, педагог может экспериментально проверить, при каком количестве домашних заданий они выполняются наиболее успешно. Учитель может проверить экспериментально, какие из новых пособий наиболее целесообразно использовать на уроке. Удачным примером экспериментального психолого-педагогического исследования является работа Х. С. Замского «О разнообразии при повторении учебного материала»³⁴. При современном курсе на сближение науки и практики каждый учитель, работая в школе, должен уметь выполнять небольшие поисковые экспериментальные работы.

Во-вторых, учителю нужно уметь экспериментально исследовать ученика в случае, если он по непонятным причинам начинает плохо успевать по какому-либо одному предмету или по всем сразу. Неуспеваемость по одному из предметов при хорошей успеваемости по другим может быть следствием какого-либо локального поражения либо недоразвития. Так, например, при нарушениях восприятия пространства может возникнуть стойкая неуспеваемость по арифметике, при нарушении слухового анализатора возникают грубые ошибки письма. Олигофренопедагог должен владеть методиками диагностики локальных поражений. Они подробно описаны в книге А. Р. Лурия «Высшие корковые функции человека».

В-третьих, олигофренопедагог, овладевший методиками экспериментальной патопсихологии, может оказаться полезным помощником детского врача-психоневролога в случаях трудной диагностики заболевания психики ребенка. Такая работа может им проводиться и в стенах школы или интерната, и в порядке единичных консультаций.

³⁴ См.: З а м е к и й Х. С. О разнообразии при повторении учебного материала // «Известия АПН РСФСР». Вып. 57. М., 1954.

Но чаще всего, разумеется, патопсихологический эксперимент используется во время работы комиссий по отбору детей во вспомогательные школы.

В ряде пособий, адресованных участникам медико-педагогических комиссий, занимающихся отбором детей во вспомогательные школы, описаны многие приемы экспериментально-психологического исследования детей.

В упоминавшейся выше работе³⁵ содержатся не только описания приемов экспериментально-психологических исследований, но и четкие правила интерпретации экспериментальных данных, облегчающих работу психолога при составлении заключения для медико-педагогической комиссии.

Не только участники комиссий, но и каждый олигофренопедагог должен понимать смысл таких экспериментально-психологических исследований.

Однако прежде чем перейти к анализу этих и иных экспериментальных приемов, следует напомнить их печальную историю, о которой уже говорилось в главе 2. Эта история, сохраняющая свою актуальность до настоящего времени, затронула интересы разных наук — медицины, педагогики, психологии и ряда других. Поскольку ее начало было связано с комплектованием вспомогательных школ, будущие олигофренопедагоги должны знать о ней хотя бы в общих чертах.

Когда в XIX в. возникла необходимость отдельного обучения нормально развивающихся и умственно отсталых детей, начались поиски способов их разграничения. Стали возникать различные приемы исследований.

Каждый экспериментальный прием неизбежно связан с теорией, которую осознанно либо неосознанно кладут в его основу авторы. Именно теория определяет полезность методики. Различные методики основаны на различном понимании процессов психики — марксистском и немарксистском.

В XIX и начале XX в. получила известное распространение теория функциональных способностей. Согласно этой теории в организме ребенка заложены наследственно обусловленные способности, которые более или менее успешно количественно развиваются в условиях среды. Подобное толкование способностей, уподобляющее их соматическим признакам (рост, вес, цвет глаз),

³⁵ См.: Отбор детей во вспомогательную школу / Сост. Т. А. Власова, К. С. Лебединская, В. Ф. Мачихина. М., 1983.

предполагало, что всю задачу диагностики умственного развития ребенка следует свести к измерению количества наследуемого ума.

Советские психологи опираются на иные положения. Разумеется, человеческий организм в целом и свойства нервной системы в частности подчинены законам генетики. Существуют не только наследственные формы поражения нервной системы, но и наследственно обусловленные различия свойств нервной, сосудистой, эндокринной и прочих систем в пределах нормы. Однако психические особенности возникают у человека более сложным путем. Они не прямолинейно детерминированы структурными свойствами зародыша, так, как детерминирован цвет глаз или волос. Наследуется, видимо, большая либо меньшая широта «нормы» реакций, т. е. возможность легко, быстро, прочно усваивать то, чему учит жизнь.

Психическое формируется в онтогенезе. Сама сущность генетического у человека (наследуемого или возникающего в эмбриогенезе) отличается от генетического у животных. Психические свойства не возникают по мере созревания органа. Они возникают и формируются в процессе взаимодействия организма со средой в ходе онтогенетического развития; генетически обусловленное строение органов создает лишь некоторые предпосылки — условия для этого развития.

Всякое свойство ума, характера, различных психических процессов ребенка представляет собой сложное образование, генез которого не может быть приравнен к генезу соматических признаков. Оно более сложно. Происхождение свойств характера, ума и психических признаков зависит от воспитания. Тем более понятно, что результат экспериментального исследования психики ребенка не следует рассматривать как выражение генетически предопределенных признаков; эти результаты, т. е. успех выполнения разных заданий, должны быть не «сосчитаны», а подвергнуты углубленному психологическому анализу. Должно быть выявлено происхождение тех свойств ребенка, которые обнаружены экспериментально.

Некоторые специалисты ошибочно полагают, что применение математических методов обработки к большому эмпирическому материалу может оказаться полезным без теоретического обоснования используемых экспериментальных приемов. Это неправильно.

С. Д. Смирнов пишет о том, что психология должна нести ответственность за распространяемые ею в обществе идеи. Одной

из ошибок методологического порядка он считает имевшее место в нашей стране использование зарубежных тестов с целью измерения интеллекта. В этой связи он говорит о том, что сама идея, согласно которой интеллект можно измерить с помощью простой линейной шкалы, причинила неопиcуемый вред нашему обществу вообще и образованию в частности. Далее он цитирует слова известного американского психолога Д. Мак-Клелланда: «Психологи должны стыдиться того, что они способствовали представлению об общем умственном развитии, которое породило подобную программу тестирования».

Вернемся к истории. Вначале психологом А. Бине была предложена серия разнородных задач, подобранных применительно к детям того или иного возраста. В зависимости от того, решал или не решал ребенок предлагавшиеся ему задачи, делался вывод о его умственном возрасте, т. е. о том, соответствует или нет его интеллект паспортному возрасту. Ребенка, решавшего только те задачи, которые предназначались для детей более младшего возраста, А. Бине относил к умственно отсталым и рекомендовал направлять для обучения во вспомогательную школу³⁶.

В последующие десятилетия наборы таких экспериментальных заданий-тестов непрерывно совершенствовались, заменялись новыми, но принцип отбора сохранялся. Умственная отсталость продолжала определяться в отрыве от медицинских данных и от типа недоразвития — просто как малое количество унаследованного от родителей ума. Ум ребенка рассматривался как некоторое однородное, стабильное и неизменное качество.

В настоящее время наиболее распространенной батареей тестов, предназначенной для измерения умственных способностей, является батарея Д. Векслера. Этот автор отобрал из психологических методик всех стран наиболее распространенные, провел их апробацию на большом количестве американских школьников и опубликовал таблицы, по которым экспериментатор может установить интеллектуальный коэффициент ребенка, подростка, а также взрослого. Как и все тестологи, Векслер считал, что экспериментатор не должен вмешиваться в самый процесс выполняемой ребенком работы. Считалось, что он не имеет права помогать ребенку и даже разъяснять ему инструкцию. Его функция ограничивалась учетом заранее обусловленного времени на выполнение

³⁶ Зинченко В. П., Смирнов С. Д. *Методологические вопросы психологии*. М., 1983, с. 30.

каждой из задач. Экспериментатор должен был ограничиваться подсчетом суммы баллов по числу правильно решенных в срок задач.

Проведение такого тестового исследования требует, разумеется, навыков и умений. Однако при этом не предполагается наличия ни педагогических, ни медицинских знаний. Эта деталь важна. Существенно также содержание задач, входящих в состав теста Векслера. Они включают вопросы, выявляющие общую осведомленность, умение решать арифметические задачи, определять понятия (в том числе и сложные), а также обычные для работы с детьми задачи на складывание разрезанных картинок, установление последовательности событий, складывание фигур Кооса и др. Наибольшее значение придается показателям вербальных тестов.

При всяком тестировании дело происходит обычно так: экспериментально исследовались навыки, умения, знания и скорость действий ребенка. А дальше производилась подмена понятий. Достижения ребенка при решении задач, выявляющие его подготовленность, осведомленность, зависели от условий воспитания, а количество этих достижений, т. е. конкретное количество правильно решенных (за ограниченное в секундах время) задач, рассматривалось как показатель величины природного ума ребенка. Если оказывалось, что у ребенка или подростка IQ больше единицы, он считался одаренным. Если IQ был равен единице или был не меньше чем 0,75, ребенок считался нормальным, а если IQ оказывался меньше 0,75, ребенок считался умственно отсталым.

При ознакомлении с иностранной литературой, вышедшей в самые последние годы, часто обнаруживаются ссылки на IQ. До сих пор, несмотря на активные возражения прогрессивных педагогов и психологов, во многих зарубежных странах детей распределяют по разным типам школ и иных учебных заведений на основании вычисления их IQ.

Нет ничего удивительного в том, что распределение детей по типам школ на основании так называемого коэффициента ума оказалось удобным для господствующих в капиталистических странах классов. Этот способ распределения дает возможность на якобы научной основе направлять в лучшие школы детей родителей из обеспеченных классов. На основании тестовых обследований дети из беднейших слоев населения признаются умственно недоразвитыми и направляются в школы, где они получают несравнимо худшее образование.

Нельзя сказать, что педагогическая, психологическая и вообще научная общественность США и Англии относится к такому тестовому отбору безучастно.

Против тестирования выступила национальная ассоциация просвещения, т. е. объединение учителей США. В 1964 г. было запрещено использование в школах Нью-Йорка наборов интеллектуальных тестов, а в 1967 г. суд признал незаконным применение интеллектуальных тестов в государственных школах Вашингтона. Однако во всех частных школах при приеме в разные учебные заведения и даже на работу процветает тестирование.

В 1982 г. на русском языке был опубликован перевод книги американского психолога профессора Дж. Лолера³⁷, посвященной измерению интеллекта. Монография Лолера вышла одновременно в Париже (на французском языке), в Лондоне и Нью-Йорке. Она содержит деловую конкретную критику теоретических и практических ошибок тестологии.

Олигофренопедагогам следует рекомендовать ее для понимания не только сущности тестов, но и ряда иных теоретических проблем.

Не меньший интерес представляют данные другого автора, профессора А. Анастази³⁸, которую некоторые считают «классиком» тестирования. Ее книга переведена у нас с пятого издания, нью-йоркского. В ней представлен очень большой материал, характеризующий службу психологов во многих странах. В книге описаны индивидуальные и групповые тесты, применяющиеся при приеме на работу, при необходимости отсечь с работы, при приеме в колледжи и университеты и т. д. Поразительным оказывается богатство и многообразие службы тестирования. Некоторые называют книгу «энциклопедией западного тестирования».

Тем более удивительным оказывается, что в этой «энциклопедии» содержится та же критическая оценка тестов интеллекта, которая высказывалась по их адресу много лет тому назад. Так, А. Анастази пишет: «Согласно распространенному представлению IQ есть показатель врожденных интеллектуальных возможностей и представляет собой неизменное свойство индивида. Как будет видно из главы 12, этот взгляд не подтверждается ни теоретическими рассуждениями, ни эмпирическими данными»³⁹.

³⁷ См.: Лолер Дж. Коэффициент интеллекта, наследственность и расизм. М., 1982.

³⁸ См.: Анастази А. Психологическое тестирование. Кн. 1 и 2. М., 1982.

³⁹ Анастази А. Психологическое тестирование. Кн. 2. М., 1982, с. 65.

Далее А. Анастаси пишет о том, что полученные при помощи тестов показатели выявляют лишь уровень знания испытуемым культуры своего окружения. Они не имеют ни прогностического, ни диагностического значения.

Так, по поводу шкал Векслера А. Анастаси пишет: «Тридцатилетние исследования перечисленных форм структурного анализа шкал Векслера выявили их незначительную диагностическую ценность»⁴⁰.

Следует учесть, что эти высказывания сделаны крупнейшим специалистом в области тестирования.

В Советском Союзе отбор детей во вспомогательные школы происходит без вычисления интеллектуального коэффициента. Это обусловлено тем, что наши специалисты (психологи, педагоги, дефектологи) не считают, что тестовыми измерениями можно установить наследуемую постоянную величину ума ребенка и на этом основании прогнозировать возможности его обучения. Умственная отсталость связана с патологией (наследуемой либо приобретенной) центральной нервной системы ребенка. Поэтому первое слово в оценке принадлежит врачу-психоневрологу.

В трудных для распознавания случаях экспериментальное психологическое исследование могло бы способствовать уточнению диагноза, лучшей квалификации степени умственного недоразвития. Что касается стандартизированного тестового исследования, при котором именно ради этой стандартизации экспериментатор не имеет права никак вмешиваться в работу ребенка и решающим для успешности действий ребенка оказывается скорость его действий (время обязательно ограничено), то оно не дает оснований для прогноза обучаемости.

Виды недоразвития детей очень разнообразны. Неправомерно «стричь всех под одну гребенку», - как если бы разум ребенка представлял собой нечто аналогичное его росту и весу.

Недопустимо при исследовании психически неполноценных детей чрезмерно стандартизировать условия исследования и ограничивать ребенка во времени.

В очень серьезном и важном исследовании Н. С. Кочарян⁴¹ показано, что темп мышления не характеризует его качество. Медленно думающие ученики младших классов массовых школ

⁴⁰ Анастаси А. Психологическое тестирование. Кн. 2. М., 1982, с. 65.

⁴¹ Кочарян Н. С. Некоторые психологические особенности медленно думающего младшего школьника. Автореф. канд. дис. Ереван, 1973.

нередко вызывают у их учителей предположение о том, не являются ли они олигофренами. Проследив динамику развития этих школьников, Н. С. Кочарян установила, что в старших классах те же ученики оказываются наиболее творчески и самостоятельно мыслящими учащимися. Исследование Н. С. Кочарян опровергает основное положение тестологов о том, что «кто быстро решает легкие задачи, тот будет быстро решать трудные». Поэтому одно из главных условий тестовых заданий — ограничение времени в секундах — теряет смысл.

При оценке результатов эксперимента главными являются качественные показатели. Эти показатели свидетельствуют о способе выполнения заданий, о типе и характере ошибок, об отношении ребенка к своим ошибкам и критическим замечаниям экспериментатора.

Из сказанного не следует, что какое бы то ни было количественное измерение лишено смысла. Это не так. Однако количественные показатели (скорость, объем выполненной работы, количество ошибок и т. д.) имеют лишь подчиненное, второстепенное значение. Они могут быть полезны лишь в том случае, если известно, как больной ребенок относится к работе: заинтересован ли он в успехе, понимает ли инструкцию и т. п.

Также лишены смысла невмешательство экспериментатора в работу ребенка, предельная стандартизация условий эксперимента. Желательно оказывать помощь и осуществлять индивидуальный подход в процессе исследования. Совместное преодоление ошибок, возникающих у ребенка в процессе выполнения экспериментальных заданий, учет того, какая помощь оказалась необходимой и достаточной, — наиболее интересный и важный материал для оценки тех или иных нарушений психической деятельности.

Разумеется, что экспериментатор, который будет проводить эксперимент такого типа, должен быть патопсихологом или олигофренопедагогом. Он должен «вести эксперимент» индивидуально, учитывая значение разных способов работы ребенка, его ошибок и его отношения к помощи. Это очень важное обстоятельство. Сколько ни делается оговорок в зарубежной литературе о том, что тесты должны быть использованы достаточно квалифицированными экспериментаторами, А. Анастаси все же была вынуждена признать следующее: «Если тесты проводятся лаборантами, или ассистентами, или людьми других профессий... важно, чтобы их, по крайней мере, консультировал квалифи-

цированный психолоп⁴². Над этим стоит задуматься. В погоне за мнимой объективностью и точностью тестовых испытаний тестологи (а вслед за ними — некоторые наши специалисты) обеспокоены субъективным характером оценки экспериментальных данных олигофренопедагогом или патопсихологом. Упреки, адресуемые иногда патопсихологам, в том, что качественный анализ экспериментальных данных в значительной мере субъективен и не основывается на стандартах нормы, представляются несостоятельными.

Выше упоминалось отношение Л. С. Выготского к этому вопросу. Он считал, что надежда на «измерители» психики неосновательна, что неуместны упреки в субъективности экспериментатору, работающему в области патологии. «Чрезмерная боязнь, — писал Л. С. Выготский, — так называемых субъективных моментов в толковании и попытка получить результаты наших исследований чисто механическим, арифметическим путем, как это имеет место в системе Бине, ложны. Без субъективной обработки, т. е. без мышления, без интерпретации, расшифровки результатов, обсуждения данных, нет научного исследования»⁴³.

Ведь хороший клиницист, сопоставляя различные анализы, кардиограммы и другие данные, сам осматривает больного и пользуется своим опытом, своей квалификацией, чтобы субъективно вынести заключение. Так же действует олигофренопедагог или патопсихолог.

В большинстве случаев показателем успешности действий ребенка являются применяемые им способы выполнения заданий, типы ошибочных действий и отношение к помощи. Но так как помощь экспериментатора не регламентирована, она может иногда оказаться чрезмерной. Особенно грешат такими ошибками малоопытные экспериментаторы.

Разумеется, эксперименты, которые проводятся с психически больными или глубоко отсталыми детьми, заведомо не могут быть столь точными и безупречными, как это имеет место при исследовании нормальных детей. Умственно отсталые дети не только нарушают порядок работы, предусмотренный инструкцией, но иногда и вовсе действуют не так, как должно: играют с пособиями, вместо того чтобы раскладывать их соответствующим образом,

⁴² Анастаси А. Психологическое тестирование. Кн. 1. М.? 1982, с. 51.

⁴³ Выготский Л. С. Собр. соч. Т. 5. М., 1983, с. 299.

прячут их в карманы, выполняют действия, прямо противоположные тем, которые их просят выполнить.

Однако все эти не соответствующие инструкции действия не следует рассматривать как срыв эксперимента. Они представляют собой ценный экспериментальный материал, который может оказаться продуктивным и важным при условии, если все, что происходило во время эксперимента, было тщательно запротоколировано.

Совершенно недопустимо вести эксперимент без протокола; протокол — это душа эксперимента. Даже если высказывания ребенка записываются с помощью магнитофона, протокол все равно следует вести. Ведь нужно записать, как действовал ребенок, каковы были его эмоциональные реакции и т. д. Для каждой экспериментальной методики существует своя особая форма протокола.

В любой протокол записываются действия ребенка и его речевые реакции. Кроме того, в них должны быть отражены вопросы, критические возражения, подсказывающие реплики, прямые разъяснения, а также и то, как ребенок принимает эту помощь (сразу ли спохватывается и исправляет ошибки, оспаривает или принимает возражения). Каждый эксперимент должен дать объективные данные, которые могут быть подтверждены при его проведении другими людьми и с помощью каких-либо иных, контрольных опытов.

Однако олигофренопедагогу приходится пользоваться методиками экспериментально-психологического исследования не только для дополнения данных отборочных комиссий. Иногда надо обследовать ученика вспомогательной школы, у которого предполагается то или иное психическое заболевание. В других случаях олигофренопедагога могут попросить высказать свое мнение об ученике массовой школы, который в 5-м или даже 7-м классе стал неудовлетворительно учиться. При этом обнаружилось, что он не усвоил программу предшествующих классов. Кроме того, неизвестно, как и где его надо обучать в дальнейшем. Выявилось, что программу предшествующих лет он не знает, нового не усваивает, и как организовать его дальнейшее обучение, решить трудно.

Реальные обстоятельства довольно часто ставят перед учителем вспомогательной школы задачи, которые нужно решать, пользуясь различными экспериментальными методиками, например при необходимости давать выпускникам советы в отношении выбора места работы. Поэтому олигофренопедагог должен знать экспе-

риментальные методики разного типа, разной трудности и уметь правильно истолковывать результаты экспериментов.

Таким образом, нет ничего удивительного в том, что в Советском Союзе отбор детей во вспомогательные школы проводился и проводится без применения тестового метода, без попыток чисто количественного измерения ума ребенка. Сторонники подобных измерений, повторим это, исходят из того, что ум представляет собой однородное, стабильное качество; такие измерения игнорируют взаимосвязь умственного развития детей с процессом обучения. Отказ от применения метода измерения ума (IQ) для отбора детей во вспомогательную школу в существенной мере обусловлен пониманием того, что умственная отсталость детей, их неспособность усваивать программу массовой школы — это всегда следствие врожденной либо приобретенной патологии головного мозга. Следовательно, никакой измерительный подход к определению степени умственного недоразвития в отрыве от клинических медицинских данных не может иметь смысла. Тестологи могли не знать ни клиники, ни психологии. На их долю выпадал лишь подсчет баллов по таблицам.

Из сказанного, однако, не следует, что экспериментальные методы вообще неуместны при исследовании психики детей, относительно которых известно, что у них имеется какая-либо патология нервной системы. Для оценки степени и характера нарушений психики психиатры давно пользуются экспериментально-психологическими приемами. Они подробно и содержательно описаны в монографиях и методических пособиях, посвященных принципам отбора детей во вспомогательные школы (А. Р. Лурия и Г. М. Дульнев, М. С. Певзнер, С. Д. Забрамная и др.).

Дальнейшее развитие теории и практики вызвало необходимость дополнить имеющиеся публикации новыми.

Авторы всех опубликованных методических пособий и монографий имели в виду выявление и исследование тех умственно отсталых, которые два-три года безуспешно проучились в массовой школе. Сейчас сроки так называемого «пробного обучения» в массовых школах начали сокращаться, поскольку вред такого обучения стал более очевидным. Возникла задача возможно более раннего распознавания разных форм умственного недоразвития с целью своевременного выбора адекватной школы (без травмирующего «пробного обучения» и последующего перевода ребенка из одной школы в другую).

В нашей стране проблема отбора во вспомогательные школы решается на основе анализа педагогических характеристик и заключений психоневрологов. Если этих данных оказывается недостаточно, то, как уже говорилось выше, производят углубленное экспериментально-психологическое исследование. Это исследование должны проводить специалисты-патопсихологи (таких кадров пока очень мало) или олигофренопедагоги, поскольку они изучают в институте психиатрию, невропатологию, общую и специальную психологию и проходят экспериментальный практикум. Специалистам какого-либо другого профиля доверять экспериментально-психологическое исследование детей не следует ввиду их некомпетентности в этих вопросах.

Очень хорошо, что по новому учебному плану введен курс «Методы психолого-педагогической диагностики».

Принципиальное отличие методик экспериментально-психологического исследования от педологических тестов заключается, во-первых, в разной целевой установке. Педологи пытались с помощью тестов измерять степень умственной одаренности ребенка, игнорируя медицинские данные и подменяя этим измерением как медицинское изучение состояния нервной системы ребенка, так и педагогический анализ его познавательной деятельности. Современное экспериментально-психологическое исследование преследует иные цели. Оно должно дополнять и углублять медицинское и педагогическое изучение ребенка, способствуя этим разрешению отдельных, практически важных вопросов диагностики и методики восстановления и развития психики ребенка.

Во-вторых, отличие методик экспериментально-психологического исследования от педологических тестов состоит в том, что первые направлены на качественный анализ психических процессов, на раскрытие механизмов того или иного способа деятельности ребенка, в то время как тестовые испытания носят в основном измерительный характер и основываются на статистической вероятности тех или иных признаков.

Как и всякий эксперимент, психологический эксперимент неизбежно происходит в равных и несколько искусственных условиях. Равенство условий вовсе не тождественно бессмысленной стандартизации исследования. Во время выполнения задания ученику можно и нужно оказывать помощь. То, как он принимает эту помощь и каких достижений может при этом добиться, как раз и является одним из наиболее интересных показателей исследования.

При проведении экспериментальной работы следует учесть некоторые методические советы.

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

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

1) простое переспрашивание, т. е. просьба повторить то или иное слово, поскольку это привлекает внимание ребенка к сказанному или сделанному;

2) одобрение и стимуляция дальнейших действий, например: «хорошо», «дальше»;

3) вопросы о том, почему ребенок сделал то или иное действие (такие вопросы помогают ему уточнить собственные мысли);

4) наводящие вопросы или критические возражения экспериментатора;

5) подсказ, совет действовать тем или иным способом;

6) демонстрация действия и просьба самостоятельно повторить это действие;

7) длительное обучение ребенка тому, как надо выполнять задание.

При описании отдельных методик приводятся указания на то, какие виды помощи в данном случае уместны. Все же выбор адекватных способов помощи остается одним из трудных разделов экспериментальной работы, требующих опыта и квалификации.

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

а) сначала следует проверить, не окажутся ли достаточными более легкие виды помощи, и лишь затем прибегнуть к показу (демонстрации) и обучению;

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

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

Наибольшую трудность представляет анализ экспериментальных данных. Важно суметь отграничить проявления патологии психической деятельности от особенностей психики, связанных с индивидуальными свойствами ребенка, или от неправильного отношения к исследованию. Во избежание ошибок желательно, чтобы экспериментатор приобрел личный опыт экспериментального исследования психически здоровых детей. Психолог должен анализировать экспериментальные факты с большой сдержанностью и осторожностью.

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

На основании анализа экспериментальных данных составляется заключение.

Надо сказать, что оно не является документом, определяющим направление ребенка в ту или иную школу. Как указывалось выше, оно принадлежит к вспомогательным материалам, облегчающим решение вопроса врачом-психоневрологом и олигофренопедагогом.

В заключении по данным экспериментально-психологического исследования содержатся выводы относительно адекватности либо неадекватности эмоционального личностного отношения ребенка к факту проверки его умственной работоспособности. Помимо этого, в нем дается описание того, в чем главные затруднения ребенка при выполнении предложенных ему заданий. Указанные затруднения могут быть связаны с: а) ослаблением внимания, рассеянностью и забывчивостью, сочетающихся с достаточной сообразительностью; б) неумением обобщать, улавливать существенный скрытый смысл и строить логичные умозаключения; в) неумением выразить мысль и вообще работать со словесно

оформленным материалом; г) поражением либо недоразвитием отдельных анализаторов.

Возможны и иные выводы из экспериментальных данных. Важно лишь отметить, что их смысл заключается в качественной оценке особенностей познавательной деятельности учащихся, а не в цифровых показателях так называемого интеллектуального возраста или коэффициента ума.

Составление такого заключения требует, разумеется, не только наличия технических навыков проведения экспериментальной работы, но и хорошей психологической квалификации.

В данной главе приводится лишь несколько примеров экспериментальных методик. Остальные экспериментальные методики описаны в конце глав, в которых излагаются особенности психических процессов (восприятия, памяти, внимания и т. д.). Следует, однако, учесть, что с помощью каждой из экспериментальных методик может быть получен материал, дающий возможность судить о многих различных особенностях психики. Очень мало таких, которые могут быть использованы при исследовании только одного процесса. Так, например, методика А. Н. Леонтьева, первоначально предназначенная для исследования опосредованного запоминания, оказалась продуктивной и для анализа мышления детей. Методики, предназначенные для изучения внимания (проба В. М. Когана, проба Эббингауза), могут быть использованы для оценки критичности. Поэтому сделанное в данном пособии расположение методик по главам следует рассматривать как очень условное и схематичное. Приступая к изучению ребенка, нужно владеть всеми методиками.

«ДОСКИ СЕГЕНА»

Эта методика может быть использована для исследования наглядно-действенного мышления умственно отсталых детей. Методика позволяет выявить способность ребенка к осмыслению новых способов действия, а также его обучаемость этим способам действий.

Особый интерес представляет применение этой методики для исследования детей дошкольного возраста и глубоко отсталых.

Ценность данной методики состоит в том, что она не предусматривает речевой инструкции и словесного оформления выполняемых ребенком действий. Поэтому она пригодна для исследования тех умственно отсталых детей, которые с трудом

понимают обращенную к ним речь или вообще не имеют сформированной речи.

Используются доски с пазами различной геометрической формы и соответствующими им вкладками. Имеются варианты этих досок разной степени сложности. Элементарная доска из четырех вкладок доступна для предъявления детям с двухлетнего возраста. Наиболее распространенный вариант доски Сегена (из 10 вкладок) предъявляется детям старше 3 лет.

Сложность зависит от того, что некоторые пазы могут быть заполнены лишь комбинацией нескольких вкладок. Углубленная апробация разных вариантов досок Сегена и анализ разных показателей (времени, ошибок, способов действий и др.) при диагностике умственной отсталости производились коллективом сотрудников психологической лаборатории Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР (Л. Н. Поперечная, И. А. Коробейников) при участии студентов дефектологического факультета МГПИ им. В. И. Ленина. Этим коллективом было исследовано свыше 300 детей 7 лет (200 здоровых и 100 умственно недоразвитых), проведен анализ экспериментальных данных по одной из более сложных досок⁴⁴.

Методика проведения опыта очень проста: экспериментатор показывает ребенку доску с уложенными вкладками, затем высыпает их и жестами предлагает вложить на место.

Иногда экспериментатор начинает это делать сам, чтобы привлечь ребенка.

Оценка результатов проводится на основании анализа процесса всей работы ребенка. Прежде всего следует обратить внимание на то, как ребенок воспринимает инструкцию и приступает к выполнению задания.

Во многих случаях важно установить, что простую (не требующую усвоения инструкции) работу ребенок выполняет охотно, старательно, испытывая видимое удовольствие от удачи. Это удовольствие проявляется у некоторых детей так явно, они так рады, что получили задание по силам, что по собственной инициативе вновь и вновь вынимают и вставляют вкладыши. Такая заинтересованность наблюдается у личностно сохранных детей.

Интеллектуально полноценные дети в раннем дошкольном

⁴⁴ Экспериментально-психологические исследования детей в период предшкольной диспансеризации. Методическое письмо Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР. М., 1978.

возрасте (с 2 лет) способны правильно соотнести фигуру с пазом и уложить каждую в соответствующее ей место. Некоторые из них, правильно понимая задание, испытывают чисто технические трудности при укладке фигур из-за неловкости мелких движений рук (вследствие общей моторной недостаточности).

Глубоко умственно отсталые дети бесцельно манипулируют фигурками, сосут их, стучат ими. Другие пытаются положить вкладки, но действуют хаотично и бессистемно, так называемым методом проб и ошибок (тычут любую фигурку в любой паз, накладывают фигурки на уже занятые пазы). Более сохранные дети воспринимают задачу правильно, но испытывают некоторые трудности при дифференциации более сложных сходных геометрических форм (овал и полукруг, ромб и шестиугольник и т. д.).

Другим критерием для оценки интеллектуальной деятельности является восприимчивость детей к помощи. Даже среди тех, кто выполняет задание методом проб и ошибок, есть дети, которые способны улучшить результаты под влиянием указания экспериментатора. Особенно хорошо удается выявить обучаемость ребенка при повторных и даже трехкратных предъявлениях того же задания. В одних случаях дети и во второй и в третий раз действуют хаотично и нецеленаправленно. Дети же, способные к некоторому продвижению при повторном выполнении, улучшают способ действия.

Эти данные могут иметь прогностически важное значение. Даже с детьми-имбецилами, обнаружившими некоторую восприимчивость к помощи в этом задании, можно и нужно организовать педагогическую работу.

«СЮЖЕТНЫЕ ВКЛАДКИ»⁴⁵

Эта методика была предложена американскими психологами Пинтнером и Патерсоном. По структуре она близка к методике «Доски Сегена».

Во время эксперимента используется большая доска, на которой изображены 10 различных ситуаций с недостающими элементами на месте вырезанных пазов. На вкладках выполнены рисунки, изображающие эти или намеренно неподходящие элементы. Ребенок должен выбрать из большого количества вкладок

соответствующую по смыслу. Среди изображенных ситуаций есть, например, такая: мальчик стоит на лестнице возле яблони и бросает вниз яблоко, а внизу находится паз, в который нужно вложить недостающий элемент. Среди вкладок имеется корзина с яблоками и такая же корзина с цветами. Другая ситуация: девочка смотрит вверх. В ее руках пустая открытая клетка для птиц. Среди вкладок имеется улетающая птичка и такая же, как на большом рисунке, клетка с птичкой внутри и т. п.

При оценке результатов этого задания обращается внимание на то, как ребенок осмысляет изображение на доске ситуации, насколько целенаправленно и устойчиво его внимание. Значительный интерес представляет наблюдение за способом работы ребенка. 1-й способ — ребенок, взяв в руки любую вкладку, ищет ей место. Такой способ нерационален и малопродуктивен. 2-й, более совершенный, способ — ребенок, осмыслив ситуацию, ищет среди вкладок именно тот элемент, который необходим.

Интеллектуально полноценные дети (5 — 6 лет) способны правильно понять ситуацию и подобрать к ней соответствующую вкладку. Следует отметить, что они не всегда могут самостоятельно использовать более рациональный способ работы. Однако при направляющем указании со стороны экспериментатора усваивают этот способ.

Дети со значительно выраженной степенью умственной отсталости не способны осмыслить это задание. Чаще они понимают, что нужно вставить в паз вкладку, но никак не связывают это действие с содержанием рисунков, изображенных на доске и вкладке. Они заботятся лишь о том, чтобы вкладка вошла в паз.

Другие умственно отсталые дети могут осмыслить простейшие из ситуаций. Чаще всего это те ситуации, где имеются сходные с вкладышем детали (например, подбирают вкладку «кусоч бревна» к ситуации «мальчик распиливает бревно»). В более сложных случаях они руководствуются внешним признаком сходства. Так, например, к ситуации «девочка с клеткой» обычно подкладывают другую клетку с птичкой внутри (вместо улетающей птички).

Умственно отсталые дети во время этого эксперимента обычно пользуются первым способом действия (ищут место для вкладки, а не вкладку в ситуации). Если экспериментатор подскажет более продуктивный способ работы, они могут использовать его лишь в данной (подсказанной) ситуации, не осуществляя последующего

переноса. Чтобы умственно отсталый ребенок мог успешно справиться с этой работой, экспериментатору приходится разбирать с ним содержание каждой ситуации, часто прямо указывать на недостающий элемент.

Эта методика дает возможность выявить также целенаправленность деятельности при большом объеме работы.

Дети, у которых объем внимания недостаточен, даже при хорошей способности к осмыслению часто затрудняются в выполнении данного задания, так как не в состоянии охватить все изображенные ситуации и сделать выбор из большого количества вкладок. Если ограничение объема работы (закрыть ряд ситуаций и уменьшить количество предъявляемых вкладок) приводит к улучшению ее качества, то можно сделать вывод о том, что причиной ошибок являются не трудности осмысления, а сужение объема восприятия.

В публиковавшихся до сих пор работах справедливо указывалось на то, что умение использовать помощь взрослого (экспериментатора) является показателем обучаемости ребенка. Неспособность воспользоваться этой помощью говорит об умственной отсталости или умственном недоразвитии. Такое положение соответствует теории Л. С. Выготского о большей или меньшей широте «зоны ближайшего развития» детей. Несомненно, что показатель обучаемости ребенка в экспериментальных условиях лучше всего характеризует его интеллектуальные возможности и позволяет осуществить прогноз в отношении школьной успеваемости.

Однако в применявшихся методиках помощь экспериментатора никак не регламентировалась, не ограничивалась. Поэтому у одного экспериментатора она могла оказаться минимальной, у другого — чрезмерной. В этих условиях эксперимент теряет необходимую объективность.

На основе теории Л. С. Выготского патопсихологом детского возраста А. Я. Ивановой под руководством профессора Б. В. Зейгарник была разработана экспериментальная методика, в которой помощь экспериментатора была регламентирована, внесена в структуру самого эксперимента. Показателем обучаемости становилась та степень помощи ребенку, которой оказывалось достаточно, чтобы научить его новому способу действий. Этот принцип построения эксперимента используется теперь достаточно широко.

«ОБУЧАЮЩИЙ ЭКСПЕРИМЕНТ»⁴⁶

Этот эксперимент не может рассматриваться как отдельная методика, вернее сказать, что это особый принцип построения эксперимента, который может быть применен для видоизменения любой из методик.

Теоретической основой этого метода стало учение Л. С. Выготского о наличии у ребенка двух уровней развития — «актуального» и «зоны ближайшего развития». «Актуальный» уровень умственного развития Л. С. Выготский определяет как запас знаний и умений, которые сформировались у ребенка к моменту исследования на основе уже созревших психических функций. Понятие «зоны ближайшего развития» он раскрывает следующим образом: «Большая или меньшая возможность перевода ребенка от того, что он умеет делать самостоятельно, к тому, что он умеет делать в сотрудничестве, и оказывается самым чувствительным симптомом, характеризующим динамику развития и успешности ребенка. Она вполне совпадает с его зоной ближайшего развития»⁴⁷.

Следовательно, при психологическом исследовании умственных возможностей ребенка тот факт, решил или не решил данный ребенок предложенную ему задачу самостоятельно, еще не дает основания для правильной оценки. Истинным критерием для определения уровня умственного развития ребенка будет определение его «зоны ближайшего развития», т. е. установление того факта, сможет или не сможет он решить данную задачу (доступную для детей его возраста) с помощью экспериментатора и, усвоив приемы, подсказанные ему в процессе обучения, самостоятельно использовать их при необходимости решить аналогичную задачу.

«Это положение привело к коренному изменению в психологических методах оценки умственного развития ребенка, и выдвинутая Л. С. Выготским идея «зоны ближайшего развития» раскрыла совсем новые возможности в этой важной области психологической практики»⁴⁸, — указывают ведущие советские психологи А. Н. Леонтьев и А. Р. Лурия.

⁴⁶ Раздел написан А. Я. Ивановой.

⁴⁷ Выготский Л. С. Избранные психологические исследования. Т. 1. М., 1956, с. 275.

⁴⁸ Леонтьев А. Н., Лурия А. Р. Психологические воззрения Л. С. Выготского. // Выготский Л. С. Избранные психологические исследования. Т. 1. М., 1956, с. 34.

Л. С. Выготский считал, что необходимо не только регистрировать факт успешного самостоятельного решения задачи, но и выявлять способность детей решать трудные для них задачи, «если прийти к ним на помощь путем показа, наводящего вопроса, начала решения и т. д.»⁴⁹.

С помощью диагностического «обучающего эксперимента» исследуется не актуальный уровень умственного развития ребенка, а оцениваются его потенциальные возможности в отношении овладения новыми способами умственных действий («зона ближайшего развития»). В соответствии с этим для детей одной возрастной группы подбирается такое задание, которое может быть выполнено при сотрудничестве со взрослыми. Успешность выполнения задания будет определяться тем количеством помощи, которое необходимо для его правильного выполнения. Следовательно, количество необходимой помощи и будет основным критерием при оценке уровня умственного развития ребенка.

Для того чтобы в результате эксперимента получить точные, сопоставимые данные об особенностях умственной деятельности разных детей, необходимо, чтобы помощь со стороны экспериментатора была строго дозирована и могла быть количественно учтена. Требование учитывать количество различных видов оказываемой помощи предполагает ее отражение в инструкции к проведению эксперимента.

Поскольку «обучение» в диагностическом эксперименте не является самоцелью, а служит лишь средством выявления умственных возможностей ребенка, при построении системы дозировки и регламентации отдельных видов помощи нам пришлось избрать такую последовательность, при которой ребенку вначале предъявляются наиболее скупые и сжатые «уроки-подсказки» и лишь затем даются все более подробные и развернутые. Такое построение в известной степени соответствует той системе дозированного вмешательства, которую применял Р. Н. Натадзе при формировании у детей искусственных понятий.

Кроме предложенных Л. С. Выготским критериев оценки умственного развития ребенка (восприимчивость к помощи и способность к логическому переносу), нами был включен и третий критерий — ориентировочная деятельность ребенка. Использование

⁴⁹ Выготский Л. С. Избранные психологические исследования. М., 1956. Т. 1, с. 273.

этого критерия нам представляется очень важным в диагностическом отношении в свете данных П. Я. Гальперина об огромной роли активной ориентировочной деятельности при формировании новых умственных понятий у здоровых детей, а также указаний Г. Е. Сухаревой на отсутствие любознательности и слабость ориентировки у детей-олигофренов.

Таким образом, принцип диагностического «обучающего эксперимента» может быть использован для перестройки любой экспериментальной методики. Эксперимент проводится по схеме, состоящей из трех этапов: ориентировочный, основное задание, аналогичное задание. Основное задание подбирается так, чтобы его конечный результат был строго заданным (неизвестным, но находящимся в «зоне трудности» для детей одной возрастной группы). Помощь со стороны экспериментатора носит характер дозированных (по качественному уровню) и предъявляемых в определенной последовательности «уроков-подсказок». Количество этих уроков зависит от того, насколько успешно ребенок справляется с заданием.

Конкретные вопросы, относящиеся к построению «обучающего эксперимента», разрабатывались нами с 1963 г. на основе известных психологических методик⁵⁰. Наибольший интерес представляет модифицированная для «обучающего эксперимента» методика классификации геометрических фигур, ранее предложенная Ю. Ф. Поляковым для других целей. Она представляет собой как бы облегченный вариант методики Выготского — Сахарова⁵¹.

Эта методика (в ее модификации) может быть использована для исследования потенциальных возможностей детей 7—10-летнего возраста, так как выполнение предусматриваемых ею заданий вызывает некоторые затруднения даже у здоровых детей этой возрастной группы (т. е. она находится в «зоне трудности»). В то же время экспериментальное обучение выполнению этого задания не требует наличия школьных знаний. Следовательно, во всех случаях, когда возникает необходимость в оценке умственных воз-

⁵⁰ См.: Иванова А. Я. «Обучающий эксперимент» как метод психологического исследования детей с аномалиями психического развития // *Вопр. экспериментальной патопсихологии*. М., 1965.

⁵¹ См.: Иванова А. Я. «Обучающий эксперимент» как принцип оценки умственного развития детей. Канд. дис. М., 1969; Лебедева В. И. Апробация методики «Классификация фигур». Курс, работа. М., 1966.

возможностей, она может быть предложена и тем детям, которые не справляются со школьной программой или вообще еще не начинали обучаться.

Методика предусматривает использование двух наборов 24-х карточек, на которых изображены различные по цвету и величине геометрические фигуры. Набор, в котором представлены три цвета (красный, зеленый и желтый), четыре формы (круг, квадрат, треугольник и ромб) и две величины (большая и маленькая), используется при предъявлении основного задания. Набор, в котором представлены четыре цвета и три формы, используется при предъявлении аналогичного задания.

На ориентировочном этапе предоставляется доска с изображением фигур первого набора. Необходим также секундомер.

Инструкция и порядок проведения эксперимента.

Испытуемому мельком показывают карточки и говорят: «Их надо разложить на группы — подходящие с подходящими. Сначала посмотри на эту доску — тут они все нарисованы — и подумай, как **будешь** делать»⁵¹.

*Нулевой этап*⁵¹. Одновременно с произнесением этих слов испытуемому в течение 30 секунд предъявляется таблица для свободной ориентировки. В это время экспериментатор не дает никаких пояснений, а молча фиксирует в протоколе высказывания и поведение ребенка.

После этого периода доска убирается.

Основное задание

I задача. Предъявляется тогда, когда закрывается таблица и ребенку даются в руки карточки. (Можно еще раз повторить инструкцию: «Разложи их на три группы».)

После этого в течение 30 секунд в протоколе производится регистрация действий ребенка.

Примечание. Как показывает опыт, многие дети начинают раскладку не по признаку цвета (на три группы), а по признаку формы (т. е. на четыре группы). В таких случаях детей не поправляют, а задача раскладки «на три группы» становится второй. Если же экспериментатор должен приступить к обучению, то он начинает всегда с выделения признака цвета, что является более легким.

⁵² Не следует пугаться длинной инструкции. После непродолжительной тактики этот эксперимент довольно легко проводить и просто оценивать результат.

Если в это время ребенок сидит совершенно неподвижно или, наоборот, действует чрезмерно поспешно и хаотично, экспериментатор может оказать помощь в виде «организующего урока»: «Выложи несколько карточек на стол» или: «Не спеши, выкладывай аккуратнее, по одной».

В протоколе это следует отметить.

Экспериментатор выжидает 30 секунд и, если правильная раскладка не начата, дает 1-й «урок». *Каждый последующий «урок» (2, 3, 4-й и т. д.) дается только в том случае, если ребенок не начинает самостоятельно правильно действовать по прошествии 30 секунд.*

1-й «урок». Экспериментатор отбирает две из лежащих на столе карточек, которые отличаются только одним признаком (например, большой зеленый треугольник и большой красный треугольник), и спрашивает: «Чем отличаются эти карточки, чем они не похожи?» Если ребенок сам не доканчивает мысль, экспериментатор говорит: «Они различны по цвету». Это и есть содержание 1-го «урока» — указание на один различительный признак.

После этого в протоколе фиксируются высказывания и дальнейшие действия ребенка (30 секунд). Если правильная раскладка не начата, дается 2-й «урок».

2-й «урок». Из других лежащих на столе карточек выбирается третья, сходная с одной из двух первых по цвету (например, большой красный ромб). Экспериментатор предъявляет ее ребенку и одновременно спрашивает: «Куда мы положим эту карточку — сюда или сюда?» Если ребенок не может уловить мысль, он продолжает: «Мы положим ее сюда, к красному, потому что она тоже красная». Это и есть содержание 2-го «урока» — указание на сходство двух карточек по цвету.

После этого производится протоколирование дальнейших высказываний и действий ребенка (30 секунд).

3-й «урок». Экспериментатор добавляет карточку желтого цвета и говорит: «Сюда будем класть все красные, сюда — зеленые, а сюда — желтые». Это содержание 3-го «урока» — прямой, наглядный показ того, как надо действовать. После этого производится протоколирование дальнейших высказываний и действий ребенка (30 секунд).

4, 5, 6-й и другие «уроки» обозначаются как укладка каждой последующей карточки, производимая самим экспериментатором (с соответствующими словесными пояснениями).

В протоколе фиксируется номер «урока» и дальнейшие действия ребенка.

По окончании раскладки отмечается затраченное на это общее время. Необходимо, чтобы ребенок дал словесный отчет о проделанной работе в виде завершающей словесной формулировки. Если он не сможет этого сделать, экспериментатор обязательно дает эту формулировку сам: «Значит, мы разложили карточки по цвету на зеленые, красные и желтые». В протоколе фиксируются высказывания ребенка.

II задача. Карточки отбираются, перемешиваются и вновь предъявляются вместе с инструкцией: «А теперь разложи их по-другому: тоже подходящие с подходящими, но уже на четыре группы».

Затем в течение 30 секунд производится протоколирование самостоятельных поисков и оказываемой экспериментатором помощи в виде «организующего урока»: «Выложи несколько карточек на стол» или: «Не спеши, выкладывай по одной». Если в это время ребенок делает попытки использовать предыдущий признак, то это характеризуется как «проявление инертности».

1-й «урок». Экспериментатор отбирает две карточки, которые отличаются по одному признаку (например, большой зеленый круг и большой зеленый квадрат) — форме. Затем предъявляет их ребенку со словами: «Чем они отличаются?» После паузы: «Одна — квадрат (кубик), а другая — кружок».

После этого производится протоколирование действий ребенка (30 секунд).

2-й «урок». Экспериментатор выбирает третью карточку, сходную с одной из первых двух по форме (например, большой желтый квадрат), и предъявляет ее ребенку со словами: «Эту карточку куда надо положить — сюда или сюда?» После паузы: «Положим ее к этому квадрату, потому что она тоже квадрат (кубик)».

После этого производится фиксация высказываний и действий ребенка (30 секунд).

3-й «урок». Экспериментатор добавляет еще две карточки других форм и говорит: «Будем собирать по форме — все круги вместе, все квадраты, треугольники, ромбы («конфетки»)».

В протоколе производится фиксация действий ребенка (30 секунд).

4, 5, 6-й «уроки» обозначаются как укладка каждой последующей карточки (с соответствующими словесными поясне-

ниями), производимая при необходимости самим экспериментатором.

Протоколируются номер «урока» и дальнейшие действия ребенка.

По окончании раскладки отмечается затраченное на это общее время.

Словесный отчет ребенка о проделанной работе фиксируется в протоколе в виде завершающей словесной формулировки. Если ребенок этого сделать не сможет, экспериментатор должен дать ее сам: «Мы разложили карточки на четыре группы по форме — круги, квадраты, ромбы, треугольники». В протоколе фиксируются слова ребенка.

III задача. Карточки отбираются, перемешиваются и предъявляются одновременно с инструкцией: «Снова разложи их, что к чему подходит, но иначе — на две группы».

Затем в течение 30 секунд протоколируются производимые ребенком самостоятельные поиски. Если он делает попытки использовать предыдущие признаки, то это характеризуется в протоколе как «проявление инертности» — с указанием, какой именно признак используется.

При необходимости в это время можно оказать помощь в виде «организующего урока»: «Выложи несколько карточек на стол» или: «Не спеши, выкладывай по одной».

1-й «урок». Экспериментатор отбирает две карточки, отличающиеся одним признаком — величиной (например, большой красный круг и малый красный круг), и предъявляет их ребенку со словами: «Чем они отличаются?» После паузы: «Они отличаются размером — один большой, а другой — маленький».

После этого производится протоколирование действий ребенка.

2-й «урок». Экспериментатор выбирает третью карточку, сходную с одной из первых двух по этому же признаку — величине (например, маленький зеленый квадрат), и предъявляет ее ребенку со словами: «Куда эту карточку положим?» После паузы: «Положим ее к маленькому кружочку, потому что она тоже маленькая».

После этого производится протоколирование дальнейших высказываний и действий ребенка (30 секунд).

3-й «урок». Экспериментатор берет четвертую карточку, сходную с другой по величине, и кладет ее на место со словами: «Все большие будем класть вместе и все маленькие тоже вместе».

После этого производится протоколирование действий ребенка.

4, 5, 6-й «уроки» обозначаются как укладка каждой последующей карточки, которая при необходимости выполняется самим экспериментатором (с соответствующими словесными пояснениями).

В протоколе фиксируются номер «урока» и дальнейшие действия ребенка.

По окончании раскладки отмечается время, затраченное на выполнение этой задачи, отмечается также наличие завершающей словесной формулировки.

Если ребенок не может сформулировать способ работы, это делает экспериментатор: «Мы разложили карточки на две группы — тут все большие, а тут — все маленькие». В протоколе фиксируются высказывания ребенка. Все карточки убираются.

Аналогичное задание

Ребенку предъявляется второй набор и при этом говорится: «Ты уже научился складывать карточки. Эти — похожие, их тоже можно раскладывать на группы по разным признакам. Сделай это или расскажи, как будешь делать».

Не следует ни называть признаки, ни оговаривать количество групп. Участие экспериментатора может потребоваться лишь в том случае, когда ребенок, указав один признак или разложив карточки, проявляет некоторую пассивность. В этом случае экспериментатор, перемешав карточки, может задать вопрос: «А еще как можно сделать?» Тем самым он стимулирует продолжение работы.

В протоколе фиксируется общее время выполнения этого задания и конечный результат самостоятельных действий ребенка в одном из следующих вариантов:

1. Перенос полный, в словесной форме (ребенок свободно называет все три признака).

2. Перенос частичный, в словесной форме (при выделении и назывании не менее двух признаков).

3. Перенос полный, в действиях (ребенок совершает три правильные группировки).

4. Перенос частичный, в действиях (не менее двух правильных группировок).

5. Перенос отсутствует (при выделении менее чем двух, т. е. одного или ни одного, из признаков классификации фигур дополнительного набора).

Оценку результатов исследования следует проводить по всем трем параметрам.

Ориентировочная деятельность (первый критерий) у здоровых, интеллектуально полноценных детей носит активный характер. Они внимательно рассматривают доску в течение всего отведенного времени. Часто делают различные предположения и догадки о том, как надо выполнять работу («Я зеленые с зелеными положу», «А можно все кружки вместе собрать?» и т. п.). Иногда даже стремятся дотронуться до тех фигур, которые хотели бы сложить вместе.

Умственно отсталые дети чаще всего на этом этапе проявляют пассивность: на доску не смотрят и никаких планирующих замечаний не высказывают. В ряде случаев можно отметить так называемое полевое поведение, при котором дети оживленно задают множество вопросов, настойчиво требуют карточки, хватают различные предметы со стола. Однако такое «любопытство без любознательности» не следует смешивать с истинной активностью ориентировочной деятельности, которая всегда сопровождается размышлением и имеет реальное проявление уже в дальнейшем, в самой работе.

Некоторые дети с ослабленной работоспособностью способны к активной ориентировке, могут указать два признака группировки карточек. Однако в дальнейшем, из-за повышенной истощаемости, не всегда используют эти признаки во время работы.

Второй критерий — восприимчивость к помощи. Он оценивается в основном по количеству полученных ребенком «уроков-подсказок». Следует подчеркнуть, что задание это представляет известную сложность даже для здоровых детей. Поэтому и в норме количество «уроков» колеблется в среднем от 1 до 4—5. (Только очень способные дети могут выполнить всю работу без единой подсказки со стороны экспериментатора.) Соотношение «уроков» по задачам примерно — 1 : 2 : 3, что отражает объективную сложность самих задач (вычленение цвета, формы и величины).

Количество «уроков», которое необходимо дать умственно отсталым детям, гораздо больше — от 5 до 20 (в случаях глубокой дебильности). Однако и здесь распределение «уроков» по задачам примерно такое же: при выполнении второй и тем более третьей задачи требуется большее количество «уроков».

Резкое, неоправданно большое количество «уроков» при предъявлении последней задачи часто дается детям с повышенной истощаемостью. Например, 1 задача (группировка по цвету)

выполняется таким ребенком без единого «урока»; II задача (группировка по форме) — с одним «уроком»; при выполнении III задачи возникает необходимость в четырех «уроках».

В других случаях такое несоответствие наблюдается уже с самого начала работы. Например, четыре «урока» при решении I задачи, ни одного «урока» при решении II задачи и два «урока» при решении III задачи. Это чаще свидетельствует о нарушении целенаправленности деятельности, слабости волевой сферы, присущей детям с патологией поведения.

Способность ребенка к усвоению нового материала тесно связана с возможностью переключения с одного, уже известного и ставшего привычным способа действия на другой, еще новый, неизвестный. Отсутствие такой возможности определяется как инертность, тугоподвижность психических процессов. В слабой степени некоторые трудности переключения можно отметить и у здоровых детей, однако у них это легко корригируется (даже без вмешательства экспериментатора). Инертность как непреодолимый барьер возникает только у умственно отсталых детей. Вот почему при проведении эксперимента следует обращать внимание на степень выраженности этого признака у исследуемого ребенка.

К третьему критерию относятся два показателя: способность ребенка дать завершающие словесные формулировки того признака, на основании которого он сортировал карточки, и результаты выполнения аналогичного задания.

Обобщающие словесные формулировки доступны интеллектуально полноценным детям даже в том случае, если они страдают какими-либо периферическими расстройствами речи. От ребенка требуется произнести лишь короткую фразу, причем вполне допустима замена некоторых названий форм (например, ромбы — «конфетки», многоугольники — «домики»). Иногда ребенок говорит так: «Я разложил на кружки, квадратики и такие... не знаю, как назвать их». И такая формулировка может быть признана достаточной, так как ее обобщающий смысл понятен.

Умственно отсталый ребенок в значительной степени затрудняется при необходимости сформулировать на словах тот признак, которым он руководствовался во время работы. Это является следствием слабости обобщающей функции слова, так как названиями элементарных цветов и форм эти дети владеют. Иногда наблюдается такая ситуация: укладывая каждую отдельную

карточку, ребенок дает ее название: «Эта красная», но в конце работы не может сказать: «Тут все красные», а называет всю группу по верхней карточке.

Выполнение аналогичного задания, как правило, не вызывает трудности у здоровых детей. Они определяют его как «то же самое» и свободно перечисляют признаки группировки. Умственно отсталые дети в подавляющем большинстве случаев воспринимают его как новое, неизвестное. Они часто сбиваются на бессмысленное манипулирование карточками, ждут дальнейшей помощи со стороны экспериментатора. В тех случаях, когда дети пытаются рассортировать карточки на группы по памяти, их сильно смущает то обстоятельство, что групп с различными цветами оказывается четыре, а не три.

Перенос, хотя и полный, но произведенный в наглядно-действенном плане, свидетельствует о недостаточном развитии у ребенка словесно-логических форм мышления.

Время, которое затрачивается на выполнение основного задания умственно отсталыми детьми, примерно в два раза больше, чем время, которое тратят на это здоровые дети. (В среднем соответственно 9 минут и 4,5 минуты.) Однако особый интерес представляет соотношение времени, затрачиваемого одним и тем же ребенком на выполнение основного и аналогичного заданий. У здоровых детей происходит сокращение времени примерно втрое.

Система оценки результатов «обучающего эксперимента» может быть дана в количественных показателях.

Нами была введена отрицательная система баллов. Чем больше баллов получал ребенок, тем хуже считалась его обучаемость.

Оцениваются три параметра.

1. Ориентировка (ОР): активная — 0 баллов, пассивная — 1 балл.

2. Восприимчивость к помощи (В).

Каждый «урок» по всем задачам — 1 балл.

Каждое проявление инертности — 1 балл.

Показатели суммируются и обозначаются буквой «В» (восприимчивость к помощи).

3. Способность к переносу (П).

Отсутствие каждой из словесных формулировок — 1 балл.

Перенос 1-го вида — 0 баллов.

Перенос 2-го вида — 1 балл.

Перенос 3-го вида — 2 балла.

Перенос 4-го вида — 3 балла.

Отсутствие переноса — 4 балла.

Показатели суммируются.

Общий показатель обучаемости включает в себя все три параметра:

$$ПО = ОР+В+П$$

В книге А. Я. Ивановой⁵³ приводятся подробные математически обоснованные данные о том, как учитывать обучаемость детей в баллах. Учитывается ориентировка детей в задании, значение более или менее успешного использования усвоенного способа действия при выполнении аналогичного задания.

При желании упростить и сократить анализ полученных в этом эксперименте данных можно просто сосчитать количество необходимых ребенку «уроков», точнее, подсказок, учитывая, что они необходимы и в норме.

Большой интерес представляет проведенное А. Я. Ивановой изучение катамнеза детей, прошедших исследование с помощью набора различных методик, в том числе и «обучающего эксперимента». Это дало ей возможность сделать следующий важный вывод.

Сопоставление экспериментальных данных с катамнезом обнаруживает, что во всех случаях показатель обучаемости является более чувствительным симптомом для прогностических суждений об успеваемости ребенка, чем учет только его актуального уровня развития.

Для выработки наиболее реалистического прогноза самым надежным является изучение как актуального уровня умственного развития, так и показателей обучаемости ребенка (в экспериментальных условиях) с тщательным анализом причин возможного расхождения этих показателей.

МЕТОДИКА КООСА

Созданная в 1923 г. американским психологом Коосом методика получила всемирное признание и распространение. Она направлена на выявление конструктивного праксиса, способности к пространственной ориентировке, анализу фигуры (по чертежу)

⁵³ См.: Иванова А. Я. *Обучаемость как принцип оценки умственного развития детей*. М., 1976.

и ее последующему синтезу (из кубиков). 16 кубиков Кооса имеют одинаковую раскраску: синюю, красную, желтую, белую, бело-красную и желто-синюю стороны. В комплекте имеются 18 чертежей постепенно возрастающей степени сложности. Чертежи могут быть составлены из четырех, девяти или всех шестнадцати кубиков.

Методика может быть использована для исследования детей самых разных возрастов (от 4 лет и старше) в зависимости от цели исследования. Она может быть модифицирована в «обучающий эксперимент». Может быть использована и как материал при исследовании уровня притязаний.

Ребенку дают кубики и какой-либо из чертежей. Затем просят составить из кубиков изображенную на чертеже фигуру. Целесообразно начинать с предъявления более легких чертежей. Можно проводить диагностическое «обучение» по специальной схеме, пользуясь определенными чертежами и системой дозированных подсказок к ним. Можно широко пользоваться повторением заданий, отдельных чертежей: при «обучении» предъявляется аналогичный чертеж для самостоятельного выполнения. Хорошим приемом служит повторное выполнение того же чертежа без образца, только по зрительному представлению.

Данная методика позволяет выявить возможности ребенка в отношении выполнения таких мыслительных операций, как анализ и синтез, на материале конструктивной, внеречевой деятельности. Это является особенно важным критерием в тех случаях, когда ребенок не владеет речью, не понимает или не слышит обращенной к нему речи или по каким-либо другим причинам отказывается от вербального контакта со взрослыми. Методика также позволяет выявить особые пространственные нарушения, возникающие при некоторых формах поражения головного мозга (локализованные травмы черепа, опухоли, частичное повреждение сосудов головного мозга). Как правило, предъявление этого задания почти у всех детей вызывает особое отношение, заинтересованность, что дает возможность выявлять их реакции на успех и неуспех и позволяет использовать методику в качестве материала при исследовании уровня притязаний.

ПРОБА НА СОВМЕЩЕНИЕ ПРИЗНАКОВ

Проба на совмещение признаков разработана В. М. Коганом совместно с Э. А. Коробковой для исследования нарушений работоспособности у взрослых больных с различными органическими поражениями центральной нервной системы. Методика

также нашла широкое применение для оценки состояния умственной работоспособности детей с аномалиями психического развития.

Для проведения эксперимента исследования необходима доска (из картона) размером приблизительно 40х40 см. Доска должна быть разделена на 64 клетки. В каждой из семи клеток (кроме первой слева) верхнего ряда изображено по одной (неокрашенной) геометрической фигуре (квадрат, треугольник, круг и т. д.). В каждой из семи клеток (кроме верхней) вертикального ряда (слева) сделано по одному яркому цветному мазку (красный, синий, зеленый, коричневый, голубой, оранжевый, желтый). На отдельных карточках (их 49) изображены фигурки разных цветов и форм. Цвета и формы этих фигур соответствуют изображенным на доске цветам и формам.

Карточки тщательно тасуются на каждом из этапов работы. Эксперимент состоит из четырех этапов, на каждом из которых дается своя инструкция.

Инструкция на I этапе (простой пересчет): «Пересчитай вслух эти карточки, откладывая их по одной на стол». Экспериментатор показывает, как это надо делать. Пока ребенок считает, экспериментатор должен отмечать в протоколе по секундомеру время, затрачиваемое на пересчет каждых 10 карточек (в конце их только 9) и на весь пересчет.

Инструкция на II этапе (пересчет с сортировкой по цвету): «Теперь ты должен также вслух пересчитать эти карточки и одновременно раскладывать их на группы по цвету». В протоколе регистрируется время, затрачиваемое на каждые 10 карточек и на весь пересчет.

Инструкция на III этапе (пересчет с сортировкой по признаку формы): «Эти же карточки пересчитывай вслух и при этом сортируй их уже не по цвету, а по форме». Экспериментатор по-прежнему фиксирует затрачиваемое время.

Инструкция на IV этапе (пересчет по признаку цвета и формы с раскладыванием карточек по свободным клеточкам): «Ты должен найти место для каждой карточки на этой таблице, учитывая одновременно цвет и форму. При этом по-прежнему веди счет — пересчет карточек». В протокол заносятся те же временные показатели. Экспериментатор при необходимости может сопровождать словесную инструкцию показом.

По окончании эксперимента у психолога остается следующая таблица (желательно, но вовсе не обязательно, разграфленная).

Лена, 9 лет 6 мес.

13"	30"	45"	60"	73"
14"	27"	45"	65"	78"
14"	40"	54"	68"	83"
43"	Г24"	2'4"	2'45"	3'23"

$$7^* + 83'' = 161'' \quad 203''^{54} - 161'' = 42'' \text{ (дефицит)}$$

Истолкование полученных с помощью этой методики данных является примером того, как по сочетанию чисел может быть произведен качественный содержательный анализ особенностей работоспособности ребенка.

Приведенные в таблице данные говорят о незначительном нарушении работоспособности. В норме, по данным авторов методики В. М. Когана и Э. А. Коробковой, величина дефицита у здоровых людей находится в пределах 13–15 секунд. Под дефицитом подразумевается разница между временем, затрачиваемым на выполнение четвертой инструкции, и временем, затрачиваемым на выполнение второй и третьей инструкций.

По данным авторов методики, большой дефицит можно рассматривать как показатель трудности распределения внимания. Такого рода дефицит наблюдается при нарушении психики по сосудистому типу (больше одной минуты). Это действительно очень существенный показатель, так как при сужении объема внимания больной оказывается не в состоянии следить за соответствием места карточки по цвету и по форме. К тому же он не может продолжать пересчитывание.

Кроме того, важно проследить за тем, как ребенок ищет место для карточки: только с помощью зрения или одновременно и при посредстве передвигающейся по клеточкам руки. Следует также отметить в протоколе исследования, как ребенок реагирует на внезапно возникшую трудность. Бывает так, что клетка, на которую надо положить очередную карточку, оказывается занятой из-за допущенной ранее ошибки. Бывает, что ребенок не понимает, что место для карточки может освободиться лишь после исправления

⁵⁴ 203'' образуется в результате умножения 3' на 6Г и прибавления 23*.

такой ошибки. Иногда он в растерянности спрашивает (по поводу карточки, для которой не оказалось места): «А это куда?» В иных случаях в поисках места для карточки ребенок сбивается со счета — «перескакивает» через десяток или повторяет одни и те же числа. Данные всех этих наблюдений тоже должны быть зафиксированы в протоколе. Если исследователь не успел их записать, он может просто ставить черточки-штрихи в знак того, что в этом интервале времени допущена ошибка или несколько ошибок.

Важен не только размер дефицита, достигающего иной раз 5—7 минут. Важна также изменчивость темпа выполнения задания на разных этапах.

Значительный интерес представляет применение данной методики при исследовании школьников. Возникает возможность углубленного анализа церебраленических синдромов, которые иногда лежат в основе различных невротических явлений.

Апробация этой методики применительно к детям от 8 до 13 лет произведена дипломницей факультета психологии МГУ Л. П. Олимбиу (1968). Ею было показано, что здоровые дети этого возраста сразу понимают инструкцию и легко выполняют все четыре задания. Они не испытывают трудностей при необходимости переключения с одного вида деятельности на другой. Их объем внимания достаточен.

Интеллектуально полноценные дети с церебраленическими состояниями (невнимательные, утомляемые, раздражительные, плаксивые) выполняли эту работу хуже. Их внимание в течение работы было неустойчивым: они отвлекались, сбивались со счета или допускали ошибки при сортировке (путали сходные цвета, формы). Были отмечены нарушения темпа деятельности. Общее замедление темпа не прямо соответствовало усложнению работы, а нарастало более грубо.

Особый интерес представляют данные Л. П. Олимбиу, полученные в процессе исследования работоспособности умственно отсталых детей того же возраста. Прежде всего надо отметить, что они испытывают значительные затруднения в связи с необходимостью понять смысл инструкций. Словесное объяснение приходилось сопровождать наглядным показом. Во многих случаях оказывалась необходимой предварительная тренировка. Интересно, что на I этапе (простой пересчет) умственно отсталые дети выполняли инструкцию успешно и относительно быстро (69 секунд).

Но уже на II этапе они испытывали значительные трудности: очень часто путали сходные цвета, формы (голубой и синий, треугольник и трапецию); образовывали две-три кучки из карточек одного и того же цвета или из карточек с одними и теми же фигурами. Объем их внимания был резко сужен: если ребенок следил за тем, чтобы правильно выполнять сортировку, то он терял счет, а если он пытался поддерживать правильный счет, то грубо ошибался при сортировке.

Переход от группировки по цвету к группировке по форме выявляет значительные трудности переключения внимания. Наиболее сложной для них оказалась задача, предлагавшаяся на IV этапе. У них не выработывался навык раскладки карточек с учетом цвета и формы; практически счет за них вел экспериментатор. Время, которое в среднем затрачивают на работу умственно отсталые дети на IV этапе (6 минут 43 секунды), в два раза превышает время, которое затрачивают на ту же работу здоровые дети.

Эта апробация показывает, что методика В. М. Когана и Э. А. Коробковой вполне пригодна для анализа умственной работоспособности умственно отсталых детей школьного возраста.

В предложенном Э. А. Коробковой упрощенном варианте методика апробирована на детях 5—7 лет психологом Л. Е. Резник (1968).

Во время эксперимента используется 25 карточек с фигурами пяти цветов. Исследование Л. Е. Резник показало, что сам процесс совмещения признаков умственно отсталым детям 5—6 лет почти недоступен.

Разумеется, что при исследовании детей старшего дошкольного возраста можно пользоваться только этим малым вариантом пробы на совмещение. Но если возникает задача исследовать особенности внимания учащихся вспомогательной школы (начиная со 2-го или 3-го класса), использование большой доски может иногда помочь установить, что главной причиной трудностей обучения ученика является не столько слабость обобщения, сколько церебрастения.

Так, например, мальчик Коля 11 лет совсем не справлялся с программой массовой школы, хотя и проявлял сообразительность. Он перенес две черепно-мозговые травмы. Его неуспеваемость, видимо, объяснялась стойкой церебрастенией. Приведем таблицу, в которой отражены данные пробы на совмещение.

Коля, 11 лет

10"	22"	35"	48"	61"
15"	38"	56"	83"	1'37"
19"	50"	Г13"	1'35"	2'
42"	2'31"	4'5"	5'20"	6'18"

$$9f + 120'' = 21f \quad 378'' - 21f = 16f \text{ (дефицит)}$$

«КЛИПЕЦ»

Методика, тоже построенная по принципу «обучающего эксперимента», предложена и апробирована польским психологом А. Левицким. В последние годы апробирована и видоизменена дефектологами Т. И. Гудиной и Т. Гриньковой.

Используется для выявления способности к абстрагированию применительно к детям с небольшим образовательным уровнем.

Нужно приготовить 26 небольших карточек, на которых в цвете (либо аппликацией) изображены различные по сочетанию форм и красок орнаменты. Среди них 6 карточек, в центре которых изображен черный квадрат на различном фоне.

Нужен также секундомер.

Профессор Л. Левицкий предложил закрытый вариант.

I (закрытый) вариант.

Без каких-либо предисловий или разъяснений цели и задачи опыта ребенку показывают одну из тех карточек, в центре которых изображен черный квадрат, а затем говорят: «Эта карточка называется «Клипец». Это просто название ее, само слово ничего не означает». Затем показывают вторую карточку (с иным узором) и говорят: «А это не «Клипец». Вторая карточка кладется поверх первой. Далее опыт идет так: ребенку показывают (по одной) заранее перенумерованные карточки и каждый раз спрашивают: «А это «Клипец» или нет?» Если ребенок называет «Клипцем» не «Клипец», ему говорят: «Нет, это не «Клипец», если он даст правильный ответ, экспериментатор говорит: «Правильно, это не «Клипец».

После предъявления всех 26 карточек ребенка спрашивают: «Так какие карточки называются «Клипец?» Если он отвечает правильно, т. е. говорит, что карточки с черным квадратом в середине, опыт считается законченным.

В некоторых случаях, если по названию карточек очевидно, что ребенок уже выделил «Клипец» из остальных фигурок, но затрудняется сформулировать, какие фигурки называются «Клипец», ему можно (для контроля) предложить выбрать из всех карточек все «Клипцы». Если же после просмотра всех 26 карточек вопрос остается неясным, просмотр повторяется второй, третий, а иногда и пятый раз, т. е. до тех пор, пока ребенок твердо не установит, какие именно карточки носят название «Клипец».

II (открытый) предложенный нами вариант отличается тем, что первая карточка «Клипец» не накрывается следующей, а во все время эксперимента остается открытой.

В остальном эксперимент идет точно так же, как и при закрытом варианте. Это, казалось бы, небольшое различие в методике проведения опыта коренным образом меняет его психологическую суть. При открытом варианте ребенок может каждый раз зрительно сравнивать следующую карточку с заданным образцом «Клипец». При этом не требуется сохранять в памяти образец: процесс абстрагирования как бы освобождается от влияния памяти.

ФОРМА ПРОТОКОЛА

Открытый вариант

При исследовании психически здоровых взрослых и детей

№ и/и.	1	2	3	4	5	6	Примечание
1							Правильный ответ отмечается знаком «плюс» (+), ошибочный — знаком «минус» (-)
2							
3							
и т. д.							

выявилось, что даже при закрытом варианте решение достигается после 1—2, а иногда и 3, просмотров 26 карточек. Дети-олигофрены с трудом выполняют это задание даже после 4—5 просмотров.

Закрытый вариант вообще труднее открытого. Обнаружилось,

что олигофрены с трудом выполняют даже открытый вариант. Дети с последствиями органических заболеваний мозга решают открытый вариант почти как здоровые, при решении закрытого варианта они приближаются к олигофренам.

ВОПРОСЫ

1. В чем состоит отличие методик экспериментальной патопсихологии от тестового обследования?
2. В чем заключается принцип обучающего эксперимента?

ЛИТЕРАТУРА

- Кононова М. П. Руководство по психологическому исследованию психически больных детей. М., 1963.
- О педагогическом изучении учащихся вспомогательных школ / Под ред. Л. В. Занкова. М., 1953, с. 8—14.
- Принципы отбора детей во вспомогательные школы / Под ред. Г. М. Дульнева и А. Р. Лурия. М., 1973.
- Рубинштейн Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. М., 1970.
- Отбор детей во вспомогательные школы / Под ред. С. Д. Забрамной. М., 1971.
- Отбор детей во вспомогательную школу / Сост. Т. А. Власова, К. С. Лебединская, В. Ф. Мачихина. М., 1983.

Часть II

ОСОБЕННОСТИ ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ

7. ОЩУЩЕНИЯ И ВОСПРИЯТИЯ

Замедленность и узость восприятий. Особенности обозрения. Малая дифференцированность ощущений и восприятий. Особенности восприятия картин. Развитие восприятий.

Ощущения и восприятия — это процессы непосредственного отражения действительности. Ощущать и воспринимать можно те свойства и предметы внешнего мира, которые непосредственно действуют на анализаторы. Каждый анализатор состоит, как известно, из трех частей: периферического рецептора (глаза, уха, кожи и т. д.), нерва-проводника и центра в коре головного мозга. Исследования академика И. П. Павлова и его школы обнаружили корковый характер процессов ощущений и восприятий и коренным образом изменили наши представления о сущности и развитии этих процессов. Если раньше зрительные восприятия рассматривали как зеркальное, аналогичное фотографии отражение объекта на сетчатке глаза, то теперь мы рассматриваем зрительный образ как комплекс условных связей, как некоторый динамический стереотип, возникающий в результате анализа и синтеза многократно повторяющихся изменчивых раздражителей.

Ребенок учится смотреть и видеть. То, что он умеет своими глазами увидеть, это результат определенного жизненного опыта. Точно так же и слуховые восприятия ребенка являются следствием ранее выработанных условных связей: ребенок приучается различать и синтезировать звуки речи, музыки и т. д. Ухо ребенка — это не лента магнитофона, записывающая все звуки подряд. Заостряя мысль, можно сказать, что ребенок вообще слышит не ухом, а

височной областью коры мозга, и то, что он слышит, зависит от качества условных связей, сформировавшихся до данного момента в этой височной области коры. Это очень важное положение общей психологии нужно хорошо осознать, так как повседневный опыт взрослого человека создает у него иллюзию противоположного характера.

Открыв глаза, мы сразу все видим, а обладая нормальным слухом, все можем услышать. Создается впечатление, что так было всегда. Это происходит потому, что забываются, не поддаются осознанию периоды обучения видению, слышанию, вообще всем видам восприятия. Так, взрослый человек, глядя на глаза младенца, испытывает иллюзию того, будто малыш тоже видит. Между тем это не так. Новорожденный ребенок не видит и не слышит. Его реакции на яркий свет и звук носят оборонительный, безусловнорефлекторный характер. Часто говорят — видит, но не понимает. Это тоже неверно. Именно не видит и не слышит, пока не научится различать формы, цвета, размеры, контуры, сочетания пятен и тонов, пока не научится различать звуки. Для того чтобы младенец научился из отражающихся в его глазах туманных пятен выделять лицо матери, а в дальнейшем лица своих близких, в затылочной коре его головного мозга должны выработаться дифференцировочные условные связи, а затем динамические стереотипы, т. е. системы таких связей. То же самое должно стать основой различения убаюкивающего голоса матери, а также иных звуков, запахов, прикосновений и т. д. Ощущения и восприятия — это деятельность первой сигнальной системы (в дальнейшем также и второй), в основе которой лежит система условных рефлексов.

Ребенок, как известно, рождается лишь с небольшим фондом безусловных врожденных рефлексов, а первая сигнальная система формируется у него в первые годы жизни и затем совершенствуется.

Детская психология располагает большим количеством экспериментальных данных, относящихся к тому, как ребенок в первые годы жизни учится смотреть и видеть, слушать и слышать, ощущать и воспринимать всеми своими анализаторами и их совокупностями. Так, например, восприятие пространства происходит благодаря совокупной деятельности зрительного, двигательного и кожного анализаторов. В восприятии времени принимают участие слуховой, двигательный и интероцептивный анализаторы.

У ребенка лишь постепенно формируется глазомер, увеличи-

вается острота зрения и т. д. И. М. Сеченов уже давно сформулировал эту мысль, сказав, что в каждом восприятии содержится узнавание. Это значит, что восприятие лица как лица, яблока как яблока, песни как песни предполагает наличие предшествующего опыта.

Накопление фонда условных рефлексов лежит в основе восприятия. У нормального ребенка этот процесс носит стремительный, бурный характер. У детей же с пораженной нервной системой ощущения и восприятия формируются замедленно и с большим количеством особенностей и недостатков.

Значение этого ядерного симптома олигофрении трудно переоценить. Ощущения и восприятия — первая ступень познания окружающего мира. Эта ступень остается важной на протяжении всех лет жизни.

Замедленная, ограниченная восприимчивость, характерная для умственно отсталых детей, оказывает огромное влияние на весь последующий ход их психического развития.

Особенности восприятия и ощущений умственно отсталых детей очень детально изучены советскими психологами (И. М. Соловьев, К. И. Вересотская, М. М. Нудельман, Е. М. Кудрявцева).

Остановимся лишь на наиболее существенных результатах этих исследований.

Первая группа фактов говорит о замедленности и суженном объеме зрительных восприятий детей. Одно из фундаментальных исследований, обнаруживших замедленный темп зрительных восприятий у умственно отсталых детей, было осуществлено К. И. Вересотской. Оно заключалось в следующем. К. И. Вересотская предлагала испытуемым узнавать отчетливые, яркие рисунки, на которых были изображены хорошо известные детям предметы, например яблоко, стол, кошка, карандаш и т. д. Время предъявления этих картинок могло быть точно дозировано с помощью специального прибора — тахистоскопа. В первой серии опытов оно было очень коротким — 22 миллисекунды. Набор рисунков был показан трем группам испытуемых: 1) нормальным взрослым людям, 2) ученикам 1-го класса массовой школы и 3) ученикам 1-го класса вспомогательной школы. Оказалось, что при таком кратком предъявлении нормальные взрослые люди правильно узнавали 72% предметов, ученики массовой школы — 57% предметов, а ученики вспомогательной школы не успели узнать ни одного предмета (хотя они могли, конечно, легко узнать эти предметы при длительном рассмотрении).

Опыт был проведен повторно с увеличением времени показа картинок почти в два раза — до 42 миллисекунд. Оказалось, что взрослым этого времени было вполне достаточно для правильного узнавания всех предъявленных изображений. Ученики массовой школы узнали почти все предметы (95%), ученики же вспомогательной школы узнали лишь чуть больше половины предметов (55%).

Эти эксперименты убедительно доказали, что темп зрительных восприятий у умственно отсталых детей замедлен. Очень вероятным представляется замедленность у умственно отсталых детей всех других видов восприятий.

Замедленность темпа восприятий сочетается у умственно отсталых детей со значительным сужением объема воспринимаемого материала. Исследование М. М. Нудельмана показало, что в одном и том же видимом через окно городском пейзаже умственно отсталые дети «усматривали» меньше предметов, чем нормальные дети. Это дает основание И. М. Соловьеву говорить о том, что многопредметный участок действительности оказывается для умственно отсталых малопредметным.

Эта слабость обозрения объясняется особенностями движения взора. То, что нормальные дети видят сразу, олигофрены — последовательно, пишет И. М. Соловьев. Умственно отсталый ребенок, осматривая окрестности или улицу, по которой идет, меньше замечает, меньше видит, чем его сверстник — нормальный ребенок. Узость восприятия мешает умственно отсталому ребенку ориентироваться в новой местности в непривычной ситуации.

Там, где нормальный ребенок, обозревая все происходящее, сразу выделяет главное и ориентируется в ситуации, умственно отсталый ребенок долго не может уловить смысла происходящего и нередко оказывается дезориентированным. И. М. Соловьев отмечает, что при обозрении действительности олигофрены плохо усматривают связи и отношения между объектами.

Исследования Э. А. Евлаховой⁵⁵ показали, что умственно отсталые дети не различают выражения лиц людей, изображенных на картинках. Вообще понимание сюжетных картин и пейзажей, или, как говорят, «чтение» картин, представляет значительную трудность для умственно отсталых детей: они не понимают перспективы, не различают светотени, частичных перекрытий и т. д.

⁵⁵ См.: Евлахова Э. А. Особенности восприятия сюжетно-художественных картин учащимися вспомогательной школы. Авторсф. канд. дис. М 1958.

Эти факты подводят нас ко второй существенной особенности ощущений и восприятий умственно отсталых детей, а именно к их выраженной недифференцированности.

Данные многих экспериментальных исследований говорят о том, что умственно отсталые дети плохо различают сходные предметы при их узнавании. Так, например, по данным Е. М. Кудрявцевой, ученики 1-го класса вспомогательной школы принимают белку за кошку, компас — за часы и т. п.

Экспериментальное исследование Ж. И. Шиф⁵⁶ было посвящено изучению того, как умственно отсталые дети различают цвета и их оттенки. Исследование показало, что в тех условиях, в которых нормальные дети объединяют в одну группу только сходные цвета, умственно отсталые дети объединяют в одну и ту же группу множество мало сходных оттенков. При узнавании предметов (исследование М. М. Нудельмана) умственно отсталые дети считали одинаковыми такие предметы, которые фактически были неодинаковыми. Они не подмечали тех мелких различий, распознавание которых было доступно их нормальным сверстникам.

И. М. Соловьев, различающий понятия «неспецифическое узнавание предмета» и «специфическое узнавание предмета», обнаружил у умственно отсталых детей выраженные затруднения при необходимости осуществить специфическое узнавание. Это значит, что при узнавании им легче отнести воспринятый предмет к категории рода, чем к категории вида. Им, например, легче увидеть в вошедшем во двор человеке просто дядю, а не соседа, почтальона или садовника. Эти дети относят к квадратам и треугольникам, и прямоугольникам, и ромбы, так как это фигуры с углами.

Наконец, последней, наиболее выраженной особенностью восприятия умственно отсталых детей является инактивность этого психического процесса. Глядя на какой-нибудь предмет, умственно отсталый ребенок не обнаруживает стремления рассмотреть его во всех деталях, разобраться во всех его свойствах. Он довольствуется при этом самым общим узнаванием предмета. Так, например, когда умственно отсталому ребенку показывают карандаш и спрашивают: «Что это такое?» — он может ответить, что это карандаш, и от-

* См.: Шиф Ж. И. Подбор сходных цветовых оттенков и название цветов // *Вопр. психологии глухонемых и умственно отсталых детей* / Под ред. Л. В. Занкова и И. И. Данюшевского. М., 1940.

вернуться от него, сочтя вопрос исчерпанным; в ответ на тот же вопрос его сверстник из массовой школы охотно расскажет, что это красный, граненый, толстый, впервые очинённый карандаш.

Недостаточная активность восприятия умственно отсталых детей особенно отчетливо обнаруживалась в опытах К. И. Вересотской. К. И. Вересотская предъявляла детям картинки. Некоторые из них показывались детям в обычном положении, другие (впере­мешку) — повернутыми на 90° или 180°. Такие перевернутые изображения правильно узнавались учениками массовой школы. Ученики же вспомогательной школы либо не могли узнать эти изображения, либо ошибочно принимали их не за то, чем они были в действительности. Умственно отсталым детям не хватало той активности восприятия, которая необходима для мысленного распознавания положения предмета в пространстве, для его мысленного «переворачивания». Они очень часто узнавали в картинке, показанной им «вниз головой», какой-либо иной предмет, находящийся якобы в обычном, правильном положении в пространстве. Эти факты свидетельствуют о недостаточной активности восприятия умственно отсталых детей.

Интересны также исследования более сложных форм восприятия. Так, в исследовании Э. С. Бейн⁵⁷ изучен общеизвестный в психологии феномен константности восприятия (сохранение восприятия величины объектов при их различной удаленности от глаз) у умственно отсталых детей. Оказалось, что хотя в основном эта закономерность, т. е. константность восприятия, сохраняется, но все же она значительно меньше, чем у нормальных сверстников. Эта недостаточная константность мешает детям хорошо ориентироваться в пространственном расположении предметов. О том же нарушении сложного восприятия свидетельствуют и данные К. И. Вересотской, доказывающие, что умственно отсталые дети недостаточно воспринимают глубину изображений на картинках.

Об инактивном характере восприятия свидетельствует и неумение умственно отсталых всматриваться, искать и находить какие-либо объекты, избирательно рассматривать какую-либо часть окружающего мира, отвлекаясь от ненужных в данный момент ярких и привлекательных сторон воспринимаемого.

Рассматривая сюжетную картинку, они часто неправильно

⁵⁷ Бейн Э. С. Величина отдаленного объекта восприятия умственно отсталых и глухонемых школьников // *Вопр. психологии глухонемых и умственно отсталых детей*. М., 1940.

ее толкуют, руководствуясь первым случайным впечатлением. Способность к активному, критическому рассматриванию и анализу содержания ситуации вырабатывается у них с трудом. При обучении чтению у детей часто возникает дурная привычка угадывать смысл слова по нескольким буквам.

ite ale sac

К сожалению, несмотря на большое значение разных видов восприятий для последующего умственного развития ребенка, изучены пока лишь главным образом зрительные восприятия. Некоторые сведения исследователи имеют относительно осязательных восприятий; установлено, что умственно отсталые школьники опознают объемные и контурно выполненные предметы с помощью их ощупывания значительно хуже, чем учащиеся массовой школы. И. М. Соловьев совершенно справедливо отмечает роль осязательных восприятий в процессе трудового обучения.

Но не меньшая роль в трудовом обучении, а также в общем умственном развитии учащихся принадлежит и иным видам восприятий, например кинестетическим. Это, например, восприятие положения своего тела в пространстве. И. П. Павлов назвал эти кинестетические, или проприоцептивные, восприятия работой двигательного анализатора. Действительно, для обеспечения точности движений необходимо осуществлять анализ того сопротивления окружающих предметов, которое должно быть преодолено тем или иным мышечным усилием. Из-за неточности проприоцептивных ощущений движения, которые производит умственно отсталый ребенок, отличаются плохой координированностью. Его движения излишне размашисты, топорны.

Недифференцированность мышечных ощущений обнаружила себя даже при исследовании олигофренов методом установки Д. Н. Узнадзе; оказалось, что для появления установки необходимо большое различие между шарами.

Очень большую роль в развитии психики играют слуховые восприятия, которые теснейшим и непосредственным образом связаны с развитием речи. Если дифференцировочные условные связи в области слухового анализатора формируются медленно, то это приводит к задержке формирования речи. Это, в свою очередь, обуславливает задержку умственного развития. Можно считать бесспорным, что у всех детей с неполноценной нервной системой способность различать звуки речи возникает с затруднением и

опозданием. Среди детей, перенесших поражение мозга, есть и такие, у которых слуховой анализатор пострадал особенно сильно. Такие дети в некотором отношении могут производить впечатление умственно отсталых. В этих случаях необходимо исследовать состояние слуховых восприятий с помощью соответствующих методик. Такое исследование даст возможность отделить подлинную умственную отсталость от вторичных задержек умственного развития, обусловленных дефектом слуховых восприятий.

Состояние слухового восприятия оказывает существенное влияние не только на развитие речи. В повседневной жизни и в труде человек постоянно и незаметно для себя пользуется данными слуховых восприятий. Так, например, по звуку он находит предмет, который уронил, узнает о действиях других людей или животных, определяет исправность машины, на которой работает, и т. д.

Если весь этот сложный мир звуков остается малодоступным для умственно отсталых детей, неудивительно, что они плохо ориентируются в окружающей обстановке.

Не менее важную роль в ориентировке играют восприятия времени и пространства.

Если представить себе, что все эти входные «ворота», через которые воздействия внешнего мира должны проникать в сознание ребенка и формировать его, узки и труднопроходимы, если очертания внешнего мира предстают перед ребенком размытыми, расплывчатыми и лишь немного пробивается внутрь, фиксируется в его представлениях, — понятным становится происхождение его умственной недостаточности.

Понятной становится мысль Л. С. Выготского о первичных (ядерных) и вторичных симптомах умственной отсталости. Именно плохие ощущения и восприятия оказываются теми ядерными симптомами, которые тормозят, задерживают развитие высших психических процессов, в частности мышления.

Все указанные недостатки и особенности ощущений и восприятий сглаживаются и компенсируются в процессе обучения и воспитания умственно отсталых детей в специальной школе. По данным К. И. Вересотской, от класса к классу меняется темп зрительных восприятий. При одной и той же продолжительности показа предметов ученики 3-го класса вспомогательной школы узнают предметы во много раз быстрее, чем ученики 1-го класса.

Точно так же проводилось сравнительное экспериментальное изучение и других видов и аспектов ощущений и восприятий. В частности, осуществлялось сравнительное изучение цветораз-

личения, остроты зрения, полноты обзора, специфического узнавания, узнавания предметов, предъявленных в необычном положении. Все эти многогранные исследования с неизменностью свидетельствовали о том, что по мере обучения детей в школе от класса к классу происходит совершенствование, развитие ощущений и восприятий.

Развитие ощущений и восприятий может происходить спонтанно благодаря постепенному восстановлению высшей нервной деятельности. Благодаря этому становятся более подвижными и сильными нервные процессы, ускоряется темп и точность ощущений и восприятий. Развитие ощущений и восприятий может происходить под влиянием формирования высших психических функций.

Более всего способствует развитию всех психических процессов усвоение школьной программы. Вместе с тем учитель должен помнить о том, что этому способствует и внешкольная работа, в частности организация подвижных и настольных игр, проведение экскурсий, походов, музыкальных вечеров. Малоспособных детей можно научить слушать и эмоционально воспринимать музыку. Во время прогулок по лесу учитель должен учить детей слушать пение птиц и шелест листьев, во время экскурсий — приучать детей рассматривать, анализировать различные объекты. Рассматривая под руководством учителя картины, читая книги, дети также совершенствуют свои ощущения и восприятия.

Обогащение жизненного опыта детей, расширение круга их представлений и знаний — основные средства улучшения качества восприятий и ощущений.

Развивая ощущения и восприятия умственно отсталых детей, учитель должен помнить, что это не самоцель, а средство, облегчающее развитие их мышления. В прошлом в олигофренопедагогике существовало целое направление, которое считало задачей всех первых классов вспомогательной школы улучшение качества сенсорной сферы умственно отсталых детей. Были разработаны многочисленные упражнения, направленные на совершенствование, уточнение восприятий и ощущений детей. Упражнения были полезны, но направление в целом было неправильным. В интересном экспериментальном исследовании В. Г. Петровой показано, как можно использовать практические действия учеников для развития их мышления. В различных сериях психолого-педагогических экспериментов В. Г. Петрова убедительно показала, что, если дети во время изучения нового материала не только зрительно на-

блюдают за предметами, но и производят с этими предметами различные действия, повышается качество их представлений, знаний и суждений о свойствах этих предметов.

Исследование В. Г. Петровой, о котором еще будет сказано ниже, указывает важные и реальные пути обогащения чувственного опыта учащихся вспомогательной школы, необходимого для развития их мышления⁵⁸.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВОСПРИЯТИЙ

ОБЪЯСНЕНИЕ СЮЖЕТНЫХ КАРТИН

Одна из очень распространенных и простых проб — просьба рассказать о содержании предъявляемой ребенку сюжетной картинке. Применяется для исследования особенностей интеллектуальной и эмоциональной сферы (сообразительности, умения выделять существенное, эмоционального отклика) умственно отсталых детей.

Для проведения опыта экспериментатор должен иметь набор разнообразных сюжетных картинок. Желательно, чтобы среди них были веселые, печальные, с более и менее сложным сюжетом и т. п. Для этой цели пригодны открытки — репродукции картин.

Методика проведения опыта предельно проста. Ребенку показывают картинку и просят рассказать, что на ней нарисовано. В редких случаях требуется мотивировка. Следует обращать внимание на то, насколько активно и охотно ребенок рассматривает картинку. Иногда полезно заметить, сколько времени ребенок по собственному желанию рассматривает картинку.

Понимание сюжетных картинок представляет значительные трудности для детей-олигофренов. Они, в частности, обусловлены тем, что олигофрены неправильно понимают перспективные соотношения, плохо понимают мимику изображенных на картинках людей, медленно обзрывают картинку в целом (К. И. Вересотская, И. М. Соловьев, Э. А. Евлахова). Дети-эпилептики также не скоро доходят до объяснения смысла сюжетной картинке. Это связано с тем, что они склонны к перечислению всех изображенных на картинке предметов и деталей.

Описание картин детьми следует записывать. При этом выявляются особенности устной речи: лаконичность или чрезмерная

⁵⁸ См.: Петрова В. Г. Практическая и умственная деятельность детей-олигофренов. М., 1968.

обстоятельность речи, правильность ее грамматического строя, богатство или бедность словаря и т. д.

По отношению к картинкам, на которых изображены люди, но неясны происходящие события, это задание представляет собой не только интеллектуальную, но и эмоциональную задачу.

«ОТЫСКИВАНИЕ ЧИСЕЛ»

Методика может быть использована для выявления скорости ориентировочно-поисковых движений взора и определения объема внимания применительно к зрительным раздражителям. Пригодна лишь при исследовании детей, которые знают числа.

Для проведения опыта нужно иметь пять таблиц Шульте, представляющих собой планшеты (60х90 см), на которых написаны вразброс числа от 1 до 25. На каждой из пяти таблиц числа расположены по-разному. Кроме того, нужны секундомер и небольшая (30 см) указка. Опыт можно проводить с детьми, обучающимися во 2-м классе массовой или в 4-м классе вспомогательной школы.

Ребенку мельком показывают таблицу, сопровождая этот показ словами: «Вот на этой таблице числа от 1 до 25 расположены не по порядку». Далее таблицу перевертывают и кладут на стол. После этого продолжают инструкцию: «Ты должен будешь вот этой указкой показывать и называть вслух все числа по порядку — от 1 до 25. Постарайся делать это как можно быстрее и без ошибок. Понятно?» Если ребенок не понял задания, ему его повторяют. Таблица при этом не открывается. Затем экспериментатор ставит таблицу вертикально на расстоянии 70—75 см от ребенка и говорит: «Начинай!» Одновременно включается секундомер.

Ребенок показывает и называет числа, а экспериментатор следит за правильностью его действий. Когда ребенок дойдет до «25», экспериментатор останавливает секундомер.

Затем без всяких дополнительных инструкций ребенку предлагают таким же образом показывать и называть числа на 2, 3, 4 и 5-й таблицах.

При оценке результатов прежде всего становятся заметны различия в количестве времени, которое ребенок тратит на отыскивание чисел. Практически здоровые дети тратят на одну таблицу от 30 до 50 секунд (чаще всего 40—42 секунды).

Заметное увеличение времени на отыскивание чисел в последних (4-й и 5-й) таблицах свидетельствует об утомляемости ребенка, а ускорение — о медленном «вработывании».

В норме на каждую из таблиц уходит примерно одинаковое время.

ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Расскажите об основных признаках плохого развития ощущений и восприятий у умственно отсталых детей.
2. В чем состояло исследование, проведенное К. И. Вересотской?
3. Каковы способы развития ощущений и восприятий у умственно отсталых детей в процессе учебных и внешкольных занятий?
4. Расскажите о методах исследования восприятий.

ЛИТЕРАТУРА

Особенности умственного развития учащихся вспомогательных школ / Под ред. Ж. И. Шишовой. Гл. 2. М., 1965.

8, РАЗВИТИЕ РЕЧИ

Замедленный темп развития речи. Бедность словаря. Недостаточное овладение значением слов. Особенности грамматического строя речи.

В курсах общей психологии речь рассматривают обычно как орудие мышления и средство общения. Как в филогенезе, так и в онтогенезе речь выступает вначале как средство общения, а также обозначения, а в дальнейшем приобретает свойство орудия, с помощью которого человек мыслит и выражает свои мысли. «В слове мысль не только выражается, но и совершается» (Л. С. Выготский). Вопросам соотношения мышления, языка и речи посвящено много чрезвычайно интересных монографий (Л. С. Выготский, А. Г. Спиркин). Интересные обзоры обширной литературы по развитию речи детей содержатся в книгах С. Л. Рубинштейна⁵⁹ и Д. Б. Эльконина⁶⁰.

Во всех этих исследованиях основной интерес направлен на содержательную сторону речи, на ее роль в осуществлении мыслительных актов и поведения ребенка.

Возможен, однако, и иной подход к речи — как к некоторому двигательному (а также звукоразличительному) навыку или умению, возникающему в результате совместной деятельности анализаторов. Разумеется, это лишь один из аспектов анализа речи, который не должен рассматриваться изолированно от других. Однако именно этот аспект особенно актуален при рассмотрении развития речи умственно отсталых детей.

⁵⁹ См.: Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. М., 1946.
⁶⁰ См.: Эльконин Д. Б. Детская психология. М., 1960.

Здоровый ребенок 3—4 лет уже обладает большим словарным запасом, его активная речь носит почти правильную грамматическую форму, а фонетические погрешности произношения остаются лишь в виде мелких исключений.

В то же время у ребенка-олигофрена как слуховое различение, так и произношение слов и фраз возникает значительно позже. Речь его скудна и неправильна. Основные причины, обусловившие такое состояние речи, — слабость замыкательной функции коры, медленная выработка новых дифференцировочных условных связей во всех анализаторах, а иногда преимущественно в каком-либо одном. Значительную отрицательную роль играет также общее нарушение динамики нервных процессов, затрудняющее установление динамических стереотипов — связей между анализаторами.

Недоразвитие речи может быть обусловлено в первую очередь медленно формирующимися и нестойкими дифференцировочными условными связями в области слухового анализатора. Из-за этого ребенок долго не дифференцирует звуков речи окружающих людей, долго не усваивает новых слов и словосочетаний. Он не глух, он слышит даже тихий шорох или изолированный звук, произносимый родителями, но звуки обращенной к нему связной разговорной речи воспринимаются им нерасчлененно. (Это отчасти похоже на то, как взрослые слышат речь иностранцев.) Такой ребенок выделяет и различает лишь немногие слова. Процесс выделения этих воспринимаемых адекватно слов из речи окружающих происходит совершенно иным, более медленным темпом, чем в норме. Это и есть первая, основная причина запоздалого и неполноценного развития речи. Но и далее, когда эти слова уже выделены и узнаются как знакомые, известные, они все еще воспринимаются нечетко. Умственно отсталые дети плохо различают сходные звуки, особенно согласные; поэтому, если учитель говорит им, например, что на дереве появились почки, они могут услышать в этом созвучии и *бочки*, и *бошки*, и *почхе* и т. д. В дошкольном возрасте ошибки детей, наблюдающиеся при повторении ими новых слов, расцениваются окружающими обычно лишь как дефекты произношения, которых, кстати говоря, действительно очень много. Однако в школе, в процессе обучения ребенка письму, становится возможным установить, что многие его ошибки обусловлены именно недостаточным развитием слухового анализатора. Когда ребенок пишет под диктовку *удка* вместо *утка* или *лотка* вместо *лодка*, он не

различает фонем *д* и *т*. Примеров такого рода может быть при исследовании получено множество: *балка* вместо *палка*, *тана* вместо *дана* и т. д. Слабое развитие фонематического слуха приводит к замене отдельных звуков другими. Кроме того, оно затрудняет звуковой анализ слова. Ребенку трудно установить, в каком порядке следуют друг за другом звуки, например в слове *чернила*. Он уже научился узнавать его в чужой речи и более или менее точно воспроизводить в собственной устной речи. Но когда нужно написать, т. е. установить, выяснить для себя порядок следования звуков, ребенок затрудняется это сделать, поэтому вместо *чернила* он может написать *нренила* или *ненриал* и т. д. Из-за слабости фонематического анализа умственно отсталый ребенок плохо различает на слух окончания слов, что препятствует усвоению грамматических форм.

Причина указанного состояния фонематического слуха — все то же замедленное формирование дифференцировочных условных связей в слуховом анализаторе. По мере обучения в школе эти связи более или менее успешно образуются. Но последствия столь замедленного усвоения речи для общего психического развития детей очень серьезны.

Недостатки фонематического слуха усугубляются замедленным темпом развития артикуляции, т. е. комплекса движений, необходимых для произнесения слов.

Развитие всех движений ребенка, в том числе моторики его речедвигательного аппарата, также зависит от особенностей формирования дифференцировочных условнорефлекторных связей в области двигательного анализатора. Моторные импульсы, необходимые для отчетливого произнесения тех или иных звуков, должны быть очень точными. Точность этих моторных импульсов может быть обеспечена сочетанием двоякого рода коррекции: коррекцией с помощью слуха (ребенок слышит, что произносит не так, как взрослые, не так, как надо) и коррекцией со стороны мышечного чувства (в норме ребенок чувствует, что мышцы его речедвигательного аппарата совершают не то движение, которое нужно, что при таком-то движении звук удается не такой, как нужно). У олигофрена несовершенны оба вида коррекции.

Правильное различение звуков на слух обычно способствует правильности произношения; правильность же собственного произношения, в свою очередь, способствует лучшему различению звуков на слух. При патологии корковой деятельности и замедленном образовании межанализаторных связей возникает про-

тивоположная зависимость: недостаточность слуховых восприятий тормозит улучшение произношения, а нечеткость произношения препятствует улучшению качества слуховых восприятий.

Таким образом, замедленное, неполноценное развитие анализаторов приводит к тому, что при олигофрении, как правило, резко задерживается развитие речи. К тому времени, когда речь должна бы быть средством общения, обозначения и орудием мышления, она оказывается в крайне неразвитом состоянии. Очень часто при олигофрении первые отдельные слова появляются в 2—3 года, а короткие, скудные и аграмматичные фразы к 5—6 годам. К школьным годам дети приходят с резким недоразвитием речи.

Недостатки речи умственно отсталых школьников изучены очень основательно многими советскими психологами (А. Р. Лурия, М. Ф. Гнездилов, Г. М. Дульнев, М. П. Кононова, В. Г. Петрова). Большое значение речевых дефектов для общего психического недоразвития детей показано в особой главе книги «Особенности умственного развития учащихся вспомогательной школы». В этой главе приводится подробнейшая сводка исследований самых различных показателей речевого развития.

Прежде всего, обнаруживается, как этого и следовало ожидать, что словарный запас учащихся младших классов вспомогательной школы значительно меньше, чем словарь их здоровых сверстников. Разница между пассивным и активным словарем, существующая и в норме, у олигофренов особенно велика. Их активный словарь особенно скуден. Дети-олигофрены очень мало пользуются прилагательными, глаголами, союзами.

Даже тот словарный запас, который уже освоен учеником вспомогательной школы, длительное время остается неполноценным, так как значение употребляемых им слов большей частью не соответствует действительному значению слова. Этот факт имеет место и у всякого нормального ребенка. Так, например, здоровый маленький ребенок может называть словом *киска* и домашнюю кошечку, и пушистого игрушечного медвежонка, и воротник маминого пальто. Вначале *дядя* — это всякий мужчина, кроме папы; лишь постепенно ребенок усваивает точное значение слова *дядя*, выражающего определенную степень родства. По выражению И. М. Сеченова, слово остается для ребенка известное время не понятием, а лишь «кличкой», наименованием нескольких предметов. Затем происходит постепенное уточнение его значения. У умственно отсталых детей переход от слов-«кличек» к словам-понятиям совершается очень долго и с большим трудом.

Грамматический строй речи у учащихся первых классов вспомогательной школы крайне несовершенен. Их фразы односложны. Дети очень редко пользуются соподчиненными предложениями, очень затрудняются в подборе слов для выражения оттенков мысли. В школьные годы у умственно отсталых детей сохраняются формы речи, которыми здоровые дети пользуются в 3—4 года, в частности ситуативная речь, неполно раскрывающая содержание мысли и потому понятная лишь тому, кто знает ситуацию. Дети широко пользуются местоимениями, вместо того чтобы называть действующих лиц, говорят, что они «пошли туда» или «мы были там», вместо того чтобы объяснить место происходящих событий или обозначить действующих лиц.

Обращают на себя внимание нарушения согласования в предложениях. Так, например, В. Г. Петрова приводит следующие образцы высказываний учащихся вспомогательных школ: *У него нет голова. Мальчики сделали снегу бабу. Белка видел в лесу.* Возможны две причины такого аграмматизма в речи. Во-первых, он может быть обусловлен тем, что дети не приучаются практически пользоваться разными грамматическими формами, так как не слышат различий в окончаниях слов из-за недифференцированного восприятия речи. Во-вторых, это может быть связано с тугоподвижностью нервных процессов и их тормозимостью. Ребенок начинает фразу, имея в виду сказать одно, но затем, отвлеченный другой мыслью, пропускает конец начатого и переходит к середине следующей мысли. Пропускаются элементы фразы. Тогда аграмматичную фразу ребенка следовало бы читать так: *Белка (прыгала... я ее) ... видел в лесу.* Другая может означать следующее: *Мальчики сделали (...каток... там нанесли много...) снегу... (они слепили,...) бабу.*

Может быть и так, что, начиная говорить, ребенок не успел продумать конец и на ходу придумал такую мысль, которая оказалась несогласованной с началом, но была им уложена в начатую грамматическую форму.

Вспомогательная школа помогает учащимся исправлять недостатки произношения, способствует значительному увеличению словарного запаса, совершенствованию грамматического строя речи.

Учителю вспомогательной школы приходится сталкиваться с немалыми трудностями при обучении детей письму и чтению.

Недостаточное развитие фонематического слуха, дефекты произношения, трудность расчленения слова на звуки — все это приводит к тому, что почти каждое слово пишется ими с ошибками.

Умственно отсталому ребенку очень трудно придавать буквам нужные очертания, что, естественно, обуславливает трудности при формировании почерка. При обучении письму и чтению обнаруживают себя дефекты зрительного анализатора и пространственной ориентировки. Дети с трудом различают начертания букв *n* и *и* и т. д. При письме они пишут букву *с* как букву *э* или букву *ш* как букву *т* и т. д. Помимо смещения сходных, но по-разному пространственно расположенных букв, дети пишут иногда зеркально, т. е. справа налево, теряют строки при письме и чтении.

Все эти трудности, обусловленные замедленным развитием анализаторов, постепенно преодолеваются.

Однако среди умственно отсталых встречаются дети, у которых по тем или иным причинам (местное кровоизлияние, ушиб, локально ограниченный менингоэнцефалит) один из анализаторов особенно отстает в своем развитии. Это может обнаруживаться исключительно при обучении детей устной речи, письму, чтению (иногда также счету). В таких случаях, продолжая индивидуальную коррекционную работу с учеником, учитель вынужден мириться с его неуспеваемостью по тому или иному предмету. Из курса олигофренопедагогики известно, что детей, не успевающих по тому или иному предмету вследствие локальных мозговых дефектов, можно переводить в следующий класс.

Недоразвитие речи и конкретность мышления умственно отсталых детей взаимосвязаны и взаимозависимы. Оба эти явления возникают как следствие нарушений нервных процессов. В то же время, будучи оба следствиями, эти два явления взаимообуславливают друг друга: недоразвитие речи ограничивает дальнейшее умственное развитие ребенка, а затрудненность обобщений мешает правильному усвоению значений слов и формированию речи в целом. Иными словами, дефекты мышления и речи взаимно усугубляют друг друга.

До сих пор была дана схематичная характеристика речи олигофренов. Теперь кратко остановимся на особенностях речи других категорий умственно отсталых детей.

При гидроцефалии (отнюдь не во всех случаях, а лишь иногда) наблюдается обманчивое, внешне как будто очень хорошее развитие речи, которое создает иллюзию преждевременного хорошего умственного развития ребенка. Словарный запас поражает своим обилием. Эти дети иногда употребляют множество очень сложных слов и даже научные термины. Грамматический строй речи носит развернутый, чрезмерно полный характер. Рассуждения этих детей

иногда носят резонерский, нравоучительный характер. Речь этих детей «пустая», они мало вникают в смысл того, что произносятся, повторяют в неподходящих ситуациях все то, что слышали от других или читали сами. Их речь, хорошо развиваясь как навык, не становится в то же время ни орудием мысли, ни средством подлинного общения. Такого рода развитие речи при умственной отсталости является редким исключением.

Столь же своеобразной, но несколько отличной по форме может быть речь некоторых детей, больных шизофренией. Сам по себе навык правильного понимания и произношения слов может сформироваться у них легко и иногда даже в более ранние сроки, чем это происходит у здоровых детей. Они овладевают достаточным словарным запасом, без труда могут пользоваться сложными грамматическими построениями фраз. Однако речь этих детей нарушена вследствие измененной личностной позиции. Так, например, их речь часто отличается особой манерностью: высказывания сопровождаются своеобразными ужимками, голос искажается, дети говорят пискливо или чрезвычайно тихо. В речи детей, больных шизофренией, иногда встречаются неожиданные искажения обычных слов, а также слова-неологизмы (заново сочиненные или неправоммерно преобразованные, слитые и т. д.).

При умственной отсталости, возникающей вследствие ревматизма либо травм головного мозга, особых затруднений в овладении устной речью, как правило, не возникает, но овладение письменной речью, особенно в период обучения письму, может представлять большую трудность. Свойственные таким детям колебания внимания и неравномерность темпа действий (сочетание порывистости и медлительности) приводят к тому, что у них возникает большое количество случайных ошибок: пропуски и перестановки букв, слов, ненужные повторения слогов, случайные описки и т. д.

У таких детей очень плохо развивается почерк: размашистые, порывистые, неравномерные движения приводят к тому, что почерк очень долго остается неустановившимся, небрежным.

И наконец, очень своеобразна речь детей-эпилептиков. Вначале она похожа на речь олигофренов. Постепенно их речь становится все более вязкой, тягучей. Эти дети склонны к повторению одних и тех же слов и оборотов речи. Их рассказы изобилуют ненужными подробностями. Эпилептики неуместно пользуются уменьшительно-ласкательными окончаниями (ручечка, карандашечек и т. д.).

Под влиянием школьного обучения речь всех умственно отсталых детей начинает успешно развиваться. Увеличивается словарный запас, улучшается произношение, обогащается, становится все более развернутым грамматический строй речи, увеличивается потребность в словесном общении. Дети слушают речь учителя, стремятся понять ее, беседуют друг с другом, стараются найти точные формулировки для того, чтобы успешнее ответить урок. Но все же нельзя забывать о том, что то орудие мышления, которое у здоровых детей оказывается сформировавшимся задолго до поступления в школу, у умственно отсталых возникает и совершенствуется лишь после поступления во вспомогательную школу.

МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ РЕЧИ

Способы обследования речи детей с целью выявления различных дефектов восприятия и произношения звуков речи детально разработаны в логопедии. Поэтому излагать их здесь нецелесообразно.

Следует только подчеркнуть, что, помимо особенностей или дефектов восприятия и произношения, психологический анализ речи детей должен выявлять и более сложные показатели ее развития.

К ним относятся следующие: а) словарный запас; б) грамматический строй; в) полнота и адекватность значений употребляемых слов и г) потребность в речи как в средстве общения и орудии мысли.

Оценка словарного запаса может быть произведена самыми различными способами. Пассивный словарный состав может быть приблизительно определен путем показа ребенку большого количества предметов или объектов (в том числе людей, выполняющих те или иные действия) и подсчета числа или процента правильных их названий.

Активный словарный запас установить труднее. Для этой цели с ребенком ведутся беседы по картинкам или на определенные темы; затем производится подсчет слов, которые были произнесены во время беседы. (Разумеется, что одинаковые, т. е. повторяющиеся, слова из этого подсчета исключаются.)

Анализ грамматического строя речи проводится обычно на материале записей высказываний ребенка, т. е. очень приблизительно. Учитываются такие особенности речи, которые считаются типичными для ситуативной (обилие местоимений, неразвер-

нутость фраз в беседе с людьми, не знающими ситуации, о которой идет разговор) либо для контекстной речи (завершенность фраз и четкость наименований).

Следует также обращать внимание на то, охотно ли ребенок поддерживает беседу, сам ли он становится инициатором обсуждения различных тем либо только отвечает на вопросы, являются ли его ответы полными или односложными, скупыми. Односложность, скудость ответов вовсе не обязательно свидетельствуют о плохом развитии речи ученика; иногда это может быть проявлением депрессии или отрицательного отношения к собеседнику.

ВОПРОС И ЗАДАНИЕ

1. Расскажите о признаках недоразвития речи у умственно отсталых детей.
2. В чем заключаются причины и последствия недоразвития речи у умственно отсталых детей?

ЛИТЕРАТУРА

- Выготский Л. С. Мышление и речь // Избранные психологические исследования. М., 1956.
- Петрова В. Г. Речь умственно отсталых школьников // Особенности умственного развития учащихся вспомогательной школы. Гл. 5. М., 1965.

9. РАЗВИТИЕ МЫШЛЕНИЯ

Конкретный характер мышления. Переход от конкретного к обобщенному. Непоследовательность мышления. Некритичность суждений.

Мышление есть высшая форма отражения окружающей действительности. Мышление (если вспомнить наиболее краткое из определений, дающихся в общей психологии) есть обобщенное и опосредствованное словом познание действительности. Мышление дает возможность познать сущность предметов и явлений. Благодаря мышлению становится возможным предвидеть результаты тех или иных действий, осуществлять творческую, целенаправленную деятельность.

В самом определении умственной отсталости содержится указание на то, что первейшим ее признаком является нарушение познавательной деятельности. Именно это обстоятельство заставило создать для обучения умственно отсталых детей особую сеть школ.

Для того чтобы лучше разобраться в том, как формируется и развивается мышление ребенка с нарушенной деятельностью коры головного мозга, нужно вспомнить, как это происходит в норме.

Во-первых, мышление — это обобщение.

Элементарное обобщение содержится уже в акте восприятия. Для того чтобы ребенок узнал в каждом дереве дерево, у него должен сформироваться в ходе личного опыта какой-то обобщенный образ дерева. При этом образ дерева должен быть адекватно соотносен со словом *дерево*. Но это еще не мысль.

Человек мыслит понятиями. В процессе школьного обучения перед ребенком раскрываются все существенные признаки понятия «дерево»: «Дерево — это растение, состоящее из корневой системы, ствола и кроны». Является ли такая общая мысль о дереве продолжением, усилением того же процесса обобщения, который имел место при восприятии? И да, и нет. Это продолжение, потому что оно необходимо опирается на образ дерева, который сформировался в процессе личного опыта. Но это мысленное обобщение содержит в себе и качественно иной процесс. Оно отбрасывает как лишнее, несущественное все те детали и конкретные подробности, наличие которых так необходимо для специфического узнавания и восприятия (это и есть абстрагирование, или отвлечение). И оно прибавляет нечто новое. Это новое могло отсутствовать в личном опыте ребенка (он мог не видеть корней деревьев и не знать слова «крона»), но оно возникает в представлениях ребенка с помощью словесных объяснений, передающих ему опыт и знания человечества. Обширный круг знаний и понятий, которыми оперирует мышление ребенка, привносится в его сознание взрослыми с помощью словесно сформулированного знания. Для прочного усвоения этих знаний необходимо наличие у ребенка запаса представлений. Но объем этих привносимых с помощью речи знаний намного превышает запас представлений, которые ребенок успевает приобрести в процессе своей индивидуальной жизни. Для овладения этими понятиями и знаниями необходимо полноценное владение речью.

Во-вторых, мышление — это опосредствованное познание. «Опосредствованное» означает познание одного посредством другого. Услышав сердитый голос и увидев рассерженное лицо матери, ребенок догадывается (или, иначе, понимает), что мать уже видела разбитую им тарелку. Получив в классе задание разделить 6 яблок на двоих, ребенок продельвает аналогичную операцию на палочках и приходит к выводу, что каждому достанется по 3 яблока. Сравнивая сделанное им в мастерской изделие с образцом, который

ему дал учитель, ребенок находит в них различия, анализируя которые он приходит к заключению, что один из элементов изделия нужно исправить.

Все эти умственные операции сравнения, умозаключения, все эти действия деления, умножения, создания предположения и его проверки ребенок в очень малой степени создает сам. Этим умственным действиям его обучает взрослый, он организует для него серию практических наглядных ситуаций, в которых ребенок должен ориентироваться и действовать, а затем формулирует эти задания словесно. Постепенно обучение подходит к тому этапу, когда ребенок приобретает умение осуществлять каждое такое сложное действие «в уме». Необходимым этапом, звеном такого перевода практического действия в действие в уме является выполнение его в словесном плане. Но для этого ребенок опять-таки должен овладеть всеми видами речи.

У умственно отсталого ребенка-дошкольника наблюдается крайне низкий уровень развития мышления, что прежде всего объясняется неразвитостью основного инструмента мышления — речи. Из-за этого он плохо понимал смысл разговоров членов семьи, содержание тех сказок, которые ему читали. Он часто не мог быть участником игр, так как не понимал необходимых указаний и инструкций; к нему все реже обращались с обычными поручениями, так как видели, что ребенок не может понять их смысл.

Из-за дефектов восприятий ребенок накопил чрезвычайно скудный запас представлений. Бедность, фрагментарность и «обесцвеченность» представлений умственно отсталых детей очень хорошо описана М. М. Нудельманом. Он показывает, как разнообразные объекты теряют в представлениях детей все индивидуальное, оригинальное, уподобляются друг другу, становятся похожими.

Бедность наглядных и слуховых представлений, крайне ограниченный игровой опыт, малое знакомство с предметными действиями, а самое главное — плохое развитие речи лишают ребенка той необходимой базы, на основе которой должно развиваться мышление.

Очень четко формулируют все эти мысли Ж. И. Шиф и В. Т. Петрова. Они пишут, что мышление умственно отсталых детей формируется в условиях неполноценного чувственного познания, речевого недоразвития, ограниченной практической деятельности. Следовательно, умственно отсталый ребенок оказывается неподготовленным к поступлению в школу. Он очень отличается от здорового ребенка большей конкретностью мышления и слабостью обобщений.

Но следует ли из этого, что умственно отсталый ребенок принципиально не способен к абстракции и обобщению, что его мышление никогда не сможет выйти за рамки конкретности?

Для того чтобы ответить на этот трудный вопрос, нужно еще раз вернуться к вопросу о том, как происходит переход от конкретного мышления к абстрактному и что значит научиться мыслить. Разберем примеры.

а) Поступившего во вспомогательную школу ребенка спрашивают: «Что такое птица?» Он отвечает: «Она серенькая, маленькая, имеет маленький носик или ротик». Перед его глазами встает образ воробья, которого он недавно видел. Отвечая на вопрос учителя, он этот образ описывает, как умеет. При этом он не учитывает, что бывают крупные птицы, что не все птицы серого цвета. Отвечая на вопрос, он вовсе не стремится назвать признаки, которые присущи *всякой* птице. Его еще не научили давать определение того или иного понятия.

Если, отвечая на вопрос, он скажет *летает*, то это будет несколько лучший ответ, так как в нем указан существенный признак, характерный для всякой птицы. Однако правильнее был бы примерно такой ответ: «Птица — это живое существо, имеющее крылья и умеющее летать». Подобный ответ свидетельствовал бы о том, что ребенок научился определять понятие и овладел самим понятием, т. е. мыслью, отражающей общие и существенные признаки предмета. Но своими глазами ребенок не видел, что у всех птиц есть крылья, он не умел выделить крылья у птицы, сидящей на земле, а главное, он еще не усвоил, что есть живое и неживое. Все это ребенок не мог «открыть» сам. Он мог бы узнать об этом лишь от взрослых. Но для этого нужен определенный уровень развития речи.

б) Учитель предлагает дошкольнику-олигофрену задачу: «У мальчика было 3 конфеты, одну он потерял. Сколько конфет у него осталось?» Не обращая внимания на вопрос, ученик говорит: «Нужно искать ее и найти». Задача вызвала у ученика очень наглядный образ недостающей конфеты. Вместо отвлеченного отношения к условиям задачи, ребенок подошел к данной ситуации конкретно, утилитарно. Пониманию условного смысла задачи и выбору соответствующего условиям задачи способа действия ребенка еще нужно научить.

в) Ребенку дают набор картинок и предлагают разложить их на группы по принципу «что к чему подходит». Он может начать классификацию, если подобные задания им уже выполнялись. Но

он может начать раскладывать картинки и соответственно своему жизненному опыту: одежду положит около шкафа, моряка — на корабль и т. д. Даже после прямого указания экспериментатора на то, что надо класть вместе предметы одного сорта, например овощи надо объединять с овощами, а транспорт — с транспортом, ребенок не в состоянии продолжить эту линию рассуждений. Ему продолжает казаться, что бабочку надо объединить с цветами, так как он часто видел, как бабочка сидит на цветах; что кошку нельзя положить около собаки, так как он имеет представление о том, что из этого выйдет — они подерутся, и т. д. Про такого ребенка мы говорим, что он мыслит конкретно, что обобщения ему недоступны. Именно так обычно мыслит умственно отсталый ребенок в этой экспериментальной ситуации. Между тем его здоровый сверстник осуществляет необходимую классификацию почти без ошибок.

Следовательно, мыслить конкретно — значит оставаться во власти единичных наглядных образов, не умея понять скрытое за ними общее, существенное. Мыслить конкретно означает также неумение пользоваться при решении задач теми мыслительными операциями и формами мышления, которые были «открыты» человечеством в ходе его развития.

Умственно отсталый ребенок скорее вспоминает, чем размышляет.

В быту слово *конкретно* иногда употребляют в положительном смысле. «Говори конкретно», — советуют оратору на собрании. Но при этом имеют в виду лишь конкретное приложение общепризнанных и общеизвестных положений. Для того чтобы мысль могла иметь смысл в своем конкретном приложении, она должна прежде подняться от конкретного к обобщенному, абстрактному; именно в этом отвлечении и обобщении ценность подлинного мышления; лишь после этого имеет смысл приложение найденного общего, закономерного к частному, конкретному. Когда же мысль просто воспроизводит конкретные ситуационные связи между предметами и явлениями, она бедна и непродуктивна.

В книге «Особенности умственного развития учащихся вспомогательной школы» приводится большое количество экспериментальных данных, характеризующих неполноценность мыслительных операций умственно отсталых детей (синтез, анализ, сравнение и т. д.). Так, например, М. В. Зверева и А. И. Липкина пришли к выводу, что умственно отсталые дети, сравнивая предметы, проявляют склонность к установлению различия, не умея в то же

время уловить сходство. Профессор Л. В. Занков обнаружил, что при сравнении предметов или явлений умственно отсталые дети часто опираются на случайные внешние признаки, не выделяя существенных признаков. Их суждения относительно сравниваемых предметов строятся иногда по типу: «Воробей серенький, а ворона каркает»; иначе говоря, суждение имеет форму сравнения, а по сути таким сравнением не является. Опыт каждого учителя вспомогательной школы свидетельствует о необычайной конкретности мышления учеников.

Основной недостаток мышления умственно отсталых детей — слабость обобщений — проявляется в процессе обучения в том, что дети плохо усваивают правила и общие понятия. Они нередко заучивают правила наизусть, но не понимают их смысла и не знают, к каким явлениям эти правила можно применить. Поэтому изучение грамматики и арифметики — предметов, в наибольшей степени требующих усвоения правил, — представляет для умственно отсталых детей наибольшую трудность. Сложной задачей для них является также усвоение новых общих понятий и правил, с которыми они имеют дело при изучении других учебных предметов. В то же время как научные исследования, так и школьный опыт свидетельствуют о том, что ученики вспомогательной школы довольно быстро развиваются и каждую из мыслительных операций выполняют в старших классах лучше, чем в первых. Правомерно поставить вопрос: можно ли эти сдвиги оценить как количественные улучшения, в пределах того же качества, либо дети действительно могут научиться мыслить?

Научиться мыслить — значит: 1) совершить переход от отражения действительности в ее ситуационных наглядных образах к отражению в понятиях, правилах, закономерностях; 2) совершить еще более сложный переход от простого воспроизведения этих образов и представлений к мыслительным действиям, т. е. к решению задач, формулированию и проверке гипотез.

Так могут ли умственно отсталые дети научиться обобщать? На этот вопрос до сих пор отвечают по-разному. Согласно первой концепции слабость обобщения есть первичный основной дефект, не подлежащий дальнейшему психологическому объяснению. Все высшее, человеческое умственно отсталому ребенку недоступно. Обобщение — это высшее, наиболее сложное приобретение человеческого мозга. Из поражения мозга вытекает невозможность обобщения. Если бы в конце жизни ученика вспомогательной школы выяснилось, что ему доступны сложные обобщения, это

означало бы, что произошла ошибка — этот человек никогда в детстве и не был умственно отсталым.

Иную точку зрения высказывает Л. С. Выготский. Нисколько не отрицая того факта, что мышлению умственно отсталых детей свойственна конкретность, Л. С. Выготский (как уже указывалось в 5-й главе) писал, что недоразвитие высших форм мышления является «первым и наиболее частым осложнением, возникающим как вторичный синдром при умственной отсталости», но осложнением, возникающим не обязательно. Следовательно, по мнению Л. С. Выготского, умственно отсталые дети *могут научиться обобщать*. Но этот процесс (научения) происходит медленнее, чем у здоровых людей. Для того чтобы научить умственно отсталого умению обобщать, необходимо использовать особые средства обучения.

Можно, конечно, возразить, что эти взгляды Л. С. Выготского остаются лишь гипотезой. Но эта гипотеза очень важна для педагогической практики. Если согласиться с мнением Л. С. Выготского о том, что недоразвитие высших психических функций есть частое, но не обязательное осложнение, то перед олигофренопедагогом немедленно возникают вопросы: в чем причины этих осложнений? Нельзя ли построить процесс воспитания и обучения таким образом, чтобы этих осложнений не было?

Сам Л. С. Выготский указывает направление, в котором нужно искать ответы на эти вопросы. Таким направлением является анализ развития ребенка, истории развития его личности, его сознания.

Следовательно, гипотеза Л. С. Выготского не только теоретически обоснованна, но и продуктивна в практическом отношении. Она направляет мысль олигофренопедагогов на поиски путей дальнейшего преобразования и улучшения воспитания и обучения умственно отсталых детей.

Но необходимо рассмотреть и иные теории, точнее, гипотезы о природе детского слабоумия. Глубокий анализ различных теорий детского слабоумия дан в статье Л. С. Выготского «Проблема умственной отсталости»⁶¹.

Разберем некоторые основные положения этой работы Л. С. Выготского. Он подробно излагает и подвергает критическому анализу данные немецкого психолога Курта Левина, автора дина-

⁶¹ См.: Выготский Л. С. Проблема умственной отсталости // *Избранные психологические исследования*. М., 1956.

мической теории умственной отсталости. Согласно этой теории, основными причинами умственной отсталости детей являются косность, тугоподвижность, недифференцированность их аффективно-волевой, или, иначе говоря, личностной, сферы. (Понятия, которыми пользуется К. Левин, отличны от привычных нам понятий, характеризующих изученные академиком И. П. Павловым особенности нервных процессов.) Говоря о тугоподвижности аффектов (эмоций), о недифференцированном™ слое личности, К. Левин имеет в виду незрелость, косность намерений и действий детей, особенности протекания их эмоций. Для К. Левина понятия аффективной и аффективно-волевой сферы в известной мере отражают качества и установки личности ребенка. Однако наряду с этим у К. Левина выявляется несколько формальный, чисто динамический способ оценки этих качеств. Он пишет об эластичности либо хрупкости структуры материала, из которого якобы строится личность, о текучести либо косности разных систем личности, о дифференцированности либо недифференцированном™ слое личности. Из этого видна значительная схематичность понятий, используемых им при характеристике эмоциональной сферы. Но Л. С. Выготский обратил внимание на рациональное зерно, которое содержится в теории К. Левина. Это рациональное зерно заключается в указании на зависимость мысли, вернее, способности мыслить от чувств и потребностей. Можно согласиться с этой положительной оценкой, так как мышление, как и всякая иная деятельность человека, обусловлено его потребностями.

В известной работе Ф. Энгельса о роли труда в процессе становления человека содержится очень важное указание: «Люди привыкли объяснять свои действия из своего мышления, вместо того чтобы объяснять их из своих потребностей (которые при этом, конечно, отражаются в голове, осознаются)...»⁶² Однако хотя К. Левин и обращается к сфере потребностей (это правильно), само понятие потребностей остается у него неразвернутым и, так же как понятие аффективно-волевой сферы, ограничено лишь динамическими характеристиками. Отдав должное положительной тенденции в теории К. Левина, Л. С. Выготский далее критикует эту теорию и ее автора за метафизичность.

К. Левин, основываясь на данных экспериментальных исследований сферы потребностей, намерений и строения действий умственно отсталых детей, объясняет конкретность их мышления,

неумение абстрагировать и обобщать тугоподвижностью и косностью аффективной сферы. Он рассуждает при этом так.

Конкретность мышления слабоумного ребенка означает, что каждая вещь и каждое событие получают для него свое особое значение. Он не может выделить их как самостоятельные части независимо от ситуации. Поэтому абстрагирование, т. е. образование группы и обобщение ее на основании известного существенного родства между предметами, крайне затруднено у этого ребенка.

По самой своей сути абстракция требует некоторого отвлечения от ситуации, которая целиком связывает отсталого ребенка. Иными словами, если вернуться к приведенным ранее примерам, для умственно отсталого ребенка настолько силен и значим образ только что виденного им серого воробья, что он не в состоянии в силу своей эмоциональной косности отбросить этот образ для того, чтобы овладеть абстрактным понятием «птица». В другом случае его настолько приковывает представление об утерянной конфете, что он не в состоянии перейти к подсчету оставшихся.

Л. С. Выготский вовсе не оспаривает того, что психические процессы умственно отсталых детей отличает тугоподвижность. Он не отрицает положения, что в основе развития психики ребенка (как нормального, так и слабоумного) лежит единство аффекта и интеллекта. Но Л. С. Выготский критикует К. Левина за его метафизичность, т. е. за примитивное понимание идеи развития ребенка. Он говорит, что не только тугоподвижность и косность влияют на мышление, обуславливая его конкретность. Существует и обратная зависимость, т. е. противоположное влияние. По мере того как с помощью речи развивается мышление ребенка, оно, это мышление, влияет на строение его действий, на динамику его аффективных реакций, делает эту динамику более подвижной. Более глубокое, обобщенное понимание ситуации позволяет ребенку как бы подняться над ней, начать более независимо и разумно действовать.

Л. С. Выготский формулирует эту мысль дважды — один раз очень сложно теоретически, другой раз — образно, ярко.

Он пишет: «Специальные исследования показывают, что степень развития понятий есть степень превращения динамики аффекта, динамики реального действия в динамику мышления. Путь от созерцания к абстрактному мышлению и от него к практическому действию (здесь Выготский повторяет мысль В. И. Ленина. — С. Р.) есть путь превращения косной и тугоподвижной динамики ситуации в подвижную и текучую динамику мысли и

путь обратного превращения этой последней в разумную, целесообразную и свободную динамику практического действия»⁶³.

Мышление, понимание закономерностей, овладение понятиями приводит к уменьшению связанности наглядной ситуацией, к большей свободе и подвижности действий ребенка. Умение обобщать делает ребенка менее инертным и тугоподвижным, более свободным и гибким. Мысль поднимает ребенка не только над его наглядными представлениями, но и над своими собственными побуждениями и страстями.

Несколько дальше, говоря о том, что по ходу развития ребенка меняется соотношение между аффектом и интеллектом и что именно в изменении этого соотношения видна зрелость личности ребенка, именно по этой линии возможны и отличия между умственно отсталым и нормальным, Л. С. Выготский пишет: «Мышление может быть рабом страстей, их слугой, но оно может быть и их господином»⁶⁴.

К вопросу о соотношении мышления, эмоций и аффектов мы еще вернемся в главе о личности. Здесь же следует ограничиться некоторыми выводами.

Мышление умственно отсталого ребенка неправомерно рассматривать в отрыве от сферы его потребностей, интересов, направленности. Но выводить слабость мышления из аффективной сферы, считать аффективную косность причиной конкретности мышления неправомерно. Поскольку мышление ребенка нельзя рассматривать как врожденную способность, поскольку этот процесс возникает — и в норме и в патологии — при жизни ребенка, следует искать причины его своеобразия и его недостатков в самом индивидуальном развитии мышления ребенка.

Таким образом, динамическая теория умственной отсталости К. Левина хотя и сыграла известную роль в понимании этого явления, но не объяснила его.

Значительно продуктивнее оказались представления Выготского о ядерных признаках умственной отсталости, обусловленных болезненной неполноценностью мозга. Этими ядерными признаками являются, видимо, открытые школой академика И. П. Павлова и уже описанные в главе 4 слабость замыкательной функции коры,

⁶³ Выготский Л. С. *Избранные психологические исследования*. М., 1956, с. 476.

⁶⁴ Выготский Л. С. *Избранные психологические исследования*. М., 1956, с. 479.

инертность и слабость нервных процессов. Это затрудняет формирование обобщений, но вовсе не делает принципиально невозможным такое формирование.

Развитие правильного мышления у умственно отсталых детей — трудная, но принципиально разрешимая задача. Она достигается с помощью специально разработанных олигофренопедагогикой приемов обучения. Одним из важных вопросов этого обучения является обдуманый, методически грамотный переход от наглядного показа к словесно-логическому обобщению.

Особенности наглядного мышления учащихся вспомогательной школы были изучены Ж. И. Шиф с помощью удачно найденной ею экспериментальной методики. Была использована занимательная задача, суть которой заключалась в том, что дети должны были найти среди десяти данных им предметов те, которые могли бы быть использованы, т. е. выполнять роль отсутствующих в наборе трех предметов — кружки (первая задача), молотка (вторая задача) и пробки (третья задача). Исследованные ученики массовой школы, решая эту задачу, вначале искали предметное сходство между имеющимися и заданными объектами, иногда предлагали воображаемые способы переделки, изменения имеющихся в наборе предметов, а на последнем, более трудном этапе устанавливали сходство по признаку функциональной пригодности, т. е. по пригодности имеющегося объекта к выполнению новой роли (например, наперсток в роли чашки).

Учащиеся 3-го класса вспомогательной школы пользовались преимущественно способом выделения сходства по функциональному признаку и не вносили предложений о возможности преобразования предметов. Ученики 5-го класса вспомогательной школы уже заботились об установлении предметного сходства, а ученики 7-го класса могли решать задачу двумя способами и находить большое число объектов, сходных с заданными.

Из этих данных Шиф делает вполне правомерные выводы об особенностях и недостатках наглядного мышления умственно отсталых детей. Их наглядные образы недостаточно динамичны, недостаточно направленно преобразуются под влиянием задачи. Однако по мере школьного обучения увеличивается полнота мысленного анализа объектов, совершенствуются приемы наглядного мышления, повышается роль воображения в нем, становится более доступным наглядное обобщение.

Хотя умственно отсталые дети значительно легче усваивают все новое с помощью конкретного показа, привыкая практически

оперировать реальными предметами, наглядными пособиями и т. д., Выготский предостерегал учителей вспомогательных школ от того, чтобы они, основываясь на этой особенности психики умственно отсталых детей, строили методику обучения только на основе принципа наглядности и опирались на одни конкретные представления. Наглядные методы обучения необходимы, но ими нельзя ограничиваться. Задача учителя в том и состоит, чтобы помочь ребенку отвлечься от конкретных представлений и перейти к высшей ступени познания — логическому, словесному обобщению.

В то же время слишком быстрый, построенный по образцу массовой школы, способ перехода — вреден. Ошибки обучения, попытки обучать умственно отсталых детей по образцу массовых школ, т. е. с неоправданно быстрым переходом к словесным обобщениям, становятся иногда причиной неправильного, ограниченного развития их мышления. В. Я. Василевская и И. М. Краснянская исследовали особенности познавательной деятельности учащихся вспомогательной школы при осмыслении наглядного материала. Они обнаружили, что при чрезмерно трудном для ребенка задании происходит как бы разобщение его наглядных представлений и словесных знаний. В результате возникают словесные стереотипы, приобретающие косный характер. Лишь специально разработанные методические приемы могут помочь умственно отсталому ребенку построить правильные, содержательные обобщения.

Следовательно, одной из важнейших трудных проблем, от положительного решения которых зависит оптимальное развитие мышления умственно отсталых детей, является вопрос о переходе от наглядного чувственного познания к словесно оформленному, логическому, обобщенному. В исследовании В. Г. Петровой содержится наиболее удачный ответ на этот вопрос. Она отметила, что на уроках учителя вспомогательной школы часто ограничивают наглядные приемы объяснений только показом предметов. Иначе говоря, учитель обращается только к зрительному анализатору детей.

В. Г. Петрова организовала экспериментальные уроки иначе. Детям были розданы подлежащие сравнению предметы. Учащимся предлагалось сравнить два предмета, выполнив для этого различные практические действия. Так, например, для того чтобы установить сходство между кружкой и пузырьком, дети должны были налить в них воду, обвести карандашом на бумаге их дно, погладить их

стенки, а для того чтобы установить различия этих предметов, детям предлагалось попытаться прикрыть оба предмета резиновой пробкой, измерить их высоту, определить уровень воды и т. д.

Взрослый (экспериментатор или учитель) ставил в процессе выполнения этой работы наводящие вопросы и таким образом обучал детей умению делать логические выводы относительно общих свойств предметов.

После этих занятий учащиеся гораздо лучше усваивали материал.

До сих пор мы рассматривали один, центральный для всех умственно отсталых детей недостаток мышления, а именно слабость обобщений, или конкретность. Мышлению учащихся вспомогательных школ свойственны и другие особенности. К ним, в частности, относится непоследовательность мышления. Особенно ярко эта черта выражена у тех умственно отсталых детей, которым свойственна быстрая утомляемость. К этой категории принадлежат дети с сосудистой недостаточностью, перенесшие травму, ревматизм и т. д. Начав правильно решать задачу, они нередко «сбиваются» с правильного пути из-за случайной ошибки или случайного отвлечения внимания каким-либо впечатлением. Такие дети, неплохо приготовив домашнее задание, при ответе могут потерять нить мысли и заговорить о чем-либо, не имеющем отношения к делу. В указанных случаях нарушается целенаправленность мышления, хотя есть заинтересованность в хорошем выполнении того или иного дела, есть адекватное личностное отношение к нему. Учителю иногда кажется, что стоит ребенку посильнее захотеть, побольше постараться, и он сможет выполнять те или иные задания без ошибок. Однако это не так. Дело в том, что мерцающий характер внимания, непрерывно колеблющийся тонус психической активности не дают ребенку возможности длительно сосредоточенно обдумывать какой-либо вопрос. В результате возникает разбросанность и непоследовательность мыслей.

В иных случаях нарушения логики суждений возникают из-за чрезмерной тугоподвижности, вязкости интеллектуальных процессов, склонности застревать на одних и тех же частностях, деталях.

И. М. Соловьев, исследовавший мышление умственно отсталых детей при решении арифметических задач, обнаружил у них тенденцию к стереотипному мышлению. Эта тенденция проявлялась в том, что каждую новую задачу дети пытались решать по аналогии с предыдущими. При подобной «вязкости» мышления

также неизбежны какие-то нелогичные скачки, переходы от одного к другому. Длительно задержавшись мыслью на множестве деталей, ребенок все же вынужден перейти к следующему суждению — это происходит в виде скачка, затем ребенок снова увязает в деталях, подробностях. Такая непоследовательность из-за инертности часто наблюдается у олигофренов, но резче всего выступает у детей, больных эпилепсией и частично у перенесших энцефалит.

Следующий недостаток — *слабость регулирующей роли мышления.*

Особые трудности возникают у учителя в связи с тем, что умственно отсталые дети не умеют пользоваться в случае необходимости уже усвоенными умственными действиями. Природа этого дефекта изучена меньше, чем он того заслуживает.

Ж. И. Шиф отмечает, что после ознакомления с новой задачей ученики младших классов вспомогательной школы иногда сразу же принимаются ее решать. В их уме не возникает вопросов, предваряющих действия. Иначе говоря, отсутствует тот ориентировочный этап, важность которого так подчеркнута в трудах П. Я. Гальперина. Г. М. Дульнев описывает, как ученики, получившие письменную инструкцию в связи с заданием по труду, удовлетворяются однократным ее прочтением и, не задав никаких вопросов, начинают действовать. Лишь потом, в процессе работы, уже допустив ошибки, они иногда перечитывают инструкцию.

Новая задача не вызывает у умственно отсталых детей попыток предварительно представить себе в уме ход ее решения.

Известно, что в результате многократного повторения практических действий человек оказывается в состоянии совершать их в уме. Выделяясь в самостоятельный акт, мысль оказывается в состоянии опережать действие, предвосхищать его результат. Так, например, даже ученик начальной школы умеет заранее подумать о том, как лучше выполнить то или иное действие, что может произойти, если поступить так или иначе, каким должен быть результат действия. Таким образом, мысль регулирует поступки нормального ребенка, позволяет ему действовать целесообразно, предвидеть тот или иной результат.

Умственно отсталый ребенок часто не обдумывает своих действий, не предвидит их результата. Это, как уже говорилось, означает, что ослаблена регулирующая функция мышления.

Этот недостаток тесно связан с так называемой *некритичностью* мышления. Некоторым умственно отсталым детям свойственно не сомневаться в правильности своих, только что возникших

предположений. Они редко замечают свои ошибки. Умственно отсталые дети даже не предполагают, что их суждения и действия могут быть ошибочными. Неумение сопоставить свои мысли и действия с требованиями объективной реальности носит название не критичности мышления.

Указанная особенность мышления в большей или меньшей степени присуща многим умственно отсталым детям. В наиболее резкой степени она обнаруживается у детей с поражением или недоразвитием лобных долей мозга.

О причудливом, обобщенном, но крайне непродуктивном мышлении детей, больных шизофренией, уже говорилось в главе 3.

э/с э/с **зс**

Некоторые олигофренопедагоги XIX в. предлагали развивать мышление детей при помощи специальных упражнений и тренировок в решении задач типа головоломок. Нельзя отрицать полезного влияния специальных упражнений. Однако такие упражнения играют лишь вспомогательную роль. Основной же путь развития мышления умственно отсталых детей — это путь систематического овладения знаниями и навыками, соответствующими школьной программе. Именно изучая различные учебные предметы, решая задачи, читая книги и привыкая грамотно формулировать свои мысли в устной и письменной форме, ребенок приучается анализировать, обобщать, строить умозаключения и проверять их правильность, т. е. приучается мыслить.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ МЫШЛЕНИЯ

ИСКЛЮЧЕНИЕ ПРЕДМЕТОВ

Методика предназначена для исследования умения строить обобщения. Между исключением предметов и классификацией предметов есть сходство и различие.

Классификация предметов в большей мере выявляет работоспособность и устойчивость внимания. Исключение предметов предъявляет большие требования к логической обоснованности, правильности обобщений, строгости и четкости формулировок.

Для проведения исследования 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. Набор этих карточек копируется

в лаборатории экспериментальной патопсихологии Института психиатрии МЗ РСФСР.

Ребенку показывают карточки, заранее расположенные в порядке возрастающей трудности.

Инструкция дается на примере одной, самой легкой карточки. Ребенку говорят: «Вот здесь на каждой карточке изображено по четыре предмета. Три из них между собой сходны, и их можно назвать одним названием, а четвертый предмет к ним не подходит. Ты должен сказать, какой предмет не подходит (или какой надо исключить) и как можно назвать остальные три». Далее экспериментатор разбирает с ребенком первую карточку: вместе с ним дает обозначение трем обобщаемым предметам и объяснение тому, почему следует исключить четвертый предмет. Против номера карточки в протоколе записывается название предмета, который ребенок считает нужным исключить, а в соседнем столбце — его объяснения и то слово, которым он назвал остальные три предмета. Если ответ ребенка неправилен и экспериментатор вынужден задать наводящий вопрос, то записывается и вопрос экспериментатора, и ответ ребенка.

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

Ребенок не в состоянии решить простые задачи, если в связи с очень глубокой степенью слабоумия или расстройством сознания не понимает инструкции. Как правило, дети правильно решают первые три-четыре задачи и начинают ошибаться по мере перехода к более трудным задачам. Неумение справиться с задачей дает некоторое основание для суждения о степени интеллектуальной недостаточности ребенка. При исследовании этим методом детей-олигофренов (В. И. Перепелкин) выяснилось, что им иногда удается правильное решение задач средней трудности. Но они не могут объяснить и мотивировать свои решения. Не могут найти слово для обозначения трех объединяемых предметов. Конкретность мышления обнаруживается в том, что дети пытаются идти по пути ситуационного объединения предметов. Так, например, вместо того чтобы на карточке № 10 выделить очки, а остальное назвать измерительными приборами, ребенок говорит, что ничего на этой карточке исключать не нужно, так как, надев на глаза очки, человек может лучше увидеть показатели весов, часов и термометра.

Методикой «Исключение предметов» можно пользоваться и для повторных проб, но для этого нужно подобрать два или три приблизительно равных по трудности набора карточек.

СРАВНЕНИЕ ПОНЯТИЙ

Методика применяется для исследования особенностей анализа и синтеза. Используется очень давно; особенно широко практиковалась в школе академика В. М. Бехтерева.

Экспериментатор заготавливает 6—7 пар слов, обозначающих подлежащие сравнению понятия. Задача состоит в том, чтобы сравнить понятия, входящие в соответствующие пары.

В монографии Л. С. Павловской приводится 100 таких пар. Достаточно использовать лишь часть этого набора. Обращает на себя внимание, что уже в наборе Павловской содержатся понятия разной степени общности, а также и вовсе несравнимые понятия. Именно предъявление несравнимых понятий иногда более всего дает возможность обнаружить расстройства мышления детей, больных шизофренией.

Приведем пары слов-понятий, которые могут быть использованы в эксперименте «сравнение понятий»:

- | | |
|-----------------------|---------------------|
| 1. Корова — лошадь. | 6. Дождь — снег. |
| 2. Лыжи — коньки. | 7. Поезд — самолет. |
| 3. Трамвай — автобус. | 8. Ось — оса. |
| 4. Озеро — река. | 9. Обман — ошибка. |
| 5. Река — птица. | 10. Яблоко — вишня |

Ребенка просят сказать: «Чем похожи и чем отличаются...?» Все его ответы полностью записываются. Экспериментатор должен настаивать на том, чтобы ребенок сначала указывал, в чем сходство понятий, а затем в чем различие. Если ему не сразу понятна задача, можно совместно сравнить какую-либо пару слов.

При оценке ответов следует учитывать, удастся ли детям выделить существенные признаки сходства и различия понятий. Неумение выделить эти признаки свидетельствует о слабости обобщений и склонности к конкретному мышлению.

Далее следует обратить внимание на то, выдерживает ли больной заданный ему план сравнения или его мысль оказывается лишенной логической последовательности.

В исследованиях В. И. Перепелкина и С. Т. Храмцовой приводятся образцы сравнений, характерные для здоровых детей 8 — 11 лет, для олигофренов с шизофренией и эпилепсией и др.

Приведем пример сравнения понятий «корова» и «лошадь»

ребенком 10 лет, у которого выявляются инертность и вязкость мышления: «Корова похожа на черный цвет, а потом отличается беленькое. А у коня все коричневое. На коня можно мужчину посадить, он поедет, с ней, а корову можно на травку. У коровы бывает молоко, можно человека на коня посадить, он его запрягает, можно там все делать. Конь побегал, дворник обратно поехал туда, как корова там жрет — шиплет травку, за ней можно ребят послать...»

Некоторые ученики вспомогательных школ вообще не понимают инструкции, в которой говорится о необходимости называть раньше сходство, а потом различие, и обнаруживают, кроме того, очень скудный либо даже ошибочный запас представлений.

Приведем два примера сравнения тех же понятий («лошадь» и «корова»).

П. В., 10 лет, говорит: «Лошадь большая, а корова маленькая. Лошадь без рогов, а у коровы рога. У коровы четыре ноги, и у лошади четыре ноги».

А. В., 13 лет, говорит: «Лошадь бегают, а корова мычит. Корова дает молоко, а лошадь сено. Корова пасется, а лошадь нет».

Среди предъявлявшихся пар понятий были и несравнимые, т. е. не имеющие ничего общего.

Умственно отсталые дети (так же как здоровые), услышав предложение сравнить такие, например, понятия, как «ботинок» и «карандаш», проявляют крайнее недоумение, говоря, что не знают, как это сделать. Но дети, больные шизофренией, сравнивают такие понятия легко и быстро, игнорируя требования логики, даже если их интеллектуальное снижение еще не выражено. Например, В. А., 13 лет, следующим образом сравнивает понятия «ось» — «оса»: «Если осу привязать ниткой к пальцу, то она будет по оси вертеться, осью будет палец. Разное: оса животное, а ось — физическое изречение».

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ СОБЫТИЙ

Методика «Последовательность событий» предназначена для выявления сообразительности больных, их умения понимать связь событий и строить последовательные умозаключения. Предложена А. Н. Бернштейном.

Для проведения опыта необходимы серии сюжетных картинок (от 3 до 6), на которых изображены этапы какого-либо события. Существуют серии для детей младшего возраста («Волки», «Колодец», «Лодки» и др.), а также для подростков («Колесо»,

«Охотник» и т. д.). Оригиналы этих серий выполнены в красках, но можно пользоваться и их фотокопиями.

Инструкция и порядок проведения опыта таковы. Испытуемому показывают пачку беспорядочно 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) положи первую картинку, на которой нарисовано начало, сюда — вторую, сюда — третью, а сюда — последнюю».

После того как ребенок разложит все картинки, экспериментатор записывает в протоколе, как он разложил (например, 5, 4, 1, 2, 3). Затем он просит ребенка рассказать по порядку о том, что получилось. Если ребенок разложил неправильно, ему задают вопросы, цель которых — помочь установить противоречие в рассуждениях, выявить допущенные ошибки. Умение ставить эти вопросы зависит от квалификации и опыта экспериментатора. Эти вопросы и ответы ребенка записываются в протоколы. В протоколе описываются и те действия, с помощью которых ребенок исправлял допущенные ошибки. Если вопросы не обеспечивают правильного понимания последовательности изображенных событий, экспериментатор просто показывает ребенку первую картинку и предлагает снова разложить. Таким образом, делается вторая попытка выполнить задание. Если и она оказывается безуспешной, экспериментатор (записав в протокол порядок второй раскладки и объяснения больного) сам рассказывает и показывает ребенку последовательность событий. Затем, снова перемешав все карточки, предлагает ребенку разложить их в третий раз.

В случае если ребенок устанавливает правильную последовательность лишь на этот раз, ему предлагают новую серию, чтобы выяснить, возможен ли «перенос» с трудом усвоенного способа рассуждений на новую ситуацию.

При выполнении этого задания некоторые дети создают произвольный вымышленный порядок и, излагая сюжет события, несколько не считаются с противоречащим такому порядку содержанием рисунков. Такие дети обычно не считаются также с критическими замечаниями и возражениями, которые содержатся в вопросах экспериментатора. Таким образом выявляется не критичность мышления (при глубоком слабоумии). Некоторые дети не в состоянии справиться с установлением последовательности событий, если им дается 5 или 6 картинок, так как они не могут охватить столь значительный объем данных. Если эту же серию

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

Интеллектуальное недоразвитие, трудность осмысления, свойственные олигофренам и больным с органическими заболеваниями мозга, проявляют себя в том, что больные, справляясь с легкими сериями, не могут ориентироваться в более трудных; в одной и той же серии они, как правило, «спотыкаются» на одной, более трудной картинке — не могут найти ее место в ряду остальных и даже просто оценить ее содержание.

Отчетливо выявляются с помощью данной методики некоторые формы инертности психических процессов: разложив в первый раз картинку неправильно, дети в дальнейшем несколько раз подряд повторяют ту же ошибочную версию последовательности.

Такая «склонность к застреваниям» наблюдается при некоторых органических заболеваниях мозга.

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

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

ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. Расскажите о сути теорий, с помощью которых может быть объяснена присущая умственно отсталым слабость обобщений.
2. В чем состоит присущая умственно отсталым слабость регулирующей роли мышления и не критичность мышления?
3. Расскажите о путях развития мышления умственно отсталых.

ЛИТЕРАТУРА

- Выготский Л. С. Проблема умственной отсталости // Избранные психологические исследования. М., 1956, с. 453—180.
- Особенности умственного развития учащихся вспомогательной школы / Под ред. Ж. И. Шиф. М., 1965, гл. 6, с. 217 - 299.
- Рубинштейн Л. О мышлении и путях его исследования. М., 1958.
- Синев В. Н., Билевич Е. А. О развитии мышления учащихся вспомогательной школы на уроках ручного труда. — В кн.: Клиническое и психолого-педагогическое изучение детей с интеллектуальной недостаточностью. М., 1976.

10. ОСОБЕННОСТИ ПАМЯТИ

Замедленность формирования и видоизменения новых условных связей как причина затруднений в усвоении учебного материала. Быстрота забывания и неточность воспроизведения. Забывчивость как проявление истощаемости и тормозимости коры головного мозга. Зависимость воспроизведения от осмысления материала и преднамеренности запоминания. Опосредствованное запоминание.

Великий русский физиолог и психолог И. М. Сеченов⁶⁵ писал, что память — это краеугольный камень психического развития ребенка. Благодаря памяти ребенок фиксирует и обобщает прошлый опыт, приобретает знания и умения. Без памяти немислимо формирование личности человека, так как без суммирования прошлого опыта не может возникнуть единства способов поведения и определенной системы отношений к окружающему миру.

Как показали исследования (Х. С. Замский), умственно отсталые дети усваивают все новое очень медленно, лишь после многих повторений, быстро забывают воспринятое и, главное, не умеют вовремя воспользоваться приобретенными знаниями и умениями на практике.

Замедленность и непрочность процесса запоминания проявляются прежде всего в том, что программу четырех классов массовой школы умственно отсталые дети усваивают за 7—8 лет обучения.

Причины замедленного и плохого усвоения новых знаний и умений кроются прежде всего в свойствах нервных процессов умственно отсталых детей. Слабость замыкательной функции коры головного мозга обуславливает малый объем и замедленный темп формирования новых условных связей, а также непрочность их. Кроме того, ослабление активного внутреннего торможения, обуславливающее недостаточную концентрированность очагов возбуждения, приводит к тому, что воспроизведение учебного материала многими умственно отсталыми детьми отличается крайней неточностью. Так, например, заучив несколько каких-либо правил, дети часто во время ответов воспроизводят одно правило вместо другого. Усвоив содержание рассказа, они при его воспроизведении могут привести некоторые вымышленные либо заимствованные из другого рассказа детали.

⁶⁵ См.: Сеченов И. М. Избранные философские и психологические произведения. М, 1947.

Особенности воспроизведения текстов умственно отсталыми детьми изучались многими психологами (Л. В. Занков, И. М. Соловьев, М. М. Нудельман, Б. И. Пинский, А. И. Липкина, Г. М. Дульнев и др.).

Чтобы прочно усвоить какой-либо новый материал, например таблицу умножения, учащимся вспомогательной школы необходимо значительно большее число повторений, чем учащимся массовой школы. Без многократных повторений учебного материала умственно отсталые дети очень быстро его забывают, так как приобретенные ими условные связи угасают значительно быстрее, чем у нормальных детей.

Разработаны многие дидактически ценные принципы, позволяющие повысить качество усвоения нового учебного материала; к их числу относится исследованный и разработанный Х. С. Замским принцип разнообразия при повторении учебного материала.

Эти основные, пользуясь термином Л. С. Выготского, ядерные свойства памяти умственно отсталых детей, а именно: замедленный темп усвоения всего нового, непрочность сохранения и неточность воспроизведения, отчетливо видны педагогам. Однако они не всегда заметны психиатрам и иным специалистам, не занятым обучением детей. Эти свойства памяти, из-за которых дети медленно и поверхностно усваивают жизненный опыт и знания, не выступают субъективно для самих детей и даже для их родителей в качестве дефекта памяти как таковой. Указанные недостатки обычно оценивают в сочетании с умственной недостаточностью и лишь в порядке самоутешения иногда называют плохой памятью.

Значительно чаще жалоба на плохую память возникает у детей, страдающих каким-либо текущим сосудистым или иным поражением головного мозга. Это те обращающие на себя внимание самих детей и их родителей проявления «забывчивости», в которых погрешность памяти обнаруживается особенно отчетливо. Некоторые учащиеся вспомогательной школы оказываются не в состоянии ответить на вопрос, воспроизвести содержание заданного им урока даже тогда, когда они довольно прочно его усвоили. Стоит, однако, посадить такого «забывшего» урок ученика на место, как он спустя несколько минут без всякого дополнительного повторения или напоминания сам вдруг вспоминает нужный ответ. У некоторых учащихся подобная забывчивость достигает столь выраженной степени, что они почти никогда не в состоянии отвечать перед классом в тот момент, когда это необходимо. Только

спустя то или иное время они вспоминают забытое. Бывает так, что вчера на уроке ученик отлично отвечал на вопрос учителя, а сегодня, если на урок пришли какие-либо посетители, не только не может ответить на тот же самый вопрос, но и вообще отвечает так, будто никогда не слышал ни о чем подобном. Такая же забывчивость иногда наблюдается у учащихся в процессе занятий трудом, при выполнении домашних заданий, отдельных поручений и т. п.

Физиологической основой подобной забывчивости является не угасание условных связей, как при обычном забывании, а лишь временное внешнее торможение корковой деятельности (чаще всего это охранительное торможение).

Важнейшим средством укрепления памяти и преодоления описанной забывчивости является такая организация режима их жизни, при которой могло бы быть достигнуто максимальное восстановление силы и уравновешенности нервных процессов. Зависимость состояния памяти умственно отсталого ребенка от продолжительности сна и от правильности распределения часов труда и отдыха не всегда бывает ясна учителю. Между тем можно привести немало примеров, когда небольшое удлинение часов сна ребенка способствовало значительному улучшению состояния его памяти. Не учитывая этого, учителя пытаются иногда достигнуть лучшего усвоения учебного материала только с помощью его многократных повторений. В итоге они получают лишь отрицательные результаты: дети отвечают на уроках все хуже и хуже.

Из сказанного выше не следует делать вывод о том, что всем учащимся вспомогательной школы полезнее больше спать, чем заниматься. Необходим дифференцированный подход к организации режима труда и отдыха учащихся.

Помимо перечисленных недостатков памяти умственно отсталых детей (замедленность запоминания, быстрота забывания, неточность воспроизведения, эпизодическая забывчивость), следует также отметить несовершенство их памяти, обусловленное плохой переработкой воспринимаемого материала.

И. М. Сеченов, сравнивая память человека с фонографом (в современном представлении — магнитофоном), указывал, что существенное свойство человеческой памяти состоит в классификации, отборе и переработке воспринимаемых впечатлений. Далекое не все впечатления внешнего мира усваиваются и воспроизводятся человеческим мозгом. Способность полностью воспроизводить все впечатления внешнего мира, действующие на

наши анализаторы, является патологией памяти. У нормального человека в процессе запоминания впечатления внешнего мира подвергаются классификации, отбору, переработке.

Этот процесс переработки и отбора подлежащих запоминанию впечатлений тесно связан с другой особенностью или чертой человеческой памяти, а именно с опосредствованным характером запоминания. Отбирая нужное, существенное, подлежащее сохранению, человек пользуется для лучшего удержания этого материала каким-либо обозначением, чаще всего словом. Опосредствованное запоминание осмысленного материала — это высший уровень запоминания. В некоторых учебниках говорится о механической и логической (или смысловой) памяти как о двух разных способностях. Правильнее, однако, говорить не о видах памяти, а об уровнях ее развития. Если в раннем детстве нормальный ребенок многое запоминает механически, то впоследствии он все более широко пользуется опосредствованными способами запоминания.

Эта особенность человеческой памяти применительно к детям разного возраста хорошо раскрыта в исследовании А. Н. Леонтьева. В том же исследовании показано, что опосредствованные приемы запоминания малодоступны умственно отсталым детям.

Не менее обстоятельным было исследование памяти умственно отсталых детей, проведенное Л. В. Занковым. Он показал, что соотношение непосредственного и опосредствованного запоминания у учащихся вспомогательной школы динамично, изменчиво. Учащиеся младших классов еще не умеют пользоваться приемами опосредствованного, т. е. осмысленного, запоминания и запоминают логически связанный материал не лучше, а хуже, чем отдельные слова или числа. В старших классах, т. е. по мере обучения во вспомогательной школе, умственно отсталые дети овладевают адекватными приемами осмысленного запоминания, которое становится значительно лучше.

Исследование Л. В. Занкова имеет большое теоретическое значение, так как способствует преодолению неправильных представлений о существовании двух отдельных видов памяти как двух врожденных способностей, свойственных в разной степени разным детям. Предполагалось, следовательно, что у олигофренов есть механическая память и слаба смысловая.

Исследование Л. В. Занкова, как и исследование А. Н. Леонтьева, доказывает в соответствии с идеями Л. С. Выготского, что эти виды памяти являются, в сущности, этапами развития.

Слабость мышления, мешающая умственно отсталым детям

выделить существенное в подлежащем запоминанию материале, связать между собой отдельные его элементы и отбросить случайные, побочные ассоциации резко понижает качество их памяти. Ряд исследователей (Л. В. Занков, Х. С. Замский, Б. И. Пинский и др.) показали, что при воспроизведении рассказов ученики вспомогательных школ повторяют отдельные слова, фразы из рассказов, но не могут изложить своими словами основной смысл или сюжет. Исследование сохранившихся у учеников вспомогательных школ представлений о предметах или явлениях, ранее ими воспринятых (М. М. Нудельман), обнаружило, что они быстро забывают их отличительные своеобразные признаки, а потому уподобляют друг другу вовсе не сходные предметы, явления.

Плохое понимание воспринимаемого материала приводит к тому, что учащиеся вспомогательной школы лучше запоминают внешние признаки предметов и явлений в их чисто случайных сочетаниях. Они с трудом запоминают внутренние логические связи и отношения, так как просто не вычленивают их. Также плохо они понимают и запоминают отвлеченные словесные объяснения. Именно поэтому так важно умело и одновременно сочетать при изучении нового материала предъявление наглядных пособий с отвлеченными словесными объяснениями.

Запоминание впечатлений внешнего мира принимает иногда ярко выраженную патологическую форму и носит название эйдетической памяти. Дети с такой памятью, отвечая урок, как бы продолжают видеть перед своими глазами страницу учебника, однако не в состоянии передать ее содержание своими словами.

Академик И. П. Павлов отметил, что эйдетическая память носит первосигнальный характер. Эйдетизм — малораспространенное явление. Однако среди учащихся вспомогательных школ случаи эйдетизма, по данным некоторых исследователей, встречаются чаще.

Характерной особенностью всех умственно отсталых детей является неумение целенаправленно заучивать и припоминать.

Когда умственно отсталым детям читают вслух рассказ, они стремятся запомнить наизусть отдельные фразы, но не вникают в его содержание.

Неумение умственно отсталых детей запоминать с особенной очевидностью обнаружилось в исследовании преднамеренного и непреднамеренного запоминания. Известно, что, если учащимся массовой школы прочесть два рассказа одинаковой трудности, они лучше запомнят тот рассказ, перед чтением которого их предупре-

дили о необходимости его воспроизвести. Иными словами, преднамеренное запоминание у учащихся массовой школы лучше непреднамеренного. Подобные эксперименты, проведенные с учащимися вспомогательной школы, показали, что преднамеренное запоминание удается им ненамного лучше, чем непреднамеренное (исследования Г. М. Дульнева, Б. И. Пинского). Стараясь получить рассказ, умственно отсталые дети еще больше фиксируют внимание на отдельных словах и фразах и поэтому еще хуже улавливают смысл того, что им читают. Они не умеют целесообразно направить свое внимание на то, чтобы понять сюжет рассказа или его основную идею.

Одно из наиболее четких и фундаментальных исследований преднамеренного и непреднамеренного запоминания того или иного материала учащимися младших классов вспомогательной школы было осуществлено А. В. Григонисом⁶⁶. В эксперименте участвовало 120 учеников 1-х и 4-х классов вспомогательных школ г. Каунаса (60 человек из вторых классов и 60 человек из третьих классов). Для сравнения эксперимент проводился с 60 учащимися тех же классов массовой школы. Эксперименты были очень трудоемкими. Детям предъявлялся разный по степени конкретности материал (20 слов, 20 карточек с изображением предметов и 20 предметов домашнего обихода). Вначале все это предлагалось просто так — посмотреть и послушать. Затем аналогичный материал предъявлялся с заданием запомнить. Проверялись особенности воспроизведения в первые минуты после ознакомления с материалом, затем на второй и двенадцатый день.

Продуктивность воспроизведения запоминавшегося материала зависела от степени его конкретности. Конкретный материал (предметы) запоминался лучше, чем более абстрактный.

Точность и прочность непреднамеренного запоминания у учеников вспомогательной школы значительно ниже, чем у их нормальных сверстников.

Умственно отсталые (в отличие от учащихся массовых школ) воспроизводили также и тот материал, который им для запоминания не предлагался. При отсроченном воспроизведении (на двенадцатый день) такого рода привнесения еще более возрастали. Количество точно воспроизводимого материала уменьшалось (интенсивность

⁶⁶ См.: Григонис А. В. Преднамеренное и непреднамеренное запоминание учащихся младших классов вспомогательной школы. — «Дефектология», 1969, № 6.

такой потери материала у умственно отсталых значительно больше, чем у здоровых детей).

Задача запомнить материал мало способствует улучшению качества запоминания.

Результаты проведенного исследования согласуются с данными других авторов.

Неумение умственно отсталых детей заучивать какой-либо материал обнаруживается в школьной практике довольно часто. Так, например, они много раз повторяют стихотворение и тем не менее не могут воспроизвести его наизусть полностью. То или иное грамматическое правило они стремятся заучивать наизусть, не пытаясь вникнуть в его смысл, не понимая, в каких именно случаях данное правило уместно применять.

Слабость целенаправленной деятельности учащихся вспомогательных школ выражается и в том, что они не умеют припоминать заученный материал. Когда ученику массовой школы задают вопрос, относящийся к ранее пройденному материалу, ему приходится проявить некоторую активность для того, чтобы припомнить, т. е. найти и выделить из массы смежных представлений именно то, которое нужно. Для этого ученик начинает «перебирать в памяти» весь близкий к данному вопросу запас представлений. Он должен уметь направить ход своих ассоциаций в нужном направлении для того, чтобы натолкнуться на нужное представление. Такую активную поисковую деятельность у умственно отсталых детей развить трудно. Они часто отвечают: «Не помню», или проявляют беспомощность при выполнении какого-либо действия (решение примера, написание фразы и т. д.) в таких случаях, когда при известном усилии могли бы припомнить нужное правило, содержание ответа, способ действия.

Неумение умственно отсталых детей припоминать нужные сведения существенно отличается от забывчивости, наступающей у них же вследствие охранительного торможения. В последнем случае чем больше учитель стимулирует ребенка припомнить что-либо, тем ему труднее это сделать, так как в этом случае усугубляется состояние торможения. В отличие от этого при неумении припоминать учебный материал стимуляции со стороны учителя (наводящие вопросы и т. д.) помогают ребенку вспомнить нужное.

Учитель должен подсказать детям наиболее целесообразные приемы заучивания и припоминания учебного материала, помочь им сформировать эти сложные навыки. Приобретение такого умения не имеет ничего общего с так называемой тренировкой

памяти, состоящей в механическом заучивании большого бессмысленного материала.

В начале XX в. были широко распространены подобные методы механической тренировки памяти под названием «мнемотехника». Лицам, отмечавшим у себя плохую память, рекомендовалось ежедневно заучивать ряды телефонов, колонки чисел, стихотворения, тексты и т. д. Некоторые сдвиги, которые при этом наблюдались, объяснялись тем, что в результате этой деятельности возникал навык заучивания и организации запоминаемого материала. Но наука накопила столько ценных и важных сведений, с которыми не в состоянии справиться даже память здорового школьника, что совершенно излишне приобретать навык заучивания на основе бессмысленного, ненужного материала. Мнемотехника отмерла и позабыта как бесплодная затея. Но прививать и культивировать именно навык заучивания и запоминания на материале школьной программы совершенно необходимо.

Умение запоминать — это умение осмыслить усваиваемый материал, т. е. отобрать в нем основные элементы и самостоятельно установить связи между ними, включить их в какую-то систему знаний или представлений. От способности включать указанные элементы в такую определенную систему зависит также возможность припоминания.

И. М. Сеченов сравнивал память зрелого человека с хорошо организованной библиотекой, в которой вновь поступающие книги размещаются в строгой системе. В такой библиотеке необходимая книга (под книгой подразумевается требуемое знание или представление) может быть легко найдена в нужный момент. Память маленького ребенка И. М. Сеченов сравнивал с плохим книжным складом. Найти нужную книгу на таком складе невозможно. Эта аналогия даст представление о том, как важно научить учащихся вспомогательных школ правильно организовывать процесс запоминания учебного материала и разъяснить, в чем суть такого умения.

Советские психологи определили условия, способствующие лучшему запоминанию материала. Ими была показана зависимость запоминания материала от поставленной перед ребенком задачи, их собственной активности (Б. И. Пинский, П. И. Зинченко) и предварительной инструкции (Г. М. Дульнев). Советскими учеными разработаны специальные методические приемы, помогающие детям запоминать хронологическую последовательность событий.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПАМЯТИ

ЗАУЧИВАНИЕ ДЕСЯТИ СЛОВ

Одна из наиболее часто применяющихся методик предложена А. Р. Лурия. Используется для оценки состояния памяти, утомляемости, активности внимания.

Никакого специального оборудования не требуется. Однако в большей мере, чем при использовании остальных методик, необходима тишина: при наличии каких-либо разговоров в комнате опыт проводить нецелесообразно. Перед началом опыта экспериментатор должен записать в одну строчку ряд коротких (однословных и двусловных) слов. Слова нужно подобрать простые, разнообразные и не имеющие между собой никакой связи. Обычно каждый экспериментатор привычно пользуется каким-либо одним рядом слов. Однако необходимо пользоваться несколькими наборами, чтобы дети не могли их друг от друга услышать.

В данном эксперименте необходима очень большая точность произнесения и неизменность инструкции.

Инструкция состоит как бы из нескольких этапов.

Первое объяснение: «Сейчас я прочту 10 слов. Слушать надо внимательно. Когда кончу читать, сразу же повтори столько, сколько запомнишь. Повторять можно в любом порядке, порядок роли не играет. Понятно?»

Экспериментатор читает слова медленно, четко. Когда испытуемый повторяет слова, экспериментатор ставит в своем протоколе крестики под этими словами (см. форму протокола). Затем экспериментатор продолжает инструкцию (второй этап).

Продолжение инструкции.

Второе объяснение: «Сейчас я снова прочту те же самые слова, и ты опять должен (на) повторить их — и те, которые уже назвал (а), и те, которые в первый раз пропустил (а), — все вместе, в любом порядке».

Экспериментатор снова ставит крестики под словами, которые воспроизвел испытуемый.

Затем опыт снова повторяется 3, 4 и 5 раз, но уже без каких-либо инструкций. Экспериментатор просто говорит: «Еще раз».

В случае если испытуемый называет какие-либо лишние слова, экспериментатор обязательно записывает их рядом с крестиками, а если слова эти повторяются, ставит крестики и под ними.

В случае если ребенок пытается вставлять в процессе опыта

какие-либо реплики, экспериментатор его останавливает. Никаких разговоров во время этого опыта допускать нельзя.

После пятикратного повторения слов экспериментатор переходит к другим экспериментам, а в конце исследования, т. е. примерно спустя 50 — 60 минут, снова просит воспроизвести эти слова (без напоминания).

Чтобы не ошибиться, эти повторения лучше отмечать не крестиками, а кружочками.

В результате протокол опыта принимает примерно следующий вид:

	<i>лес</i>	<i>хлеб</i>	<i>окно</i>	<i>стул</i>	<i>вода</i>	<i>брат</i>	<i>конь</i>	<i>гриб</i>	<i>игла</i>	<i>мед</i>	<i>огонь</i>
1	+		+		+	+					
2	+		+			+		+			+
3		+			+	+		+			+
4	+	+								+	
5	+	+			+	+		+			+
Спустя час		+				+		+			+

По этому протоколу может быть составлена «кривая запоминания». Для этого по горизонтальной оси откладываются номера повторения, а по вертикальной — число правильно воспроизведенных слов.

По форме кривой можно делать некоторые выводы относительно особенностей запоминания. Установлено, что у здоровых детей школьного возраста «кривая запоминания» носит примерно такой характер: 5, 7, 9, или 6, 8, 9, или 5, 7, 10 и т. д., т. е. к третьему повторению испытуемый воспроизводит 9 или 10 слов; при последующих повторениях (всего не меньше пяти раз) количество воспроизводимых слов 9—10. Приведенный протокол говорит о том, что умственно отсталые дети воспроизводят сравнительно меньшее количество слов. Кроме того, в этом протоколе отмечено, что испытуемый воспроизвел одно лишнее слово — «огонь»; в дальнейшем при повторении он «застрял» на этой ошибке. Такие повторяющиеся «лишние» слова, по наблюдениям отдельных психологов, встречаются при исследовании больных детей, страдающих текущими органическими заболеваниями мозга. Особенно много таких «лишних» слов продуцируют дети в состоянии расторможенности.

«Кривая запоминания» может указывать и на ослабление активного внимания, и на выраженную утомляемость. Так, например, иногда ребенок ко второму разу воспроизводит 8 или 9 слов, а при последующих пробах припоминает все меньшее и меньшее количество слов. В жизни такой ученик обычно страдает забывчивостью и рассеянностью. В основе такой забывчивости лежит преходящая астения, истощаемость внимания. Кривая в таких случаях не обязательно резко падает вниз, иногда она принимает зигзагообразный характер, свидетельствующий о неустойчивости внимания, о его колебаниях.

В отдельных, сравнительно редких случаях дети воспроизводят от раза к разу одинаковое количество одних и тех же слов, т. е. кривая имеет форму «плато». Такая стабилизация свидетельствует об эмоциональной вялости, отсутствии заинтересованности в том, чтобы запомнить побольше. Кривая типа низко расположенного «плато» наблюдается при слабоумии с апатией (при паралитических синдромах).

Число слов, удержанных и воспроизведенных испытуемым час спустя после повторения, в большей мере свидетельствует о памяти в узком смысле слова.

Пользуясь разными, но равными по трудности наборами слов, можно проводить этот эксперимент повторно с целью учета эффективности терапии, оценки динамики болезни и т. д.

ОПОСРЕДСТВОВАННОЕ ЗАПОМИНАНИЕ ПО ЛЕОНТЬЕВУ

Идея создания методики принадлежит Л. С. Выготскому. Методика разработана и апробирована в 30-х гг. А. Н. Леонтьевым. Направлена на исследование опосредствованного запоминания. Представляет также, по данным А. Я. Ивановой и Э. С. Мандрусовой (1965 г.), ценный материал для анализа характера мышления, способности ребенка к образованию смысловых связей между словом и наглядным образом (картинкой). А. Н. Леонтьевым было разработано несколько серий, отличающихся по степени сложности и способу проведения. Для детей от семи до десяти лет рекомендуется третья серия, для детей старше десяти лет — четвертая серия.

Для проведения эксперимента необходимо иметь наборы изображений предметов (картинки) и наборы слов. Рисунки могут быть изготовлены по образцам лаборатории экспериментальной патопсихологии Института психиатрии МЗ РСФСР. Но они могут быть без особого ущерба для дела изготовлены и кустарно. Важно, чтобы они были четкими. Рисунки должны быть выполнены на

карточках, размер каждой из которых приблизительно 5х5 см. Менять слова, предлагающиеся для запоминания, не следует. В психиатрической клинике обычно используются материалы третьей и четвертой серий (из числа апробированных А. Н. Леонтьевым).

III серия

Набор карточек.

Диван, гриб, корова, умывальник, стол, ветка земляники, ручка для перьев, аэроплан, географическая карта, щетка, лопата, грабли, автомобиль, дерево, лейка, дом, цветок, тетради, телеграфный столб, ключ, хлеб, трамвай, окно, стакан, постель, экипаж, настольная электрическая лампа, картинка в раме, поле, кошка.

Слова для запоминания.

Свет, обед, лес, учение, молоток, одежда, поле, игра, птица, лошадь, дорога, ночь, мышь, молоко, стул.

Четвертая серия несколько труднее, но она больше дает для выявления особенностей мышления.

IV серия

Набор карточек.

Полотенце, стул, чернильница, велосипед, часы, глобус, карандаш, солнце, рюмка, обеденный прибор, расческа, тарелка, зеркало, перья (2 штуки), поднос, дом-булочная, фабричные трубы, кувшин, забор, собака, детские штанишки, комната, носки и ботинки, перочинный нож, гусь, уличный фонарь, лошадь, петух, черная доска (школьная), рубашка.

Слова для запоминания.

Дождь, собрание, пожар, горе, день, драка, отряд, театр, ошибка, сила, встреча, ответ, праздник, сосед, труд.

Перед ребенком раскладывают рядами все тридцать карточек серии в любом порядке, но так, чтобы все они были ему видны. Затем говорят: «Тебе нужно будет запомнить ряд слов. Для того чтобы это было легче делать, нужно каждый раз, когда я буду называть слово, выбирать такую карточку, которая потом поможет припомнить слово. Вот, например, первое слово, которое нужно запомнить... (Смотря по тому, какую серию предлагают, если четвертую, то слово «дождь».) Здесь дождь нигде не нарисован, но можно выбрать карточку, которая поможет запомнить это слово». После того как ребенок выберет карточку, ее откладывают в сторону и спрашивают: «Как эта карточка напомнит про дождь?» Если ребенок приступает к работе неохотно, то такие вопросы можно задавать после предъявления третьего или четвертого слова. Все

отобранные карточки откладывают в сторону. Затем спустя 40 минут или час, т. е. перед концом исследования (после того как проделаны какие-либо совсем другие эксперименты), ребенку в произвольном порядке показывают по одной карточке и просят припомнить, для запоминания какого слова эта карточка была отобрана. При этом обязательно спрашивают, как удалось припомнить или чем эта карточка напомнила соответствующее слово.

ФОРМА ПРОТОКОЛА

Слова	Выбираемая карточка	Объяснение связи для запоминания	Воспроизведение	Объяснение связи

Пояснение к протоколу: слова можно было бы написать заблаговременно, до начала опыта, но это не очень удобно, так как объяснения ребенка, вопросы экспериментатора и иные описания хода эксперимента могут оказаться различными по объему. Иногда течение опыта прерывается какими-либо действиями и высказываниями ребенка.

Как правило, выполнить это задание очень легко. Совершенно неважно, какую именно карточку выберет испытуемый. Установление связи между словом и карточкой может носить и сугубо индивидуальный характер. Так, например, для запоминания слова «молоко» испытуемый может использовать рисунок коровы, так как корова дает молоко. Он может выбрать изображение хлеба, так как хлеб едят с молоком. Наконец, больной может выбрать дерево, сказав при этом, что дерево напоминает ему о деревне, где он пил молоко.

Здесь нет правильного или неправильного выбора. Важно то, что испытуемый установил содержательную смысловую связь между предъявленным для запоминания словом и тем, что изображено на карточке.

А. Н. Леонтьевым было показано, что у здоровых детей семи лет и более старшего возраста опосредствованное запоминание преобладает над непосредственным заучиванием. С возрастом этот разрыв увеличивается еще больше в пользу опосредствованного запоминания. К пятнадцати годам здоровые дети могут воспроизводить все 100% предъявляемого материала.

Дети с ослабленной работоспособностью значительно лучше запоминают материал при опосредствованном запоминании, так как смысловая связь создает им дополнительные опорные вехи для запоминания. Дети с нарушением целенаправленности мышления часто не могут вспомнить ни одного слова (при воспроизведении называют картинки, а не слова), так как еще во время образования связи они как бы теряют основную цель работы — необходимость связать выбор картинки с последующим воспроизведением слова.

Методика также предоставляет богатейший материал для анализа характера смысловых связей между словом и картинкой. У здоровых детей эти связи, как правило, образуются легко. Эти связи говорят о характере знаний, представлений и жизненного опыта. Иногда с помощью методики можно сделать вывод о способности ребенка к обобщениям той или иной степени. У умственно отсталых детей трудности образования связей проявляются уже в замедленном темпе выбора. Связи часто отличаются бедностью и однообразием, даваемые детьми объяснения скупы и односложны. Иногда же, напротив, имеют место излишняя детализация, обстоятельность в перечислении подробностей рисунка, которые как бы маскируют ту же бедность мысли. Иногда, сделав адекватный слову выбор картинки, они не могут выразить словами смысловую связь. Так, например, к слову «обед» может быть выбрана картинка «хлеб», при этом дается такое пояснение: «Хлеб надо сначала нарезать, а потом уже есть». О нарушении целенаправленности выбора, неустойчивости способа работы может свидетельствовать множественный выбор — к каждому слову подбирается несколько картинок. При выполнении этого задания у некоторых детей выявляются, такие причудливые, своеобразные связи, которые указывают на определенные нарушения мышления. Таким примером может служить выбор картинки «гусь» к слову «горе»: «У гуся так шея выгнута, как буква Г, а это буква — первая в слове «горе».

ПИКТОГРАММА

Методика впервые была предложена Л. С. Выготским; ее описание было дано А. Р. Лурия (1930). Г. В. Биренбаум (1934) предложила использовать ее для исследования мышления; разработка методики принадлежит С. В. Логиновой (1972). Представляет собой вариант изучения подростков, страдающих умственной отсталостью. Может быть с успехом использована при во-

енной или судебно-психиатрической экспертизе. В последние годы делается попытка использовать эту методику для исследования самых маленьких детей, применяя для этого доступные им слова и словосочетания.

Для проведения эксперимента нужны чистая бумага и карандаши (простой и цветные). В подготавливаемых к эксперименту наборах слов и словосочетаний простые понятия могут чередоваться с более сложными, отвлеченными, например: «вкусный ужин», «тяжелая работа», «счастье», «развитие», «печаль» и т. п.

Ребенку объясняют, что будет проверяться его память, можно сказать «зрительная память». Чтобы запомнить отдельные словосочетания, он должен, ничего не записывая, нарисовать то, что поможет ему вспомнить заданное слово.

Выбранные из легких первые выражения могут быть использованы для более подробного разъяснения, уточнения инструкции, даже показа, если ребенок испытывает затруднения в понимании инструкции. По ходу работы желательно просить ребенка давать пояснения к замыслу, деталям, содержанию рисунка. Какие бы связи и рисунки ребенок ни создавал, не следует высказывать неодобрения. Лишь тогда, когда рисунки слишком многопредметны, а сам ребенок больше увлекается процессом рисования, чем выбором связи для запоминания, его можно несколько ограничить во времени.

Через час ребенку предлагают вспомнить заданные слова вразбивку. Можно назвать слова по рисункам или сделать подписи к ним. Иногда ребенку может быть оказана необходимая помощь.

При оценке результатов эксперимента прежде всего подсчитывается количество правильно воспроизведенных слов в соотношении с общим количеством предъявленных для запоминания. Эти данные могут быть сопоставлены с результатами непосредственного заучивания (по методике «заучивание 10 слов»).

Ценнейшие данные представляет анализ рисунков детей. Тут может быть важным все: манера держать карандаш и наносить линии, сила нажима на карандаш, расположение рисунков на плоскости листа, выбор цвета и т. п. Но безусловно, что наиболее важным является анализ содержания самих рисунков. Они отражают запас знаний и представлений ребенка, особенности его индивидуального жизненного опыта. Рисунки отражают способность детей к отвлечениям и т. д.

Вопросам анализа результатов применения метода пиктограмм посвящено много публикаций. Методика может быть полезна для

исследования тех детей, у которых в период обучения во вспомогательной школе неожиданно возникает ухудшение психического состояния.

ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ РАССКАЗОВ

Методика применяется для исследования понимания и запоминания текстов, особенностей устной и письменной речи испытуемых.

Экспериментатор должен заготовить значительное количество (10—15) текстов, напечатанных на машинке и наклеенных на картонки, а также написанных очень крупным шрифтом на плакатах. Должны быть подобраны тексты разной трудности. Больше всего подходят басни и рассказы, имеющие иносказательный смысл либо подтекст. Они предоставляют возможность последующего обсуждения. Приведем несколько примеров таких рассказов.

Рассказы для маленьких детей (заимствованы из исследования Л. С. Славиной)

Рассказ 1

Жил-был мальчик. Звали его Ваня. Пошел Ваня с мамой на улицу гулять. Побежал Ваня быстро-быстро, споткнулся о камень и упал. Ударил Ваня ножку. И у него ножка сильно болела. Повела мама Ваню к доктору. Доктор завязал ножку, и она перестала болеть.

Рассказ 2

Жила-была девочка Маша. Один раз хотела она пойти с мамой гулять. Мама говорит; «Маша, какая ты грязная, пойдешь умойся». А Маша не хочет мыться. Мама не взяла Машу с собой. Пошла гулять одна. Тогда Маша быстро умылась, побежала к маме и пошла гулять вместе с мамой.

Рассказ 3

Жила-была девочка Наташа. Купил ей папа в магазине кораблик. Взяла Наташа большой таз, налила воды и пустила кораблик плавать, а в кораблик посадила зайку. Вдруг кораблик перевернулся, и зайка упал в воду. Наташа вытащила зайку из воды, вытерла его и положила спать.

Рассказ 4

Жила-была девочка Зина. Пошла Зина один раз в садик гулять. Вдруг видит: маленькая птичка лежит на дорожке и пищит. Девочка поймала мушек, дала птичке покушать и потом положила птичку в гнездышко.

*Рассказы для старших детей**Плохой сторож*

У одной хозяйки мыши поели в погребе сало. Тогда она заперла в погреб кошку. А кошка поела и сало, и мясо, и молоко.

Галка и голуби

Галка услышала о том, что голубей хорошо кормят, выбелилась в белый цвет и влетела в голубятню.

Голуби ее приняли как свою, накормили, но галка не удержалась и закаркала по-галочьи. Тогда голуби ее прогнали. Она вернулась было к галкам, но те ее тоже не приняли.

Муравей и голубка

Муравей захотел напиться и спустился вниз, к ручью. Волна захлестнула его, и он начал тонуть.

Пролетавшая мимо голубка заметила это и бросила ему в ручей ветку. Муравей взобрался на эту ветку и спасся.

На следующий день муравей увидел, что охотник хочет поймать голубку в сеть. Он подполз к нему и укусил его в ногу. Охотник вскрикнул от боли, выронил сеть. Голубка вспорхнула и улетела.

Строители

Задумали звери построить мост. Каждый из них подал свое предложение. Заяц сказал: «Мост нужно строить из прутьев. Во-первых, его легче строить, а во-вторых, дешевле обойдется». — «Нет, — возразил медведь, — если уж строить, то обязательно из столетних дубов, чтобы мост был крепкий и долголетний». — «Разрешите, — вмешался осел в разговор. — Какой мост строить, это мы потом решим. Сначала нужно решить самый принципиальный вопрос: как его строить — вдоль или поперек реки?»

Порядок проведения пробы может быть различен. Текст может быть прочитан экспериментатором. Он может быть прочитан и самим испытуемым. Можно попросить испытуемого рассказать текст устно, а можно предложить ему сделать это в письменном виде. От способа предложения меняется психологическая трудность задачи; выразительное, правильное чтение экспериментатора облегчает испытуемому понимание смысла рассказа, но для восприятия на слух необходимо большое напряжение, большая устойчивость внимания. При самостоятельном же чтении текста ребенку легче компенсировать недостатки внимания: он может повторно перечитать несколько строк, вернуться к отрывку, прочитанному в первый раз недостаточно внимательно. И напротив, осмысление текста при самостоятельном чтении несколько труднее. Незабразличен

для ребенка и способ воспроизведения. Рассказать текст, конечно, гораздо легче, чем изложить его письменно. Однако письменное изложение имеет то огромное преимущество, что оно дает в руки экспериментатора объективный материал (письмо ребенка), который может быть сохранен, подвергнут дополнительному анализу, сравнению и т. д.

С детьми, имеющими пятиклассное образование и выше, опыт проводится так, что они сами читают и записывают, а с остальными — так, что они слушают и рассказывают устно. Устный рассказ экспериментатор записывает дословно с помощью магнитофона либо делает рукописные записи. Возможно, однако, множество вариаций. Могут быть даны два рассказа подряд. Главное внимание может быть смещено с самостоятельного пересказа на обсуждение, т. е. на вопросы и ответы по поводу содержания рассказа. Наибольший интерес представляет методика «обучающего эксперимента», применяемая в тех случаях, когда ребенок никак не может усвоить содержание короткого рассказа. Тогда экспериментатор начинает многократно повторять рассказ, стараясь всеми возможными способами довести его содержание до сознания ребенка. Анализ средств заучивания, необходимых для усвоения рассказа, позволяет судить о причинах и степени нарушений познавательных процессов.

Правильное, почти дословное изложение деталей начала рассказа при непонимании переносного смысла и подтекста наблюдается при легких степенях олигофрении. Существует обширная литература (Л. В. Занков, Г. М. Дульнев, Б. И. Пинский) по вопросу о воспроизведении текстов умственно отсталыми детьми.

ВОПРОСЫ и ЗАДАНИЯ

1. В чем заключаются основные недостатки развития памяти у умственно отсталых детей?
2. Дайте объяснение присущей умственно отсталым забывчивости.
3. Что такое избирательность запоминания?
4. Расскажите о непосредственном и опосредствованном запоминании.
5. Расскажите о методах исследования памяти.

ЛИТЕРАТУРА

- Занков Л. В. О разнообразии при повторении учебного материала во вспомогательной школе // Известия АПН РСФСР. Вып. 57. М., 1954. Особенности умственного развития учащихся вспомогательной школы / Под ред. Ж. И. Шиф. М., 1965. Гл. 4.
- Леонтьев А. Н. Проблемы развития психики. М., 1972, с. 427—472.

11. ВНИМАНИЕ

Колебания внимания. Объем внимания. Внимание как навык самоконтроля.

Проблеме внимания в общей психологии посвящено очень большое количество исследований. Однако чрезвычайно разнообразное толкование самого понятия «внимание» приводило и до сих пор приводит к тому, что ни определение видов внимания, ни толкование необозримо большого количества экспериментальных данных не дает значимых данных для коррекции плохого внимания.

Л. С. Выготский присоединился к тем исследователям, которые считали, что существует два вида внимания — произвольное и непроизвольное. В соответствии со своей теорией опосредствованного характера высших психических процессов он рассматривал слабость произвольного внимания у дебилов как одну из причин, препятствующих формированию понятий. В то же время недостаточную произвольность внимания Л. С. Выготский связывал с недоразвитием речи, знака, а в конечном счете — самообладания как стадии овладения собственным поведением.

Л. С. Выготский правильно критиковал тех ученых, которые пытались вывести умственную отсталость из дефекта какой-либо одной функции или способности. Солье, например, считал, что главной причиной умственной отсталости является недостаток произвольного внимания.

В действительности умственная отсталость — результат сочетания многих условий развития.

Как бы ни определять понятие «внимание», его противоположностью считается необдуманность и ошибочность действий, когда возможно и доступно их правильное выполнение. Ошибки в связи с отсутствием внимания к объекту деятельности отличаются от ошибок из-за непонимания, незнания, неумения. При непонимании, незнании и неумении ошибки носят стабильный характер. При невнимании эти ошибки совершаются только в какие-то отрезки времени, т. е. в моменты отсутствия необходимого сосредоточения на объекте деятельности.

Уровень развития внимания у учащихся вспомогательной школы весьма низок. Умственно отсталые дети смотрят на объекты или их изображения, не замечая при этом присущих им существенных элементов. Вследствие низкого уровня развития внимания они не улавливают многое из того, о чем им сообщает учитель. По

этой же причине дети выполняют ошибочно какую-то часть предложенной им однотипной работы. Почти про каждого ученика вспомогательной школы учитель вправе сказать: «Мог бы делать, отвечать лучше, но... невнимателен».

Для **ТОГО** чтобы легче исправлять эту невнимательность, следует различать по крайней мере два ее источника.

Первый и наиболее типичный источник — колебания психической активности, являющиеся проявлением летучих, кратковременных фазовых состояний в коре головного мозга. На языке психологов это можно назвать быстрой истощаемостью психических процессов. Не следует думать, что эта истощаемость, или, иначе, утомляемость, обнаруживается только к концу школьного дня либо к концу года. Истощаемость может наступить и на первом уроке после некоторого умственного напряжения. Это падение и колебание тонуса психической активности может иметь место у каждого школьника с ослабленной нервной системой (даже у ученика массовой школы). Однако у многих учащихся вспомогательной школы колебания тонуса психической активности возникают постоянно и очень часто. Таких детей изучали Е. Д. Хомская и Э. С. Мандрусова. По данным Э. С. Мандрусовой⁶⁷, церебрастенические состояния наблюдаются у олигофренов и других учащихся вспомогательных школ. Эти состояния значительно затрудняют усвоение изучаемых в школе предметов. По ее же данным, есть церебрастенические дети, которые настолько сообразительны, что их никак нельзя отнести к числу умственно отсталых. Однако (по причине церебрастении) они оказываются не в состоянии учиться в массовой школе. Грубо выраженные и частые колебания внимания мешают им усвоить программу не только массовой, но и вспомогательной школы. Длительная, травмирующая их психику школьная неуспеваемость вызывает у этих детей невротические и психопатоподобные синдромы.

В исследовании М. С. Певзнер⁶⁸ на основании клинических и патофизиологических данных было показано, что ведущим нарушением высшей нервной деятельности у всех детей-олигофренов является патологическая инертность нервных процессов, нарушение их подвижности. Вместе с тем М. С. Певзнер говорит о том, что у

⁶⁷ См.: Мандрусова Э. С. Об исследовании умственной работоспособности при диагностике умственного развития // *Материалы симпозиума по вопросам разработки диагностических методов*. Рига, 1970.

⁶⁸ См.: Певзнер М. С. *Дети-олигофрены*. М., 1958.

некоторых детей-олигофренов наблюдается нарушение баланса между основными нервными процессами. Иначе говоря, речь идет о преобладании возбуждения над торможением или, напротив, торможения над возбуждением. Многие авторы отмечали, что у умственно отсталых детей часто возникают летучие кратковременные фазовые состояния, которые во время учебной деятельности проявляют себя в колебаниях внимания.

В фундаментальных исследованиях А. Р. Лурия и Е. Д. Хомской также рассматриваются нейрофизиологические основы внимания. В исследовании Е. Д. Хомской⁶⁹ особое значение придается селективному вниманию. Это внимание предполагает отбор и удержание нужной информации. При селективном внимании необходимо отвлечься от не относящейся к нужному делу, но воздействующей на анализаторы информации.

Е. Д. Хомская подробно излагает литературные источники, в которых раскрывается вопрос о механизмах нарушения внимания.

Далее Е. Д. Хомская рассматривает вопрос о причинах колебания внимания и делает вывод о том, что они недостаточно изучены, особенно применительно к произвольной умственной деятельности человека. Неясным остается, по ее мнению, роль различных мозговых структур в осуществлении обусловленных речью произвольных форм внимания. Данные ее исследования свидетельствуют о большой роли в осуществлении этого процесса медиобазальных отделов коры лобных долей головного мозга.

Значительный интерес представляют проведенные И. Л. Баскаковой исследования внимания.

И. Л. Баскакова использовала при изучении внимания учащихся вспомогательных школ систему постепенно усложняющихся экспериментальных приемов.

Она изучала устойчивость внимания при выполнении однообразной работы (корректирующая проба), а затем той же работы при так называемой смысловой помехе (дети должны были выполнять ту же работу — вычеркивать буквы в содержательном тексте). Далее внимание изучалось в условиях, требующих его переключения. Наконец, очень большая изобретательность была проявлена И. Л. Баскаковой в выборе экспериментальных приемов исследования внимания в разных видах интеллектуальной деятельности.

⁶⁹ См.: Хомская Е. Д. Мозг и активация. М, 1972.

Методики были подобраны так, что допускали возможность проведения не только индивидуальных, но и коллективных экспериментов. Это давало возможность собрать большой фактический материал. В целях сравнения с нормой эксперименты проводились не только с учащимися вспомогательных школ, но и с их здоровыми сверстниками.

В продолжение проведенных И. Л. Баскаковой исследований Б. И. Айзенберг провел остроумные эксперименты, выявившие возможность отсроченных умственных действий и сохранения замысла в уме. Он предлагал учащимся 5-х и 8-х классов вспомогательных школ (в условиях ассоциативного эксперимента) отвечать на заданное слово антонимом, но произносить его не сразу, а только тогда, когда экспериментатор произносил следующее слово. Таким образом, школьники должны были удерживать в уме свой ответ до произнесения экспериментатором следующего слова. В момент произнесения своего ответа (слова) учащимся надо было удерживать в уме следующее слово и подбирать к нему антоним. Была осуществлена тщательная статистическая обработка полученных данных. Она показала, что по мере обучения внимание улучшается. Умение сохранять некоторые данные в уме можно также рассматривать как один из показателей распределения внимания и самоконтроля.

Значительный интерес представляет выполненное С. В. Лиепина исследование внимания. В ходе постепенно усложнявшихся индивидуальных экспериментов она установила зависимость продуктивности внимания от характера предлагавшихся испытуемым установок. Кроме того, в этом исследовании выявился разный объем и тип внимания у умственно отсталых детей с различной динамической организацией (возбудимые и тормозимые).

Несколько иной подход к недостаткам внимательности и возможности их преодоления был предложен П. Я. Гальпериным. Он не отрицает того, что одной из причин слабости внимания является неполноценность нервных процессов. Вместе с тем он рассматривает внимание как формирующийся навык.

П. Я. Гальперин и его сотрудница С. Л. Кобыльницкая исходят из такого понимания внимания, согласно которому оно представляет собой формирующийся навык самоконтроля. Согласно полученным ими материалам этот навык может быть сформирован в специально созданных для этого условиях. Указанный навык тесно связан с критичностью и самообладанием. В свете сказанного

задача педагога и воспитателя состоит в том, чтобы приучить умственно отсталых детей проверять правильность собственных действий, следить за своей речью, перечитывать написанное и т. п.

С точки зрения рассматриваемой проблемы значительный интерес представляет собой недавно опубликованное исследование И. С. Осиповой. Работа посвящена опыту формирования внимания у умственно отсталых детей. В основу развития внимания автором положена теория П. Я. Гальперина о поэтапном формировании умственных действий. В ходе экспериментального исследования у умственно отсталых школьников формировались навыки самоконтроля при чтении и письме.

Из полученных данных Н. С. Осипова⁷⁰ делает вывод о том, что невнимательность умственно отсталых школьников в процессе чтения и письма вовсе не обязательно является следствием нарушения корковой нейродинамики. Вниманию как действию самоконтроля можно и нужно специально обучать. Несомненно, что это положение правильно. Работы в указанном направлении предстоит еще очень много.

Таким образом, нарушения внимания у детей, перенесших органическое поражение головного мозга, выражены довольно сильно. Тем более нет оснований применять максимум средств для воспитания у них навыка самоконтроля, т. е. умения произвольно действовать и проверять свои действия.

ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ

1. В чем состоят особенности внимания умственно отсталых школьников?
2. В чем суть исследований И. Л. Баскаковой и С. В. Лиепиня?
3. Можно ли развить внимание умственно отсталых детей?
4. Расскажите о сути исследования, которое было проведено Н. С. Осиповой.

ЛИТЕРАТУРА

- Баскакова И. Л. Внимание школьников-олигофренов. М., 1982.
- Гальперин П. Я., Кобыльницкая С. Л. Экспериментальное формирование внимания. М., 1974.
- Лиепиня С. В. Сравнительные исследования объема внимания учащихся I—3-х классов вспомогательных и массовых школ // Клиническое и психолого-педагогическое изучение детей с интеллектуальной недостаточностью. М., 1976.

⁷⁰ См.: Осипова Н. С. Опыт формирования внимания у умственно отсталых школьников. — В сб.: Управляемое формирование психических процессов. М., 1977.

12. ОСОБЕННОСТИ ОВЛАДЕНИЯ УЧЕБНЫМИ И ТРУДОВЫМИ НАВЫКАМИ

Использование некоторых данных психологии для улучшения педагогического процесса.

Изучению того, какие трудности возникают у олигофренопедагогов при обучении умственно отсталых детей учебным и трудовым навыкам, посвящено большое количество работ. Строго говоря, обучение навыкам и умениям относится к предмету педагогики, а в отношении вспомогательных школ — к олигофренопедагогике. Для того чтобы в этом убедиться, достаточно обратиться к капитальному труду М. Н. Перовой «Методика преподавания математики во вспомогательной школе» (М., 1978). В книге основательно анализируются основные трудности детей при усвоении счета. Кроме того, излагаются методические приемы обучения детей разным счетным умениям и навыкам. То же можно сказать и о трудах З. Н. Смирновой, А. В. Усвайской и многих других олигофренопедагогов.

Задача этой небольшой главы состоит в том, чтобы выяснить, какие данные психологии могут быть использованы олигофренопедагогами в целях совершенствования обучения школьников учебным и трудовым навыкам.

В предыдущей главе уже указывалось на то, что очень продуктивна для использования разработанная советским психологом П. Я. Гальпериным теория поэтапного формирования умственных действий. Эта теория проста, эффективна при всех видах обучения. Одним из элементов этой теории является положение о большой роли первоначальной ориентировки в формировании новых действий.

В рамках этой теории Н. С. Пантиной⁷¹ была выполнена интересная экспериментальная работа по формированию навыков правописания. В ее исследовании было показано, что, если ребенок учится писать буквы в трехлинейной тетради с косыми линейками да еще с расставленными в такой тетради точками соприкосновения элементов буквы с линейками, это дает поразительный эффект. Несколько замедленный темп первоначального обучения приводит к тому, что у детей вырабатывается хороший почерк и они в дальнейшем пишут быстрее.

⁷¹ См.: Пантина Н. С. Зависимость формирования навыка от типа ориентировки. — «Вопр. психологии», 1957, № 4.

В настоящее время таких трехлинейных тетрадок вообще не производят, а почерк у учащихся вспомогательных школ не отличается красотой. Между тем опыт указанного обучения навыку письма следовало бы использовать.

Необходимость тщательной, детальной отработки всех первоначальных элементов трудовых действий вытекает из практики воспитательной работы с учащимися. Так, например, подкупающе просто изложены этапы обучения умениям и навыкам в книге В. Ф. Мачихиной⁷². Эту работу можно рассматривать как практическое руководство к работе воспитателя. Так, например, автор подробнейшим образом освещает порядок обучения детей многим бытовым умениям и навыкам — умывание, приготовление пищи и т. д. Важность этих описаний не только в их практической значимости (усвоение таких умений и навыков не менее значимо, чем овладение, например, картонажным делом для дальнейшей жизни умственно отсталого ребенка), но и в их созвучии с теоретическими данными психологии: чем длительнее и более развернута ориентировочная основа первоначальных действий, тем легче и успешнее их выполнение в дальнейшем.

Много ценнейшего материала относительно формирования трудовых умений и навыков содержится в исследованиях Г. М. Дульнева, его сотрудников и учеников.

Основной линией исследования Г. М. Дульнева, как совершенно справедливо указано в статье В. М. Синева⁷³, явился анализ трудового обучения как коррекционного пути развития личности учащихся вспомогательных школ. В книге содержится подробный анализ трудовых умений и навыков. Так, например, им рассматриваются вопросы использования контрольных измерений в процессе изготовления изделий и особенности формирования рабочих движений.

Можно дополнить данные Г. М. Дульнева замечанием о роли содружественных движений правой и левой руки. Предполагается, что среди учащихся вспомогательных школ детей с остаточными явлениями гемипарезов нет. Но они встречаются. И таким детям, у которых одна рука слабее другой, полезна работа в столярной мастерской или в слесарной мастерской, так как при содружест-

⁷² См.: Мачихина В. Ф. Внеклассная воспитательная работа во вспомогательной школе. М., 1978.

⁷³ См.: Синева В. М. Развитие Г. М. Дульневской теории коррекционной работы во вспомогательной школе. — «Дефектология», 1979, № 1, с. 48.

венной работе двух рук (при строгании, опилке и т. д.) слабая рука крепнет, становится сильнее. Следующее небольшое дополнение относится к распределению учеников по разным мастерским. Среди учащихся встречается немало детей с плохой моторикой (неловкими слабыми движениями). В какую мастерскую такого школьника направить? Иногда предполагают, что ему будет легче работать в швейной или переплетной — там требуется меньше силы. Это неверно. Такому школьнику лучше работать в столярной или слесарной мастерской: там лучше будет развиваться его моторика. Это полезно, даже если труд в такой мастерской не станет профессией школьника в будущем. Разумеется, решение о том, в какой именно мастерской обучаться школьнику, требует индивидуального подхода, но соображения о том, какой труд полезнее для коррекции, должны быть учтены. Следует согласиться с мнением большинства олигофренопедагогов, что полезнее всего труд сельскохозяйственный.

В работе Б. И. Пинского⁷⁴ дан анализ данных экспериментального изучения достижений и неудач умственно отсталых детей при выполнении ими различных видов познавательной и трудовой деятельности. Изучались условия, способствующие успешному выполнению разных видов деятельности, а также причины нарушения целенаправленности действий.

На основании анализа полученных экспериментальных данных Б. И. Пинский пришел к следующим выводам. При выполнении конструктивных заданий умственно отсталые дети плохо ориентируются в задаче, теряются; встречаясь с трудностями, не проверяют результаты своих действий, не соотносят их с образцами. Вместо предложенной им задачи они часто решают более простую задачу.

Выполняя какую-либо работу, умственно отсталые дети руководствуются ближайшими мотивами; руководствоваться отдаленными мотивами они могут лишь с трудом. Поэтому действия, которые направлены на выполнение конкретного изделия, выполняются ими охотнее и лучше, чем познавательные.

Помимо интересного анализа строения деятельности умственно отсталых детей, в исследовании Б. И. Пинского содержатся ценные указания относительно способов и приемов, способствующих повышению качества их учебной и трудовой деятельности.

⁷⁴ См.: Пинский Б. И. Психологические особенности деятельности умственно отсталых школьников. М., 1962, с. 225—266.

Намечена также зависимость произвольности и целенаправленности действий умственно отсталых детей от уровня развития их потребностей.

ВОПРОС и ЗАДАНИЕ

1. Какие затруднения возникают у учеников вспомогательной школы при овладении трудовыми навыками?
2. Расскажите об особенностях формирования навыков у умственно отсталых учащихся на первом этапе.

ЛИТЕРАТУРА

- Д у л ь н е в Г. М. Основы трудового обучения во вспомогательной школе. М., 1969.
- М а ч и х и н а В. Ф. Внеклассная воспитательная работа во вспомогательной школе. М., 1978.
- П и н с к и й Б. И. Психологические особенности деятельности умственно отсталых школьников. М., 1962, с. 225—226.

Часть III

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ

13. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ

Ошибочность теории моральной дефективности умственно отсталых детей. Значение правильного формирования потребностей.

Под развитой человеческой личностью подразумевают обычно личность, обладающую определенным мировоззрением, осознающую свое место в обществе, свои жизненные цели, умеющую самостоятельно действовать для реализации этих целей. Поэтому вопросы формирования мировоззрения, самосознания и самостоятельности имеют большое значение в воспитании личности.

Не всякий человек является личностью. Новорожденный младенец — это уже человек, но отнюдь еще не личность. Нельзя также считать личностью ребенка-идиота. В глубокой старости люди остаются личностями, но если старость какого-либо человека сопровождается атрофией либо иным поражением головного мозга, он может и перестать быть личностью.

Личностью человек становится (и остается) по мере того, как он начинает (или сохраняет возможность) отдавать себе отчет в том, что делает, и может руководить своими действиями. Эта формула характеризует зрелую, полноценную личность. Личность формируется постепенно.

Проблема формирования личности умственно отсталого ребенка относится к числу наименее разработанных. Поэтому она будет отражена в данной части книги в той мере, в какой это возможно на данном этапе развития этой особенно сложной области.

В вопросах, относящихся к формированию личности ребенка, советская психология руководствуется марксистско-ленинской концепцией личности. Сущность этой концепции состоит в том, что личность формируется под влиянием тех общественных отношений, той общественной среды, в которой происходит развитие ребенка, т. е. под влиянием воспитания в самом широком смысле этого слова, организованной взрослыми собственной деятельности ребенка.

Ставшее крылатым выражение К. Маркса, что «личность — это совокупность общественных отношений», конкретизировалось во многих советских психологических исследованиях, показавших, как на разных этапах формирования личности «взрослые люди вводят ребенка в мир социальной действительности» (Л. И. Божович, 1968), как складывается у ребенка под влиянием «социальной ситуации» его развития определенная система мотивов и потребностей.

Из этой концепции, естественно, не следует, что врожденные биологические особенности организма ребенка не оказывают влияния на свойства его личности. Оказывают, но отнюдь не предопределяют ее развитие. Известный советский психолог С. Л. Рубинштейн, разъясняя свою теорию, согласно которой всякие внешние воздействия действуют на человека опосредствованно, через внутренние условия, пишет, что «важный физиологический компонент этих внутренних условий составляют свойства нервной системы»⁷⁵.

Следовательно, хотя состояние и свойства нервной системы входят составным элементом в комплекс условий, от которых зависит полноценное развитие личности ребенка, их не следует рассматривать как определяющие развитие личности. Определяют развитие личности ребенка общественные условия его воспитания, конкретная историческая среда, в которой он развивается, его образ жизни.

Этими положениями теории личности, разрабатываемые советскими психологами, существенно отличаются от некоторых зарубежных концепций, рассматривающих личность и характер ребенка как прямое следствие его конституциональных, наследуемых свойств.

Это краткое напоминание принципиальных положений общей психологии необходимо для того, чтобы понять, как формируется личность умственно отсталого ребенка.

⁷⁵ Рубинштейн С. Л. Принципы и пути развития психологии. М., 1959, с. 117.

Именно в этом последнем вопросе особенно остро выступают некоторые идеологические противоречия.

Умственно отсталые дети в связи со свойственной им неразвитостью мышления, слабостью усвоения общих понятий и закономерностей сравнительно поздно начинают разбираться в вопросах общественного устройства, в понятиях морали и нравственности. Их представления о том, что хорошо и что плохо, в младшем школьном возрасте носят довольно поверхностный характер. Они узнают правила нашей морали от учителей, от родителей, из книг, но не всегда могут действовать в соответствии с этими нормами либо воспользоваться ими в привычной конкретной ситуации, основываясь на рассуждениях. Поэтому и случается, что умственно отсталые дети по неразумению либо по неустойчивости нравственных понятий из-за внушаемости поддаются дурным влияниям и совершают неправильные действия. Рассмотрим причины этого.

В некоторых странах обучение умственно отсталых не является обязательным. В других оно может быть фактически реализовано лишь состоятельными родителями. В этих условиях дебилы, лишенные обучения и трудовой подготовки, нередко составляют основной процент правонарушителей. Преступные элементы этих стран, пользуясь умственной и личностной незрелостью умственно отсталых детей, превращают их в исполнителей своих преступных замыслов. Такого рода преступные организации, которые используют в своих целях детей и калек, были описаны еще Ч. Диккенсом и Б. Брехтом. Хотя авторы и не подчеркивали умственной неполноценности втянутых в эти организации детей, очевидно, что они составляют там большой процент.

О том, что большое количество умственно отсталых и вообще психически неполноценных детей оказывается в числе правонарушителей, можно узнать и из сухих сводок, которые публикуются в капиталистических странах.

Из таких фактов некоторые авторы, сочувствующие ломброзианскому направлению, делали неправильные выводы об особой моральной дефективности части умственно отсталых детей, т. е. об их врожденной склонности к антисоциальному, аморальному поведению. Это совершенно неправильные взгляды, никакие мозговые заболевания не могут быть причиной возникновения антисоциальных, аморальных склонностей. Ребенок, который под влиянием тяжелой болезни нарушает правила общественного порядка, действует так либо потому, что он вообще неправильно понимает окружающую его обстановку, либо потому, что не может руководить своими поступками, но не потому, что болезнь заставляет его действовать именно вопреки правилам общественного порядка.

Не болезнь является причиной антисоциальных, аморальных действий умственно отсталых детей, а та среда, в которой живет и развивается ребенок.

В Советском Союзе закон о всеобщем обучении распространяется и на больных детей. В нашей стране все без исключения дебилы (а также и некоторые имбецилы) обучаются во вспомогательных школах. Принцип всеобщего обучения в нашей стране не только провозглашается, но и фактически обеспечивается наличием необходимого количества вспомогательных школ и бесплатностью обучения. Некоторые категории умственно отсталых живут и воспитываются в специальных интернатах. Таким образом, все без исключения умственно отсталые дети получают в нашей стране необходимое им общее образование и подготовку к трудовой деятельности[™]. Результатом этого является положительное развитие личности подавляющего большинства умственно отсталых детей.

Вспомогательная школа много делает в смысле подготовки своих воспитанников к труду в сфере материального производства. При этом уделяется существенное внимание и вопросам правильной профессиональной ориентации учащихся.

Советский психиатр Т. И. Гольдовская с сотрудниками предприняла катанестическое исследование группы людей, проживающих в одном из районов Москвы, которые направлялись во вспомогательные школы 20—30 лет тому назад. Оказалось, что почти все эти люди трудоустроены, обеспечивают свои семьи, живут нормальной жизнью. Профессии, которыми они овладели, дают им возможность быть полезными членами общества и семьи. Тщательное психиатрическое исследование выявило наличие у них ряда различных недостатков и особенностей психической деятельности, однако никакой моральной личностной дефективности при этом констатировано не было. Эти данные типичны. Учащиеся, воспитывавшиеся в наших вспомогательных школах, после их окончания оказываются в основном в моральном отношении положительно развитыми людьми. Не следует, однако, думать, что это происходит само собой только потому, что дети становятся старше и разумнее.

Правильное воспитание и обучение умственно отсталых учащихся в благоприятных социальных условиях дает возможность не только сформировать у них правильное мировоззрение, но и сделать его достаточно устойчивым. Учитель может добиться того, чтобы убеждения учащихся, несмотря на некоторую неизбежную на первых порах ограниченность, соответствовали по содержанию основным нормам коммунистической морали.

Недоразвитие или неправильное развитие характера, воли и других высших психических функций, как указывал Л. С. Выготский, довольно частое, но не обязательное вторичное осложнение при умственной отсталости. Следовательно, для того чтобы по возможности избежать этого осложнения, нужно осуществлять специальные мероприятия, вести специальную кропотливую работу. Воспитывать этих детей, формировать их личность в правильном направлении довольно трудно. Адекватное развитие личности учащихся в наших вспомогательных школах является результатом напряженного и вдумчивого педагогического труда учителей этих школ. Будущему педагогу следует с самого начала ознакомиться с важнейшей психологической задачей, которая возникает в связи с формированием личности таких детей, им нужно также иметь представление об особенностях умственно отсталых детей, затрудняющих процесс формирования их личности.

Одна из трудных, но важных задач — развитие у умственно отсталых детей высших культурных потребностей. Надо сказать, что эта задача встает и при воспитании психически полноценных детей. Для того чтобы прививаемые взрослыми моральные нормы и нравственные представления стали прочными убеждениями, необходимо, чтобы эти нормы и представления нашли опору в личных духовных потребностях школьника.

При формировании личности нормальных школьников много (но далеко не все) может быть достигнуто за счет словесных объяснений, ознакомления с эмоционально воздействующими произведениями искусства и т. п. Такие пути менее продуктивны, когда речь идет об умственно отсталых детях. Воспитывать, формировать личность умственно отсталого ребенка значительно труднее. Здесь требуется затрата большего времени и труда. Трудности их воспитания обусловлены не только недоразвитием мышления, но и дисгармоническим ростом потребностей.

При нормальном развитии личности здорового ребенка его потребности в условиях правильного воспитания растут и усложняются, образуя сложную, взаимосвязанную иерархию. Не только развиваются и все более «очеловечиваются» элементарные органические потребности, но формируются и усложняются разнообразные культурные специфические человеческие потребности. Возникают интересы и потребности познавательного характера: ребенок хочет овладеть знаниями, читать книги, слушать музыку, любоваться природой, произведениями искусства.

Наиболее сложными человеческими потребностями, формируемыми в наших школах, являются такие, как потребность в

положительной общественной оценке, в уважении со стороны коллектива, в полезном обществе творческом труде, в самоуважении, т. е. в переживании своей деятельности как соответствующей принятым нравственным нормам. Сложная иерархия потребностей нормально развивающегося ребенка представлена в исследовании советского психолога Л. И. Божович.

Иначе обстоит дело с развитием высших потребностей у умственно отсталых детей.

Один из классиков олигофренопедагогики — Э. Сеген писал, что умственно отсталый ребенок, не прошедший школы специального обучения и воспитания, ничего «не знает», «не может» и «не хочет». При этом он придавал главное значение последнему, т. е. отсутствию каких-либо хотений, стремлений, потребностей. Он считал, что умственно отсталый ребенок, возможно, многое смог бы и узнал, если бы только захотел, но вся беда в этой слабости побуждений (в отсутствии духовных интересов и потребностей, как сказали бы мы сейчас). Характеризуя облик умственно отсталых школьников, профессор Л. В. Занков также обращает внимание на то, что у многих из них крайне мало развита любознательность, мало выражены побуждения к осуществлению новых видов деятельности.

Слабость побуждений умственно отсталых детей неравномерна. Элементарные органические потребности у большинства умственно отсталых детей совершенно адекватны, и их побудительная сила с годами все увеличивается.

Больше того, вследствие слабости корковой деятельности либо чрезмерной возбудимости подкорковых образований головного мозга (нередко это встречается в сочетании) у ряда детей, обучающихся во вспомогательных школах, наблюдается повышенная расторможенность влечений. Их аппетит или жажда отличаются неумеренностью и безудержностью; так же безудержны могут быть развившиеся (при неблагоприятных условиях) преждевременно сексуальные устремления. В медицине еще являются спорными вопросы о том, возникают ли эти последние сами по себе, в результате биологических сдвигов, либо они приобретают неодолимую власть над ребенком только тогда, когда оказываются кем-то или чем-то преждевременно пробуждены. Но как бы то ни было, формирование личности ребенка при таком соотношении его познавательных интересов и потребностей, с одной стороны, и элементарных органических побуждений — с другой, представляется делом исключительной трудности.

Даже если не наблюдается расторможенности влечений, а только замедленное и затрудненное развитие духовных потре-

ностей, следует говорить о дисгармоничном развитии потребностей. Именно эта дисгармоничность, иначе говоря, непропорциональное развитие потребностей представляет собой ключ к пониманию особенностей и трудностей развития личности умственно отсталого ребенка.

Существенное влияние на развитие личности оказывает формирование ее направленности. Понятие «направленность личности» было введено известным советским психологом С. Л. Рубинштейном. Понятие это расшифровывается как характеристика основных интересов, потребностей, склонностей, устремлений человека. К чему стремится ученик, заканчивающий вспомогательную школу: хочет ли он работать, читать, заниматься спортом, либо главные его устремления состоят в желании развлекаться, потреблять то, что могут дать ему родители и государство?

Между названными крайними полюсами направленности существует, разумеется, множество переходных вариантов. Однако главным остается все же вопрос о том, чего хочет, к чему стремится юноша или девушка.

Особая острота этого вопроса в отношении учеников вспомогательной школы очевидна. Эти выпускники могут стать полноценными трудящимися, полезными членами нашего общества. Как правило, происходит именно так. Однако случается, что вследствие плохой ориентировки в окружающих людях и обстоятельствах, а также под влиянием ряда других факторов они начинают свой трудовой путь неудачно.

Рассмотрим этот круг вопросов в свете исследований, посвященных изучению направленности личности умственно отсталых.

Непосредственно этому вопросу посвящены работы Л. Н. Поперечной. Она длительно прослеживала судьбу подростков, перенесших в раннем возрасте органические поражения головного мозга. Ею были изучены две группы. В первую группу вошли те ученики-подростки массовой школы, которых в свое время врачи и педагоги рекомендовали перевести во вспомогательную школу. Такой их совет был обусловлен тем, что у всех этих учащихся имели место выраженные явления церебрастении. Родители категорически воспротивились идее такого перевода. В результате дети остались в стенах массовой школы, что, как мы увидим дальше, ни к чему хорошему не привело.

Ко второй группе были отнесены те, кто перенес более тяжелые поражения головного мозга, вызвавшие умственную отсталость. Отнесенные к этой группе дети обучались во вспомогательных школах.

Полученные спустя шесть лет катamnестические сведения обнаружили следующее. Вошедшие в первую группу длительно не успевали в массовых школах. Во время пребывания в этой школе у них развивались невротические и психопатоподобные состояния. Очень многие из них самовольно бросали школу, бездельничали. Неуспеваемость в основной для них деятельности, т. е. в учебной, мешала развитию познавательных интересов и потребностей. Они не испытывали желания читать, не проявляли склонности заниматься общественной деятельностью, к самовоспитанию. Многие из них охотно поступали в производственно-технические училища или просто на какую-нибудь работу, но при малейших затруднениях меняли место работы, бросали ПТУ. В дальнейшем они часто сбивались на путь асоциального поведения, попадали под наблюдение милиции либо оказывались в исправительно-трудовых колониях. Среди этих неблагополучных по своей направленности юношей и девушек оказывались и дети трудолюбивых, положительных родителей, проявлявших большую заботу о будущем своих детей. Ссылки абсолютно всех родителей на дурное влияние товарищей не были убедительны, так как плохие товарищи влияли не на всех, а только на некоторых.

По данным этого исследования, решающую роль в возникновении отрицательной направленности личности у первой группы юношей и девушек сыграла длительная неуспеваемость в школе, т. е. неуспех в основном виде деятельности. Во второй группе — выпускников вспомогательных школ — оказалось (по данным отдаленного катamnеза) гораздо больше юношей и девушек с положительной направленностью личности. Они работали, самостоятельно жили, даже строили собственные семьи.

Указанные данные совпадают с наблюдениями Г. И. Гольдовской, В. Ю. Карвялиса и многих других, изучавших катamnез учеников вспомогательных школ.

Л. Н. Поперечная описывает такую стойкую положительную направленность личности даже у тех, кто после окончания школы-интерната вынужден был жить в одной квартире со своими родителями-алкоголиками. Она объясняет моральную стойкость этих молодых людей тем, что их успехи в учебной и трудовой деятельности способствовали формированию положительных интересов и ценностей, т. е. положительной направленности личности.

Это исследование является убедительным подтверждением правильности теории психологов, писавших, что личность человека формируется в его деятельности (С. Л. Рубинштейн, Б. В. Зейгарник, А. Н. Леонтьев, Л. Сэв).

Трудовое воспитание следует рассматривать как важнейший фактор формирования личности. Это положение относится ко всем детям и подросткам. По отношению к детям с неполноценной либо ослабленной нервной системой труд представляет собой также и весьма значительное корригирующее восстановительное средство. Обучение какой-либо профессии — одна из важнейших задач вспомогательной школы. Однако мастеров трудового обучения, которые могли бы не только обучать той или иной специальности, но и одновременно использовать возможности труда для корригирующего формирования личности, пока мало. Необходима подготовка учителей труда — дефектологов. Труд способствует развитию критичности детей, укреплению навыков самоконтроля и повышению самооценки. В процессе изготовления какой-либо вещи (табуретка, ботинки, платье, переплет книги) школьник видит свои достижения и замечает свои ошибки. Успешное изготовление вещи укрепляет веру в собственные возможности. Самостоятельное изготовление вещей способствует развитию положительной направленности личности школьника.

Все особенности этого корригирующего влияния труда на личность умственно отсталого ребенка всесторонним образом отражены в книге Г. М. Дульнева «Основы трудового обучения во вспомогательной школе» (М., 1969). Автор справедливо отмечает, что вопрос о формировании личностных качеств у умственно отсталых школьников в процессе трудового обучения еще не был предметом специального систематического изучения. Г. М. Дульнев особенно подчеркивает следующее. Зависимость развития познавательных процессов от обучения является почти общепризнанной. Вместе с тем особенности эмоционально-волевой сферы многие авторы ошибочно рассматривают как изначально данные, т. е. биологически предопределенные.

Г. М. Дульнев дополняет мысль Л. С. Выготского о единстве интеллекта и аффекта. Л. С. Выготский утверждал, что в процессе развития ребенка меняется не только строение интеллекта и аффекта, но и отношение между ними. Г. М. Дульнев указывает на то, что отношения между интеллектом и аффектом меняются в зависимости от содержания и степени сложности выполняемой ребенком деятельности.

Эти важные соображения Г. М. Дульнева не потеряли своей актуальности. Некоторые исследователи до сих пор рассматривают особенности эмоционально-волевой сферы детей как врожденные, т. е. биологически обусловленные. До сих пор не всеми учитывается зависимость этих эмоциональных и волевых проявлений от выполняемой детьми трудовой деятельности.

На основе конкретных фактов и наблюдений Г. М. Дульнев показывает, как формируется в труде целенаправленность и самостоятельность. Возможность сделать вещь привлекает, захватывает школьника. Более трудно, но еще более значимо воспитание таких качеств, как критичность и самоконтроль. Когда ученик вспомогательной школы получает плохую отметку за неправильно решенную задачу или ошибки в диктанте, он не всегда убежден в том, что эта плохая оценка справедлива. Но когда ученик обнаруживает дефект в сделанной им вещи — это сразу дает ему представление о допущенной ошибке и побуждает в дальнейшем более внимательно следить за ходом своих действий.

В процессе труда лучше проявляются предусмотрительность и самоконтроль. Когда же наконец удается сделать нужную вещь правильно, ученик испытывает огромное удовлетворение. Так зарождается чувство собственного достоинства даже у ранее совсем неуверенного в себе ребенка.

Книга Г. М. Дульнева должна быть хорошо изучена будущими учителями вспомогательных школ.

И наконец, большое значение для формирования личности имеет коллектив, в котором она развивается.

Выше уже приводилось суждение Л. И. Божович о том, что личность, формируясь под влиянием окружающей действительности, становится все более независимой от непосредственного влияния сиюминутной ситуации. Так, например, зрелый и сознательный юноша, оказавшись в дурной компании, не даст себя уговорить пойти на аморальное действие. Однако зрелой и сознательной личностью этот человек не родился, а стал под влиянием всего своего образа жизни в семье, школе, среди друзей по трудовой деятельности.

Вопрос о влиянии коллектива на развитие личности учеников вспомогательной школы изучался Н. Л. Коломинским⁷⁶. Он пользовался социометрической методикой, о которой известно из курса общей психологии.

Детей спрашивали о том, с кем бы они больше всего хотели сидеть за одной партой (или кому хотели бы подарить красочную открытку). Выявлялись дети, которых больше всего предпочитают в классе («звезды»), промежуточные типы и типы так называемых «отверженных», т. е. таких, с кем никто не хотел бы сидеть за одной партой или кому никто не хотел бы подарить картинку.

⁷⁶ См.: Коломинский Н. Л. Развитие личности учащихся вспомогательных школ. Киев, 1978.

Н. Л. Коломинский не ограничился выявлением взаимоотношений учащихся в разных классах (что само по себе важно для каждого олигофренопедагога), но постарался выявить, какие именно ценности стоят за выбором товарищей. Иначе говоря, чем привлекателен тот школьник, которого выбрали, предпочли соученики. Это позволило ему сформулировать (схематично, разумеется) стадии развития коллектива по уровню.

Мало изучен вопрос о роли первичного коллектива семьи в формировании личности умственно отсталого ребенка. Дело не только в том, насколько успешно семья формировала у него навыки и привычки. Трудно понять, насколько велико горе, которое испытывают родители, когда выясняется (сразу или постепенно), что у них родился неполноценный ребенок. Это хроническая мучительная боль. Рождение такого ребенка меняет динамику внутрисемейных отношений. При низкой душевной культуре одного из супругов случается и так, что семья распадается и вся тяжесть горя и забот падает на плечи одного из них, а то и вовсе бабушки или дедушки. Вот эта длительная семейная драма влияет на формирование личности умственно отсталого ребенка, даже если он воспитывается в интернате. Очень важная работа, ведущаяся в Югославии и некоторых других странах, описана в статье А. Борич⁷⁷. Психолог Т. В. Дембо специально писала о той особой деликатности, которую необходимо проявлять психоневрологу или педагогу в беседе с родителями психически неполноценного ребенка, о недопустимости круто пессимистически высказываться о его будущем.

Таким образом, формирование личностных качеств ученика вспомогательной школы, так же как и любого иного ребенка, происходит в онтогенезе. Огромную роль в воспитании играет приобщение ребенка к посильному труду. Важнейшая роль в воспитании принадлежит коллективу, в котором ребенок развивается. Речь идет о семейном, школьном и трудовом коллективах.

В последующих главах мы рассмотрим подробно отдельные стороны (или элементы) личностного развития.

ЗАДАНИЯ

1. Назовите возможные причины неправильного развития личности умственно отсталых детей.
2. Произведите критический анализ теории так называемой «моральной дефективности».

⁷⁷ См.: Борич А. Семья с умственно отсталым ребенком. — «Дефектология», 1979, № 5.

3. Раскройте вопрос о дисгармоничном развитии потребностей у умственно отсталых детей.
4. Расскажите о направленности личности умственно отсталых школьников.

ЛИТЕРАТУРА

- Асеев В. Г. Мотивация поведения и формирование личности. М., 1976. Гл., 2. с. 39-69.
- Божович Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте. М., 1968, с. 420-447.
- Зейгарник Б. В. Личность и патология деятельности. М., 1971.
- Карвялис В. Ю. Социально-трудовая адаптация выпускников специальных школ Литовской ССР. — «Дефектология», 1973, № 6.
- Поперечная Л. Н., Рубинштейн С. Я. О некоторых причинах неправильного развития личности подростков, перенесших органическое поражение центральной нервной системы, и мерах профилактики. Методические рекомендации. М., 1973.
- Рубинштейн Л. Пути и принципы развития психологии. М., 1959, с. 116-137.
- Шиф Ж. И., Петрова В. Г., Голovina Т. Н. Психологические проблемы коррекционной работы во вспомогательной школе. Т. I. М., 1980.

14. ОСОБЕННОСТИ ВОЛЕВЫХ КАЧЕСТВ ЛИЧНОСТИ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ

Недостаток инициативы. Безудержность побуждений. Внушаемость и упрямство. Особенности мотивов.

В совокупности психических черт личности важнейшей является воля, которая проявляется в сознательных, целенаправленных действиях. Воля формируется и проявляется в определенных конкретно-исторических условиях в процессе разнообразной деятельности. Опираясь на данные науки, учителя вспомогательных школ формируют у учащихся волю в соответствии с целями и задачами нашего воспитания.

С точки зрения советских психологов, проблема воли — это, прежде всего, вопрос о содержании воли, о том, какие мотивы и цели являются определяющими. В связи с этим должен рассматриваться вопрос о ее строении. Воспитание воли у нормальных детей — сложный и длительный процесс. Воспитание воли у умственно отсталых детей представляется делом еще более долгим и трудным, что объясняется особенностями их развития. Умелый,

терпеливый подход к умственно отсталым детям, осуществляемый в советских вспомогательных школах, позволяет в определенных пределах развить их волевые качества.

Многие авторы отмечают недостаток инициативы у умственно отсталых детей, неумение руководить своими действиями, неумение действовать в соответствии со сколько-нибудь отдаленными целями.

Примеры безволия умственно отсталых детей широко представлены в литературе и хорошо известны каждому учителю. Ребенку нужно пришить оторвавшуюся пуговицу. Но он не делает этого, если под рукой нет иголки и нитки. Проявить инициативу ему трудно. Трудно решить задачу — ребенок идет в школу, не приготовив урока. Соседский мальчик позвал на рынок — ребенок не пошел в школу, хотя отлично знал, что пропускать занятия нельзя. Подчинить свое поведение определенной задаче он не может. Такого рода безвольное поведение может наблюдаться и у нормальных детей. Однако оно выражено заметно у умственно отсталого ребенка.

Л. С. Выготский в столь большой мере разделял идею Сегена о значении слабости побуждений, что, присоединяясь к нему, писал, что «именно в дефекте овладения собственным поведением лежит главный источник всего недоразвития умственно отсталого ребенка».

Несамостоятельность, безынициативность, неумение руководить своими действиями, неумение преодолевать малейшие препятствия, противостоять любым искушениям или воздействиям сочетаются, однако, с признаками противоположного свойства.

Так, например, оказывается, что, если умственно отсталому ребенку очень захотелось получить вопреки порядку какую-либо дополнительную порцию особенно вкусного сладкого блюда, он проявляет достаточную настойчивость и целеустремленность, обнаруживает умение преодолеть известные трудности и даже некоторую опосредованность, обдуманность поведения.

Такая же обдуманность, даже неожиданная для воспитателя хитрость, т. е. опосредованность поведения, может быть проявлена при необходимости скрыть проступок или добиться удовлетворения каких-либо эгоистических интересов. Многим воспитателям известно, что выпускники вспомогательных школ нередко проявляют достаточную целенаправленность действий, добиваясь необоснованного увеличения заработка, и неплохо ориентируются и действуют в конкретных бытовых условиях. Г. Е. Сухарева пишет: «При легкой степени умственной отсталости эти больные относительно

неплохо разбираются в практических вопросах, очень заинтересованы в вопросах своего жизнеустройства, хорошо учитывают особенности данной конкретной ситуации и неплохо приспосабливаются к ней»⁷⁸.

Следовательно, слабость воли обнаруживается у умственно отсталых не всегда и не во всем. Она отчетливо выступает лишь в тех случаях, когда дети знают, как надо действовать, но при этом не испытывают в этом потребности.

Такие же резкие контрасты наблюдаются и тогда, когда речь идет о других показателях воли. Так, например, при обычной вялости и безынициативности поведения можно наблюдать внешне противоположные им безудержность, непреодолимость отдельных желаний.

Умственно отсталый ребенок часто не в состоянии отказаться от чего-либо непосредственно желаемого даже ради более важного и привлекательного, но далекого. Отдаленные во времени блага или горести оказываются немощными, бледными тенями рядом с непосредственно близкими и хотя бы ничтожными удовольствиями или лишениями.

И наконец, те же контрасты наблюдаются у умственно отсталого ребенка в его отношении к воздействиям со стороны окружающих людей. На первый план выступает внушаемость, некритическое восприятие указаний и советов окружающих людей, отсутствие попытки проверить, сопоставить эти указания и советы с собственными интересами и склонностями. Умственно отсталого ребенка легко подговорить обидеть свою любимую младшую сестренку, испортить, сломать какую-нибудь нужную в доме вещь. Нередко его подговаривают сказать какую-нибудь глупость или дерзость учителю, рассмешить класс во время урока и т. д. И наряду с этим те же дети в отношении отдельных указаний со стороны окружающих могут проявить необычайное упрямство, длительное бессмысленное сопротивление разумным доводам, непреодолимое стремление сделать наперекор тому, о чем их просят. Все эти мнимые контрасты проявлений воли (безынициативность и безудержность, внушаемость и упрямство и т. п.) есть выражение незрелости личности.

Сущностью этой незрелости является, конечно, все то же недоразвитие духовных потребностей. Все те требования, которые общество предъявляет ребенку определенного возраста, известны ученику вспомогательной школы от учителя и других воспитателей,

⁷⁸ Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста (клиника олигофрении). Т. 3. М., 1965, с. 28.

но они *еще не превратились* в его собственные потребности, интересы, устремления. Поэтому они и выполняются без напряжения и волевых усилий. Мотивы учебных, трудовых и других действий заданы ученику учителем, ребенок их знает (и то не слишком глубоко), но они не превратились в его собственные действенные мотивы, вытекающие из потребностей и их осознания.

Незрелость личности, неразвитость самообладания и разумной переработки текущих внешних впечатлений приводят к обилию примитивных, непосредственных реакций на внешние впечатления. Кречмер называл такими примитивными реакциями всякие импульсивные, мгновенно возникающие действия в ответ на какое-либо воздействие внешней обстановки, которые как бы минуют высшую сферу личности, не подчинены ее подлинным отношениям и установкам.

Так, например, ребенок импульсивно хватается привлекательную для него вещь, не задумываясь над тем, можно ли это сделать; импульсивно бросается бежать, испугавшись чего-либо, и при этом не отдает себе отчета в том, спасет ли его бегство от опасности.

Л. С. Выготский относит к примитивным реакциям как простой, совершающийся без задержки разряд сильных аффектов, который называет взрывчатой реакцией (вспышки гнева), так и «короткие замыкания», при которых аффективные импульсы, как бы обходя целостную личность, непосредственно переходят в неадекватное действие (например, поджог дома соседей после получения плохой отметки; побег из дому из-за тревоги за жизнь заболевшей бабушки). Л. С. Выготский писал: «...примитивная реакция есть реакция, обошедшая личность, следовательно, в ней проявляется недоразвитие личности»⁷⁹.

Общим радикалом всех этих многообразных проявлений незрелости личности применительно к волевым качествам является подвластность ребенка непосредственным воздействиям окружающей ситуации либо собственным аффективным импульсам, а следовательно, отсутствие самостоятельной личностной переработки этих воздействий с позиции собственных убеждений и духовных потребностей.

Следует сопоставить с этим данные Л. И. Божович. Она пишет, что личность человека формируется на основе усвоения им общественных форм сознания и поведения; будучи сформированной, она освобождается от непосредственного подчинения отрицательным влияниям окружающей среды.

⁷⁹ Выготский Л. С. Собр. соч. Т. 5. М., 1983, с. 280.

Иными словами, хотя личность ребенка есть продукт воспитания, она приобретает на определенном уровне развития известную независимость. Собственные потребности и интересы, принятые личностью образцы поведения, ставшие внутренне принятой нормой, дают человеку возможность противостоять случайным, хотя бы и сильным воздействиям. Ребенок, ставший личностью, может критически преодолеть как случайные дурные влияния, так и собственные мимолетные эгоистические или низменные побуждения. Именно этой самостоятельности, или, иначе формулируя, зрелости личности, длительные годы не хватает умственно отсталым детям.

Исследований, посвященных анализу признаков соответственной возрасту зрелости личности здоровых и умственно отсталых детей, почти нет. Тем больший интерес представляет исследование произвольности поведения и особенностей личностных мотивов у умственно отсталых детей, выполненное И. М. Соловьевым-Элпидинским. Методика, которой пользовался И. М. Соловьев-Элпидинский, была разработана сотрудницей Курта Левина — А. Карстен под названием «Психическое пресыщение». Ребенку (в опытах А. Карстен — взрослому) предлагают легкую, не имеющую самостоятельного смысла длительную монотонную работу. Дается инструкция: «Постарайся сделать как можно больше, так много, как только сможешь. Но когда тебе уже больше не захочется работать, скажи, и мы сейчас же кончим». Можно предлагать ставить черточки, зачеркивать фигурки и т. д. И. М. Соловьев-Элпидинский предлагал детям ставить точки внутри множества расположенных рядами кружков или, точнее, ноликов.

В процессе выполнения такой работы у детей возникает борьба мотивов. Лишенная смысла работа очень быстро надоедает ребенку. В результате наступает описанное А. Карстен «психическое насыщение ею», возникает желание прекратить ее. Но инструкция, а главное, безмолвно сидящий экспериментатор становятся источником других мотивов: работу нужно продолжать, ее неудобно бросить, ее нужно выполнять дальше из уважения к экспериментатору.

Борьба этих мотивов приводит к тому, что дети начинают все чаще и чаще делать паузы в работе, прибегают к множеству разнообразных вариаций порядка своей работы. В исследовании И. М. Соловьева-Элпидинского*⁰ дано яркое, почти художественное

⁰ И. М. Соловьев-Элпидинский И. М. О так называемом «психическом насыщении» и его особенностях у умственно отсталых детей // Умственно отсталый ребенок. М., 1935.

описание конфликтного, противоречивого поведения детей. Поскольку эта работа опубликована очень давно и потому не каждому ее удастся прочесть, мы приведем выдержки из описания поведения олигофренов во время этого опыта.

«Испытуемый охотно принимается за работу... Усердно и с воодушевлением ставит он точки в кружки, не обращая ни малейшего внимания на окружающее... Но вот проходит некоторое время, и он начинает отрываться от работы. Его начинают интересовать обстановка комнаты, предметы на столе, вид в окно, и он время от времени посматривает по сторонам... Беспокойные действия становятся чаще: ребенок вертит карандашом, чешет голову... стучит ногами. Некоторые встают со стула и работают стоя, становятся на стул коленями и т. д. Из интересной и привлекательной деятельности мало-помалу становилась безразличной, затем неинтересной, неприятной и даже невыносимой: ребенок стремился от нее отделаться».

Но тенденции прекратить надоевшую работу мешает инструкция и отношение к экспериментатору. Противоположно действующие мотивы также влияют на деятельность ребенка, мешают ему прекратить работу.

«Но если невозможно, неудобно, неприятно совсем отказаться от работы, то гораздо легче освободиться от нее на короткое время».

Так возникают, становятся все более частыми и длительными паузы в работе. Конфликт мотивов, а главное, пресыщение работой приводят к всевозможным вариациям ее качества. Дети начинают ставить точки не по рядам, а в самых разных направлениях, вместо точек проводят различные по направлению черточки, перечеркивают кружки, пропускают некоторые и, наконец, пытаются одной длинной поперечной чертой перечеркнуть кружки всего ряда. «Вариации представляют собой прикрытые, более тонкие «уходы» от наскучившей работы...»

По мере того как работа продолжается, меняются (по-разному у разных детей) ее скорость, качество.

Указанные выше изменения происходят в той или иной мере у всех.

Поведение нормальных испытуемых в опыте на «пресыщение» характеризуется разнообразием самостоятельно продуцируемых дополнительных мотивов деятельности. Так, например, взрослый решает работать возможно дольше, чтобы проверить терпение самого экспериментатора; здоровый школьник пытается проверить свое собственное терпение, работать дольше, чем другие ученики класса, и т. д.

В исследованиях И. М. Соловьева-Элпидинского показана слабость этих социальных личностных мотивов у глубоко отсталых детей.

«Деятельность прекращается немедленно после того, как работа сама по себе уже не привлекает ребенка... Недостаточность умения владеть своим поведением лишает имбецила возможности находить новые мотивы для выполнения деятельности... Побуждений... вытекающих из более отдаленных мотивов, не возникает.

...Процесс насыщения протекает наиболее ярко у глубоко отсталых, отражая как бы в сильно преувеличенном виде процесс насыщения легко отсталых и нормальных детей».

Имбецилы работают очень медленно, вариации отсутствуют или очень бедны, качество работы резко ухудшается.

Зависимость разных показателей работы от степени умственной отсталости, по данным И. М. Соловьева-Элпидинского, не всегда прямолинейна. Дети с легкими степенями умственной отсталости работают медленнее, но длительнее, чем нормальные дети. Объяснения этому И. М. Соловьев-Элпидинский не дает. Возможно, что это объясняется большим авторитетом экспериментатора для дебилов.

Исследование было продолжено (изучалась роль возраста, сопоставлялись результаты индивидуальных и коллективных экспериментов и т. д.). Можно лишь удивляться тому, как много возможностей представляет для квалифицированного психологического анализа эта простая экспериментальная методика.

В данном исследовании она дала возможность подвергнуть анализу мотивационную сферу умственно отсталых детей — бедность личностно обусловленных мотивов деятельности.

Но следует ли из этого исследования, что слабость произвольного поведения, слабость мотивов и устойчивости обязательно и постоянно присущи всем умственно отсталым детям? Нет. Это лишь типичное проявление незрелости личности, наблюдающееся у умственно отсталых школьников. С годами, по мере приобретения жизненного опыта, в особенности в процессе трудового обучения, происходит постепенное завершение процесса созревания, увеличение самостоятельности личности. Это соответствует общей теории Л. С. Выготского о развитии высших психических функций.

В соответствии со своей общей теорией развития психики умственно отсталого ребенка Л. С. Выготский и здесь ставит вопрос о том, обязательно ли явления слабости воли, т. е. «гипобулика», связаны с дебильностью. Он соглашается с Кречмером в том, что примитивные, гипобулические реакции представляют собой генети-

чески низшую ступень развития, что они свойственны и маленьким детям, и личностно незрелым взрослым. Далее Л. С. Выготский пишет, что подобный комплекс примитивных реакций чрезвычайно часто обнаруживается у дебилов. Однако он подчеркивает, что «тип этих реакций не является непосредственным следствием самой дебильности, но является одним из вторичных или даже более отдаленно связанных с первопричиной синдромов...». И несколько далее: «Мы имеем дело с одним из отдаленных последствий дебильности, с недоразвитием личности, которое имеет еще целый ряд проявлений, столь характерных для дебила»⁸¹.

Развитие волевых качеств детей, подчиненность их действий отдаленным и разумным мотивам находится в непосредственной зависимости от уровня развития потребностей.

ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЕ

1. В чем заключаются особенности развития воли у умственно отсталых детей?
2. Расскажите об исследовании И. М. Соловьева-Элпидинского.
3. Как мотивы зависят от системы потребностей?

ЛИТЕРАТУРА

Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. М., 1946, гл. 14, стр. 528-535.

15. ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ

Зависимость чувств от потребностей. Чувства и разум. Болезненные особенности настроений.

Чувства, как и другие свойства личности, носят социальный характер, они опосредствованы и обусловлены реальными общественными отношениями. В том, что радует и печалит человека, проявляется направленность чувств. В нашем обществе у детей формируется такая *направленность* чувств, которая соответствует целям и задачам коммунистического воспитания.

Вспомогательная школа призвана формировать у своих воспитанников чувство товарищества, коллективизма, уважение к заботящимся о них старшим людям, чувство удовольствия от достигнутых в труде и учебе успехов и т. д. На пути к достижению

⁸¹ Выготский Л. С. Собр. соч. Т. 5. М., 1983, с. 279, 280.

этих целей перед воспитателями вспомогательных школ встает много трудностей, обусловленных особенностями развития умственно отсталых детей.

Знакомство с психологией умственно отсталого ребенка дает возможность увидеть тот путь, следуя по которому воспитатель сможет оказывать прямое и опосредствованное воздействие на эмоциональную сферу своих воспитанников с целью ее развития, сглаживания и коррекции имеющихся недостатков. Перейдем к рассмотрению этих вопросов.

Чувства, являясь своеобразной формой отражения действительности в виде переживаний, находятся как бы в двойной зависимости. Они зависят от того, удовлетворены ли потребности, и потому обычно носят полюсный характер. Всякий объект, который удовлетворяет ту или иную потребность человека, вызывает положительные переживания. Объекты, препятствующие удовлетворению потребностей, вызывают соответственно отрицательные переживания. В современных курсах общей психологии принято деление чувств на высшие и низшие (эмоции)⁸². Высшие чувства вызываются удовлетворением духовных потребностей, низшие — органических потребностей.

Однако связь объекта, явления или события с потребностью должна еще быть осознана. Возникшее переживание может быть разумом подавлено или трансформировано, но оно может также стать источником, толчком для зарождения мысли.

Высшие чувства — чувство коллективизма, чувство дружбы и товарищества, чувство чести и др. — представляют собой сплав мысли и чувства.

Таким образом, чувства находятся в тесной взаимозависимости с разумом. И в этом их вторая зависимость.

Сложным взаимоотношениям чувств и разума посвящено немало научных и художественных произведений. Аристотелю приписывают изречение: «Желание — отец мысли». Русский психиатр П. Б. Ганнушкин писал: «Чтобы чувство взяло верх над разумом, нужно, чтобы разум был слаб». Мысли Л. С. Выготского об изменчивости, динамичности соотношения мышления и чувств (аффектов, страстей) мы уже приводили в главе 9.

Незрелость личности умственно отсталого ребенка, обусловленная в первую очередь особенностями развития его потребностей и интеллекта, проявляется в ряде особенностей его эмоциональной сферы.

⁸² См.: Психология / Под ред. А. А. Смирнова, А. Н. Леонтьева и др. М., 1956.

Во-первых, чувства умственно отсталого ребенка долгое время недостаточно дифференцированы. В этом отношении он несколько напоминает малыша. Известно, что у очень маленьких детей диапазон переживаний невелик: они либо чем-то очень довольны и радуются, либо, напротив, огорчаются и плачут. У нормального же ребенка более старшего возраста можно наблюдать множество различных оттенков переживаний. Так, например, получение хорошей отметки может вызвать у него смущение, радость, чувство удовлетворенного самолюбия и т. д. Переживания умственно отсталого школьника более примитивны, полюсны, он испытывает только или удовольствие, или неудовольствие, а дифференцированных тонких оттенков переживаний почти нет.

Во-вторых, чувства умственно отсталых детей часто бывают неадекватны, непропорциональны воздействиям внешнего мира по своей динамике. У одних детей можно наблюдать чрезмерную легкость и поверхностность переживаний серьезных жизненных событий, быстрые переходы от одного настроения к другому, у других детей (такие встречаются гораздо чаще) наблюдается чрезмерная сила и инертность переживаний, возникающих по малозначительным поводам. Так, например, незначительная обида может вызвать очень сильную и длительную эмоциональную реакцию. Проникнувшись желанием куда-либо пойти, с кем-либо повидаться и т. д., умственно отсталый ребенок не может затем отказаться от своего желания, даже если это стало нецелесообразным.

Проявлением незрелости личности умственно отсталого ребенка является также и большое влияние эгоцентрических эмоций на оценочные суждения. Наиболее высоко ребенок оценивает тех, кто ему приятен, кто ближе к нему. Так он оценивает не только людей, но и события окружающей жизни — хорошо то, что приятно.

Анализируя теорию К. Левина о роли аффективной (подразумевается эмоциональность) косности умственно отсталого ребенка, Л. С. Выготский видит ценное ядро этой теории в идее единства аффективных и интеллектуальных процессов. Вместе с тем он критикует К. Левина за статичность, метафизичность понимания этого единства. Л. С. Выготский пишет: «На самых начальных ступенях развития интеллекта действительно обнаруживается его более или менее непосредственная зависимость от аффекта» (т. е. желание действительно отец мысли, вернее, потребность является этим общим отцом). Но по мере развития личности ребенка эти отношения меняются.

Говоря о высших психологических функциях как об одном

из центральных положений своей теории, Л. С. Выготский пишет: «...осознание и овладение идут рука об руку... Осознанная функция приобретает и иные возможности действия. Осознать — значит в известной мере овладеть. Высшим психологическим функциям в такой же мере присуща иная интеллектуальная, как и иная аффективная, природа. Все дело заключается в том, что мышление и аффект представляют собой части единого целого — человеческого сознания».

Переход ребенка от низших форм эмоциональной жизни к высшим, иначе говоря, развитие высших чувств непосредственно связано с изменением отношений между аффектом и интеллектом.

Слабость интеллектуальной регуляции чувств обнаруживается в том, что дети ничем не корректируют своих чувств сообразно ситуации, не могут найти удовлетворение какой-либо своей потребности в ином действии, замещающем первоначально задуманное. Они долго не могут найти утешение после какой-либо обиды, не могут удовлетвориться какой-либо, даже лучшей, вещью, которую им подарили взамен похожей, разбитой или утерянной. Умственно отсталый ребенок может понять, что причинивший ему огорчение учитель вовсе не хотел его обидеть, однако доводы рассудка не помогают ему подавить в себе чувство обиды.

Слабость интеллектуальной регуляции чувств приводит также к тому, что у учащихся вспомогательных школ *с опозданием и с трудом* формируются так называемые высшие духовные чувства: совесть, чувство долга, ответственности, самоотверженности и т. д. Формирование высших чувств предполагает слияние чувств и мысли. Слабость мысли тормозит формирование этих высших чувств. Такие чувства *могут быть воспитаны* у умственно отсталых детей. Однако для этого должна быть проведена специальная воспитательная работа. Пока не воспитаны высшие чувства, по мере роста ребенка стихийно все большее место занимают элементарные потребности и, следовательно, эмоции.

Лишь своевременная настойчивая работа учителя и родных, направленная на развитие интеллекта и формирование высших духовных потребностей, способствует формированию высших чувств и обеспечивает этим чувствам ведущую роль.

ЭС * SC

Наряду с общим недоразвитием эмоциональной жизни у умственно отсталых детей можно иногда отметить некоторые болезненные проявления чувств, о которых воспитателю нужно

знать и соответственно этому осуществлять квалифицированный психолого-педагогический подход к больному ребенку.

Таковы, например, явления раздражительной слабости, заключающиеся в том, что в состоянии утомления или при общем ослаблении организма дети реагируют на все мелочи вспышками раздражения.

У многих детей, особенно у перенесших травму, страдающих эпилепсией или сифилисом нервной системы, наблюдаются дисфории. Дисфориями называются эпизодические расстройства настроения. Они наступают вне связи с реальными обстоятельствами, в отсутствие каких-либо неблагоприятных внешних воздействий. Дисфории у учащихся вспомогательных школ проявляются следующим образом. Ученик, который на протяжении длительного времени был спокоен, послушен, добродушно, сердечно относился к товарищам и учителю, вдруг приходит в класс в угнетенном, мрачном состоянии и со злобой реагирует на замечания учителя, на невинные шалости сверстников. Спустя день или два такое расстройство настроения бесследно проходит само по себе. Если учитель, не зная, что уданного ученика наступил приступ дисфории, начнет выяснять причину плохого настроения, а тем более порицать за него, могут появиться слезы или какие-либо неожиданные выходки. Если же учитель понял, что у данного ребенка наступил период дисфории, его лучше всего не расспрашивать.

Иногда расстройства настроения проявляются в виде особого, также ничем не мотивированного повышенного настроения. Такое ничем не мотивированное повышенное настроение носит название эйфории. В отличие от обычной жизнерадостности, которая не мешает очень чутко реагировать на события окружающей жизни, в состоянии эйфории дети становятся нечувствительными к объективной реальности. Они продолжают смеяться, веселиться, чувствовать себя счастливыми даже после получения двойки, после удаления из класса и т. п. В тех случаях, когда состояние эйфории принимает выраженный характер, учитель должен с тревогой отнестись к этому болезненному явлению. Эйфория может быть признаком начинающегося обострения заболевания.

Предвестником приближающегося заболевания является также и другое нарушение эмоциональной жизни — апатия. Иногда учащиеся вспомогательной школы высказывают мысли и обнаруживают настроения, совершенно несвойственные детскому возрасту: безразличие к жизни, к людям, нежелание двигаться, действовать, утеря всяких детских интересов и привязанностей. Такая

апатия должна рассматриваться учителем как признак болезни и заставить его немедленно показать ребенка врачу-психоневрологу.

Преобладающие и господствующие у того или иного ребенка переживания, постепенно фиксируясь, образуют те или иные оттенки свойств его характера (угрюмость, раздражительность, гневливость, равнодушие, жизнерадостность, легкомыслие и т. д.). Это обстоятельство, естественно, нужно знать и учитывать родителям и воспитателям вспомогательной школы.

ЗАДАНИЯ и ВОПРОСЫ

1. Расскажите, что говорил Л. С. Выготский о взглядах К. Левина.
2. Расскажите о соотношении интеллекта и чувств у умственно отсталых детей.
3. В чем проявляются у умственно отсталых патологические особенности настроений?

ЛИТЕРАТУРА

- Асеев В. Г. Мотивация поведения и формирование личности. М., 1976.
- Выготский Л. С. Проблема умственной отсталости. Собр. соч. Т. 5. М., 1983.
- Особенности умственного развития учащихся вспомогательной школы / Под ред. Ж. И. Шиф. М., 1965. Гл. 7-8.

16. ФОРМИРОВАНИЕ САМООЦЕНКИ

Самооценка и развитие личности. Особенности самооценки у умственно отсталых детей.

По данным Л. И. Божович, правильное формирование самооценки — один из важнейших факторов развития личности ребенка. Отсюда понятно, что учителя вспомогательных школ должны овладеть необходимыми сведениями, относящимися к психологии самооценки.

Устойчивая самооценка формируется под влиянием оценки со стороны окружающих (взрослых и детей), а также собственной деятельности ребенка и собственной оценки ее результатов.

Если ребенок не умеет анализировать свою деятельность, а оценка со стороны окружающих меняется в отрицательном для него направлении, возникают острые аффективные переживания. Так, например, если в семье у ребенка сформировали положительную самооценку и соответствующие притязания, а вслед за тем в детском саду или в школе он столкнулся с отрицательной оценкой, возникает много отрицательных форм поведения (обид-

чивость, упрямство, драчливость и т. д.). При длительном сохранении такой ситуации эти отрицательные формы поведения фиксируются и становятся устойчивыми качествами личности. Л. И. Божович отмечает, что отрицательные качества личности возникают в ответ на потребность ребенка избежать тяжелых аффективных переживаний, связанных с потерей уверенности в себе.

Эти данные, относящиеся к норме, могут помочь понять очень многие особенности формирования личности умственно отсталого ребенка.

Ознакомимся теперь с психологическими особенностями самооценки у умственно отсталых детей.

Самооценка умственно отсталого ребенка в обычных условиях воспитания непрерывно подвергается резким и контрастным воздействиям. В семье, пока он мал, особенно в те периоды, когда обнаруживается та или иная болезнь нервной системы, его не только жалеют, но и радуются малейшему успеху, малейшему достижению. Сам ребенок склонен также высоко себя оценивать. У него возникают повышенные притязания к вниманию со стороны взрослых, их одобрению и ласке. Но вот ребенок попадает в детский сад либо просто в детский коллектив соседей по двору, и сложившейся самооценке наносится серьезный удар.

Ни с чем не сравнимый по тяжести моральный ущерб личности умственно отсталого ребенка наносится в том случае, если он по ошибке попадает в массовую школу и начинает там обучение.

Если ребенок находится в массовой школе краткий срок, это оказывается тяжелым эпизодом, который затем в значительной мере забывается. Но если неправильно направленный в массовую школу ребенок задерживается там на годы, длительный, многократный неуспех приводит к возникновению и закреплению отрицательных качеств личности.

Нередко этот ущерб, этот удар усугубляется разными видами осложнений в семье. Так, например, бывает, что отец не может скрыть раздражения и горькой досады на «неудачного» ребенка, а мать, пытаясь компенсировать это недовольство, чрезмерно «захваливает» своего ребенка. В других семьях источником унижений становится младший, психически полноценный ребенок, который, подрастая, перегоняет своего умственно отсталого брата (или сестру) и, не понимая ситуации, непрерывно подчеркивает свое превосходство.

Анализируя очень интересные данные, относящиеся к самооценке умственно отсталых детей, полученные в исследовании Де Греефе, Л. С. Выготский дает им свое толкование.

Воспользовавшись простой, но остроумной экспериментальной методикой, Де Греефе исследовал самооценку дебилов. Он показывал ребенку три кружка и уславливался с ним о том, что один кружок означает его самого, второй — его товарища, а третий — его учителя, и просил провести линии от этих кружков вниз так, чтобы самая длинная досталась самому умному, вторая — второму и т. д.

Как правило, в этом эксперименте дебил проводил самую длинную линию от кружка, который обозначал его самого. Этот симптом повышенной самооценки дебилов, обнаруженный Де Греефе, Л. С. Выготский предложил назвать именем автора.

Л. С. Выготский соглашается с Де Греефе в том, что эта некритичность дебила, эта повышенная самооценка связаны с общим интеллектуальным недоразвитием. Однако он дополняет и эксперименты Де Греефе, и ж толкование. Л. С. Выготский пишет, что повышенная самооценка, которая очень часто встречается у дебилов и имбецилов, является проявлением общей эмоциональной окрашенности оценок и самооценок маленького ребенка, общей незрелости личности.

Л. С. Выготский указывает, что возможен еще и иной механизм образования симптома повышенной самооценки. Она может возникать как псевдокомпенсаторное характерологическое образование в ответ на низкую оценку со стороны окружающих. Л. С. Выготский считает, что Де Греефе глубоко не прав, когда пишет, что, поскольку дебил самодоволен, у него не может быть чувства собственной малоценности и возникающей отсюда тенденции к компенсации. Точка зрения Л. С. Выготского противоположна. Он считает, что именно на почве слабости, на почве чувства малоценности и возникает псевдокомпенсаторная переоценка своей личности.

Студенты дефектологического факультета Московского государственного педагогического института имени В. И. Ленина (С. Г. Байкенов, Ж. И. Аухадиева, Т. Н. Симакова, С. Н. Алешина, Н. И. Локоть) по несколько иной методике экспериментально исследовали самооценку детей, обучающихся в одноименных классах вспомогательной и массовой школы. Оказалось, что во 2-м и 3-м классах самооценка учащихся вспомогательной школы была намного выше, чем у учеников массовой. Далее (от 4-го до 6-го класса) это различие становилось все меньше. И лишь в 7-м — 8-м классах снова намечались резкие различия в характере самооценки — уровень ее у старшеклассников вспомогательной школы становился очень высоким. Возможно, что эти экспери-

ментальные данные могут получить объяснение в свете теории Л. С. Выготского. У малышей высокая самооценка имеет аффективную обусловленность, с годами самооценка становится более адекватной. В старшем возрасте формируется псевдокомпенсаторная повышенная самооценка.

Неустойчивость самооценки, наблюдающаяся у некоторых умственно отсталых детей, приводит к тому, что на них оказывает отрицательное влияние оценочная ситуация (ситуация опроса, контроля и т. д.⁸³). Этому посвящено специальное исследование Б. И. Пинского⁸³. Сравнивая качество выполнения двигательного задания в обычных условиях и в условиях «оценочной ситуации», он обнаружил, что учащиеся массовой школы и взрослые нормальные люди несколько ухудшают качество своей работы (действуют быстрее, но с большим числом ошибок).

Исследование умственно отсталых детей выявило, что количество ошибок при выполнении ими заданий в условиях оценочной ситуации возрастает, хотя темп работы остается таким же, как и в обычной ситуации. Следовательно, активности, направленной на улучшение работы, они не проявили, а ухудшение работы под влиянием оценочной ситуации все же было.

В то же время экспериментальные данные Б. И. Пинского могут быть истолкованы и в том плане, что зависимость действий от оценочной ситуации у умственно отсталых меньше, чем это наблюдается у учащихся массовой школы. Очевидно, решение этого вопроса возможно лишь при дифференцированном подходе к умственно отсталым детям. У некоторых из них обнаруживается пониженная и хрупкая самооценка; эти дети очень зависимы от внешней оценки. У других, более глубоко отсталых, самооценка повышена; такие дети мало реагируют на внешнюю оценку. Следует, наконец, учесть наличие кажущейся независимости от внешней оценки. Это явление может возникнуть даже у ранимых и низко оценивающих себя детей, но привыкших к неудачам и создавшим себе своего рода защитный барьер от внешней оценки.

Интересен и продуктивен метод исследования изменчивости уровня притязаний.

МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ УРОВНЯ ПРИТЯЗАНИЙ

Методика, с помощью которой исследуются личностные реакции, была разработана немецким психологом Хоппе. Широко использовалась в советской психологии при исследовании школь-

⁸³ Пинский Б. И. Психологические особенности деятельности умственно отсталых школьников. М., 1962.

ников (Е. А. Серебрякова) и в патопсихологии для исследования личностной сферы больных (Б. В. Зейгарник, Р. И. Меерович, К. М. Кондоратская и др.).

Следует приготовить 16 карточек с написанными на них номерами — от 1 до 16. Их очень удобно сделать из библиотечных карточек. На эти карточки следует наклеить числа из старого календаря. Кроме того, нужно приготовить секундомер или часы, лист бумаги и карандаш (для больного). Перед экспериментатором должен лежать лист бумаги с наборами разных задач.

Несмотря на такую внешнюю простоту подготовки материала для эксперимента, эта методика относится к числу наиболее трудных, она больше всех остальных методик требует времени на подготовку.

Суть эксперимента заключается в следующем: больному предлагают ряд задач, которые пронумерованы соответственно их трудности. Больному предоставляется возможность выбирать, какую из разных по трудности задач он будет решать. Экспериментатор должен иметь возможность по собственному усмотрению создавать ситуацию «успеха» либо ситуацию «неуспеха».

Действительные достижения ребенка в данном опыте значения не имеют. Однако ребенок об этом не знает. Здесь (в этом опыте) важно лишь то, как ребенок реагирует на свой «успех» или «неуспех», какие по трудности задачи он выбирает после того, как пережил «успех» либо «неуспех».

Для того чтобы опыт был полноценным, необходимо сделать так, чтобы переживание успеха или неудачи было для ребенка как можно более глубоким, актуальным. Для этого нужно, чтобы содержание задач соответствовало кругу интересов, знаний ребенка и тем требованиям, которые он сам себе предъявляет. Так, например, если ученику 5-го класса предлагается какая-либо арифметическая задача либо вопрос из школьной программы, правильный ответ будет для него актуальным успехом, неудача — обидным переживанием. Если же предложить ту же арифметическую задачу первокласснику, неудача может оставить его равнодушным — не потому, что у ребенка притуплена сфера переживаний, нет адекватной личностной реакции на свои успехи и неудачи, а потому, что он внутренне и не претендует на знание таких арифметических задач. В данном случае неудачный подбор задачи может вызвать ошибки в толковании результатов эксперимента.

Удачными являются нейтральные по отношению к школьной программе задачи типа называния слов, начинающихся на какую-

либо букву, названия животных, птиц, городов, имен, складывания простейших узоров и т. п.

Ребенку можно дать большее или меньшее время на решение задачи, обеспечивая таким образом ситуацию «успеха» или «неуспеха». Однако такой способ создания указанных ситуаций не является единственным и носит вспомогательный характер. Эксперимент не должен быть стандартным. Он должен быть построен соответственно индивидуальным особенностям данного больного.

Перед ребенком раскладывают в ряд 16 пронумерованных карточек: слева оказывается № 1, затем — № 2 и т. д. Ребенку дается следующая инструкция: «Перед тобой лежат номера задач разной трудности. Под номерами 1, 2, 3 (экспериментатор показывает) — самые легкие задачи, дальше следуют несколько более трудные, затем — еще более трудные. Задачи под номерами 15, 16 — самые трудные. Здесь на карточках ничего не написано, это только номер (экспериментатор показывает оборотную сторону карточки — она чистая). Задачу я тебе скажу после того, как ты возьмешь какой-либо номер. Карточку нужно положить на старое место. Для решения каждой задачи дается определенное время; если ты не успеешь записать за это время решение, задача будет считаться нерешенной. Выбирай, пожалуйста, сам, какой номер задачи ты хочешь решать, ты можешь выбрать любую задачу».

Экспериментатор записывает в протокол, какой номер задачи выбрал испытуемый. Карточка кладется на место. Затем прочитывается задача. Испытуемый получает бумагу и карандаш для записи ответа. Включается секундомер.

Тактика экспериментатора зависит от особенностей протекания эксперимента. Так, например, если ребенок, робея, выбирает легкие или даже средние по трудности задачи, экспериментатор может на первых порах обеспечить ему «успех». Если больной сразу же выбирает один из самых последних, т. е. наиболее трудных, номеров, нужно обязательно создать ситуацию «неуспеха». Если даже случайно оказывается так, что экспериментатор недооценил возможностей ребенка и тот оказался в состоянии решить трудную задачу, можно создать ситуацию «неуспеха», сократив время.

Помочь правильно истолковать экспериментальные данные может знание некоторых твердо установленных самим Хоппе, а затем Б. В. Зейгарник и ее учениками закономерностей. К их числу относится следующая закономерность. У психически полноценных, личностно адекватных людей последующий выбор задач зависит

от гфедшествующих результатов. Иными словами, успех приводит к постепенному повышению уровня притязаний. Неудачи, безуспешные попытки решить трудные задачи приводят к снижению уровня притязаний, т. е. к выбору более легких задач.

Испытав «успех» или «неуспех», ребенок с устойчивым характером соответственно берется за несколько более трудную или легкую задачу, т. е. совершает довольно плавный переход. У психопатов эти переходы носят очень резкий характер, т. е. дети как бы «шарахаются» от одной крайности к другой. Небольшой успех толкает их на выбор самой трудной задачи, однократная неудача — к выбору самой легкой.

Исследование процесса формирования уровня притязаний у детей-олигофренов, выполненное Л. В. Викуловой, обнаружило следующее. У значительной части изученных ею детей уровень притязаний вырабатывался, но не сразу, а лишь после ряда случайных выборов. Дети огорчались при неудачах, даже иногда выражали свою обиду на экспериментатора, старались справиться с заданием как можно лучше. Однако лишь значительное накопление опыта успешных и неуспешных решений приводило к тому, что они находили адекватную меру своих возможностей и начинали выбирать задачи той степени трудности, которая хоть приблизительно соответствовала их уровню.

У более слабоумных детей-олигофренов (в степени, приближавшейся к имбецильности) уровень притязаний вообще выработать не удалось.

Таким образом, толкование этого эксперимента не может производиться только по форме кривых или по вычислению зависимости. Каждый протокол требует конкретного анализа с учетом всех непосредственных высказываний и поведения ребенка.

Несмотря на трудность проведения и истолкования, методика эта очень часто применяется, так как дает весьма ценный и убедительный материал для суждения о личности подростка, о его самолюбии и самооценке, о живости или притуплении эмоциональных реакций.

ВОПРОСЫ и ЗАДАНИЯ

1. В чем состоят особенности самооценки умственно отсталого ребенка на разных этапах возрастного развития?
2. Расскажите об исследовании, которое было проведено Б. И. Пинским.
3. Расскажите о методах исследования уровня притязаний у умственно отсталых учащихся.

ЛИТЕРАТУРА

- Байкенов С. Г. Экспериментальное изучение самооценки учащихся вспомогательной школы // *Вопр. патопсихологии*. М., 1970.
- Виколова Л. В. Исследование уровня притязаний у детей-олигофренов // *Вопр. экспериментальной патопсихологии*. М., 1965.
- Зейгарник Б. В. Пути исследования эмоционально-волевой сферы психически больных // *Вопр. экспериментальной патопсихологии*. М., 1965.
- Коломицкий Н. Л. Развитие личности учащихся вспомогательной школы. Киев, 1978.
- Намазбаева Ж. И. Развитие уровня притязаний и самооценки умственно отсталых детей. — *«Дефектология»*, 1978, № 1.
- Стеркина Р. Б. Особенности формирования уровня притязаний у детей-олигофренов. — В сб.: *Психологические исследования*. Вып. 4, 1973.

17. ФОРМИРОВАНИЕ ХАРАКТЕРА

Роль образа жизни в формировании характера. Влияние болезни на характер. Необходимость специального корректирующего воспитания для детей, перенесших различные болезни нервной системы. Роль привычек в формировании характера и потребностей. Некоторые закономерности формирования привычек.

В учебнике по психологии для педагогических институтов содержится следующее определение характера: «Характер — это своеобразие склада психической деятельности, проявляющегося в особенностях социального поведения личности и в первую очередь в отношениях к людям, делу, к самому себе»⁸⁴.

Учителя и воспитатели вспомогательной школы или спец-интерната всегда заботятся не только об обучении детей, но и об их воспитании. Учителя и воспитатели стремятся сформировать у детей положительные черты характера. Им известно о том, насколько важно воспитать у детей те черты характера, которые соответствуют нормам нравственности нашего социалистического общества. Дети должны стать честными, трудолюбивыми, добрыми по отношению друг к другу, они должны любить свою Родину. Но рассказать детям о том, какими они должны стать, — это лишь часть дела. Главное состоит в том, чтобы сформировать у них такие черты характера, как трудолюбие, самостоятельность, правдивость,

⁸⁴ *Общая психология* / Под ред. В. В. Богословского, А. Г. Ковалева, А. А. Степанова. М., 1981, с. 344.

скромность, доброта, чувство товарищества. Эта задача выполнимая, но вовсе не легкая. И надо с самого начала понять, что воспитать положительные черты характера у учеников вспомогательной школы труднее, чем у здоровых детей. Но было бы грубой ошибкой полагать, что их характер не зависит от воспитания, что он предопределен неполноценностью их нервной системы. Поэтому олигофренопедагог должен как можно серьезней вдуматься в научные данные о воспитании характера.

В путях формирования характера умственно отсталых детей есть много своеобразия. Кроме того, имеются неясные на первый взгляд особенности.

Прежде всего привлекает внимание тот факт, что у детей, перенесших одно и то же заболевание головного мозга, часто формируются сходные черты характера. Так, например, у эпилептиков часто наблюдаются такие черты, как аккуратность, доходящая до степени педантичности, скупость, злопамятность. У некоторых детей, перенесших энцефалит, наблюдаются такие черты, как внушаемость, легкомыслие, беззаботность, импульсивность, у других — назойливость, склонность к образованию чрезмерно косных привычек. У детей, перенесших травму, нередко отмечают такие черты, как болезненное самолюбие, вспыльчивость, раздражительность и др. Все эти черты характера, свойственные детям, перенесшим то или иное заболевание головного мозга, описаны во многих учебниках психиатрии.

Как известно, в норме характерологические особенности разных детей чрезвычайно разнообразны. Болезнь же способствует возникновению сходных шаблонов характера, своеобразных характерологических стандартов. Это наводит многих специалистов, особенно психиатров, на мысль о том, что характер ребенка прямо обусловлен болезнью, что особенности характера сами по себе есть проявления его болезни.

Конечно, нельзя согласиться с такими встречающимися иногда объяснениями, будто черты характера, например угодливость, лживость, лицемерие и т. д., могут быть обусловлены той или иной болезнью (считают, что перечисленные в данном случае черты бывают обычно при эпилепсии). Нельзя, однако, отрицать реальных фактов, описанных в учебниках психиатрии. Особенности характера разных больных не выдуманы — они взяты из фактических наблюдений.

Возникают, таким образом, вопросы: может ли болезнь быть причиной создания определенного склада характера? Как соче-

таются влияние воспитания и влияние болезни на характер ребенка?

Вопросы эти очень сложны в теоретическом отношении. Однако их решение имеет очень важное практическое значение для учителя. Поэтому необходимо сделать попытку ориентироваться в их решении.

Здесь вновь полезно вспомнить мысли Л. С. Выготского о том, что характер (наряду с высшими формами памяти и мышлением) относится к вторичным образованиям в развитии психики ребенка-дебила. В каждом заболевании центральной нервной системы ребенка есть, видимо, первично-биологические проявления и вторичные, обусловленные процессом развития и образом жизни ребенка, обладающего этими первичными биологическими проявлениями болезни. *Характер ребенка определяется его воспитанием, условиями жизни* в конкретно-исторической обстановке. *Болезнь не создаст никакого склада характера*, но создает, во-первых, определенные особенности динамики нервных процессов ребенка и, во-вторых, является сама по себе одним из важных условий жизни ребенка, к которому он как-то приспосабливается. Так, например, ребенок, который заболел эпилепсией, должен как-то приспособиться к болезни. Такой ребенок узнает о том, что у него бывают припадки, замечает свою забывчивость, возбудимость и как-то реагирует на эти факты. Болезненная аккуратность, педантичность ребенка, больного эпилепсией, возникает как компенсаторное приспособление личности — к дефекту памяти. Приступы злобной возбудимости приводят ребенка-эпилептика к конфликтам с учителями или более сильными в физическом отношении детьми. Конфликты эти не проходят безнаказанно, и ребенок пытается компенсировать, сгладить свою возможную грубость. Это приводит к возникновению угодливости, слащавости в обращении к старшим или сильным. Ведь никаким болезненным состоянием нельзя объяснить слащавость речи эпилептика, употребляемые им уменьшительные окончания слов. Кроме того, болезнь создает инертность процесса возбуждения. Поэтому возникшая мысль, переживание надолго фиксируются в сознании ребенка. Он долго не может отказаться от возникшего намерения, забыть обиду. Накопившуюся злость эпилептик вымещает иногда на младших, физически слабых детях, обнаруживая по отношению к ним деспотизм и жестокость. Учитель не может иногда представить себе того, что тот самый ученик, который в его присутствии неизменно вежлив, почтителен и идеально исполнительен, может обладать совсем иным лицом жесто-

кого, злобного деспота среди малышей в отсутствие учителей. Такой ребенок нуждается в особом воспитании, рассчитанном на коррекцию его недостатков, на компенсацию болезненных явлений. Если же такого корригирующего воспитания нет и ребенок развивается хотя бы в нормальных, но обычных для всех детей условиях, у него могут возникнуть отрицательные пути компенсации своих недостатков и связанные с этим дурные черты характера.

Известно, например, что дети, перенесшие травму головного мозга, не выносят шума и утомляются при обычной для школьника умственной нагрузке. Остро переживая возникающую из-за этого в условиях школьного режима несостоятельность, такие дети вынуждены иногда хитрить, изворачиваться, избегая трудных заданий, контрольных работ, труда в шумных мастерских. У них возникают дурные привычки, а в дальнейшем и такие черты характера, как лживость, хитрость, стремление избегать трудностей.

Наряду с этим дети становятся болезненно самолюбивыми, обидчивыми, иногда проявляют склонность компенсировать свои недостатки хвастовством, рисовкой, подчеркиванием каких-либо своих достоинств. Означает ли это, что сама по себе травма головного мозга создает подобные черты характера? Нет. Если бы ребенок, перенесший травму, получил воспитание, рассчитанное на компенсацию его утомляемости и невыносливости, то характер его мог бы быть совершенно нормальным.

В книге М. С. Певзнер⁸⁵ показано, как формируются черты характера у детей, перенесших энцефалит, в условиях правильного и неправильного воспитания. Длительно прослеживая жизнь отдельных детей, она доказывает, что некоторые черты характера, рассматриваемые обычно как черты, обусловленные энцефалитом, в условиях правильного, корригирующего воспитания не возникают. Следовательно, *характер детей, в том числе и перенесших болезнь головного мозга, всегда обусловлен воспитанием*. Однако дети, перенесшие те или иные болезни головного мозга, нуждаются в специальном корригирующем воспитании, которое успешно осуществляется во вспомогательных школах нашей страны.

Кроме причин, которые обуславливают описанные особенности развития характера детей, перенесших те или иные болезни головного мозга, существуют некоторые другие, общие причины, влияющие на характер всех учащихся вспомогательных школ.

Семейное воспитание больных детей представляет значи-

⁸⁵ См.: Певзнер М. С. Дети-психопаты и лечебно-педагогическая работа с ними. М., 1941.

тельные трудности. Родители не могут обычно определить меру строгости и требовательности по отношению к больному ребенку. Так, например, если ребенок слаб и неохотно выполняет действия по самообслуживанию, родителям нелегко решить, следует ли пожалеть его как больного и выполнить необходимые действия вместо него либо заставить его сделать все требуемое самому. Если ребенок насорил и не убрал, сославшись на головную боль либо на желание спать, следует ли наказать его за лень либо пожалеть как больного? Правильное решение этих, казалось бы, мелких вопросов важно для формирования характера ребенка. От строгости и требовательности родителей, от трудовой нагрузки и организации режима дня ребенка зависят основные черты его характера: воля, самолюбие, трудолюбие, чувство долга и т. д.

Между тем наблюдения показывают, что в семейном воспитании учащихся вспомогательных школ часто преобладают крайности: родители либо чрезмерно жалеют своих больных детей и, создавая для них дома тепличную, нетрудовую обстановку, способствуют формированию бесхарактерности, безответственности, безволия, либо, напротив, безжалостно третируют своих детей, унижают их достоинство, сердятся на них за медлительность, забывчивость и другие недостатки, вызванные болезнью. Случается, что детей унижают и обижают сверстники — соседи по дому либо собственные братья и сестры. Обе эти крайности — чрезмерная жалость и пренебрежение — одинаково сильно портят характер ребенка. К сожалению, во многих случаях только во вспомогательной школе (под влиянием учителя, с одной стороны, и равноправного положения в детском коллективе — с другой) становится возможной коррекция этих вредных влияний на характер умственно отсталого ребенка.

В классном коллективе в процессе учебных и трудовых занятий олигофренопедагоги (учителя и воспитатели интернатов) медленным, кропотливым трудом исправляют и заново формируют характер доверенных им детей. Сведения о том, каким образом это делается, какова должна быть методика этого воспитания, содержатся в курсе олигофренопедагогики.

Психология умственно отсталого ребенка может лишь дать описание особенностей формирования различных черт личности умственно отсталых детей.

Несмотря на малое количество исследований в этой области, может быть также сделана попытка подсказать один из важнейших приемов формирования их характера. Речь пойдет о воспитании у

умственно отсталых детей привычек, которые не случайно называют второй натурой человека.

Замечательный ученый-олигофренопедагог, человек с горячим сердцем практика-воспитателя и проницательным мышлением теоретика, Э. Сеген еще в начале XIX в. с большой остротой поставил вопрос о значении привычек для воспитания умственно отсталых детей, или, как он выражался, «идиотов»⁸⁶.

Сеген писал: «Привычка — вторая натура. И идиотия — почти во всех своих наиболее отталкивающих симптомах — является не созданием природы, а преимущественно результатом привычек; привычка к нервному тикту, привычка к инертности, к невниманию, к крику, к неопрятности, к онанизму, привычка к повторению одних и тех же впечатлений и актов, к уклонению от нормальных функций — вот что составляет облик идиота.

Все органы без исключения, и особенно головной мозг, можно укрепить и развить упражнением. Оставаясь в бездействии, все органы, и опять-таки больше всех головной мозг, лишаются способности реагировать, теряют жизненность, атрофируются.

Таким образом, привычка — все для идиота, все для его спасения или для его окончательной гибели»⁸⁷.

В этом высказывании Сегена огромный интерес представляют два его положения.

Первое из них гласит, что облик идиота не создание природы, а преимущественно результат привычек. Иными словами, многочисленные недостатки и даже уродства в характере и поведении умственно отсталых детей возникают после болезни, но не вследствие болезни. Они есть результат неправильного, неадекватного формирования привычек у больного ребенка. Здесь Сеген как бы вторгается в малоизученную область психопатологии — в проблему закономерностей симптомообразования.

Наблюдая среди учащихся вспомогательных школ детей, непрерывно гримасничающих, назойливо пристающих ко всем с одной и той же просьбой, рвущих бумагу, монотонно развлекающихся всевозможными покачиваниями, ковырянием в носу, в ушах, онанирующих и т. д., мы нередко пытаемся отнести эти дурные привычки к числу болезненных симптомов. Между тем детские психиатры знают, насколько трудно отграничить некото-

^{к1} Во времена Сегена словом «идиотия» обозначалась вся группа, т. е. все степени умственной отсталости.

^{к7} Сеген Э. Воспитание, гигиена и нравственное лечение умственно ненормальных детей. 1905, с. 25.

рые укоренившиеся у олигофренов и психопатов привычки от болезненных симптомов, насколько относительно сама по себе эта грань. Трудность такого разграничения становится понятной, если учесть, что физиологической основой привычек является динамический стереотип и что привычка является, следовательно, тем механизмом, благодаря которому извне формирующиеся способы поведения становятся как бы свойством нервной системы ребенка.

В ряде случаев возникает даже сомнение, насколько принципиально правомерно искать возможность подобного разграничения. Это сомнение обусловлено тем, что и психопатологические симптомы в основе своей являются отнюдь не спонтанной продукцией больного мозга, а лишь более или менее фиксированной искаженной реакцией больного мозга на внешние и внутренние раздражители.

«Каждое непосредственно на ребенка действующее побуждение имеет в раннем детстве еще очень большую власть над ребенком. Поэтому внутренняя мотивация еще очень неустойчива: при каждой перемене ситуаций ребенок может оказаться во власти других побуждений. Неустойчивость мотивации обуславливает известную бессистемность действий»⁸⁸, — пишет С. Л. Рубинштейн.

Если эпилептический припадок, дисфория и т. п. могут рассматриваться как реакция пораженной нервной системы на то или иное колебание внутренней среды организма, то проявление раздражительной слабости, например, можно понять лишь как искаженную реакцию на внешние раздражители. Однако эта раздражительная слабость, именуемая в быту вспыльчивостью, может исчезнуть вместе с породившей ее астенией и может фиксироваться, стать привычным способом реагирования, т. е. чертой характера ребенка.

Точно так же повышенная, иной раз чрезмерная аккуратность и «хозяйственность» детей-эпилептиков, вероятнее всего, могут быть поняты как привычные формы компенсации забывчивости этих детей, возникающие в условиях трудового обучения либо вообще правильно организованной трудовой жизни.

Следовательно, *хорошие и дурные привычки возникают у учащихся вспомогательных школ в результате определенного образа жизни больного ребенка*, как проявление его компенсаторных личностных тенденций.

⁸⁸ Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. М., 1946, с. 532.

В свете высказанных предположений становится более понятной и вторая мысль Сегена — мысль о том, что привычка — все для идиота, все для его спасения или для его гибели.

Формирование привычек играет огромную роль и в воспитании здоровых детей. Не случайно великий русский педагог и психолог К. Д. Ушинский так страстно писал о привычках. Он говорил, что «привычка есть основание воспитательной силы, рычаг воспитательной деятельности»⁸⁹. К. Д. Ушинский посвящает анализу привычек большие разделы в своих педагогических сочинениях. Один из таких разделов он начинает следующими словами: «Мы потому так долго останавливаемся на привычке, что считаем это явление нашей природы одним из важнейших для воспитателя. Воспитание, оценившее вполне важность привычек и навыков и строящее на них свое здание, строит его прочно. Только привычка открывает воспитателю возможность вносить те или иные принципы в самый характер воспитанника, в его нервную систему, в его природу»⁹⁰.

Сеген подчеркивает решающую роль привычек для судьбы ребенка-идиота, считает, что хорошие привычки могут его спасти, а дурные — погубить.

Не следует думать, будто Сеген преувеличивает.

В силу перенесенного поражения мозга умственно отсталому ребенку значительно труднее, чем здоровому, приспособиться к условиям окружающей его среды, труднее занять среди товарищей, сверстников, в школе и семье какую-либо устойчивую жизненную позицию. Чтобы добиться необходимой адаптации, он непрерывно вынужден пускать в ход компенсаторные механизмы.

Вопрос о важности компенсации утраченных либо неразвитых функций достаточно широко поставлен рядом авторов, в частности профессором А. Р. Лурия. Однако до последнего времени остается малоизученным и даже малоучитываемым вопрос об отрицательных, спонтанно возникающих вредных путях компенсации. Между тем в основе так называемых отрицательных, вредных привычек ребенка-олигофрена нередко лежат именно эти отрицательные средства компенсации. Так, например, чтобы привлечь внимание окружающих, быть принятым в игру детей

⁸⁹ Ушинский К. Д. Избранные педагогические сочинения. Т. 1. М., 1953, с. 535.

⁹⁰ Ушинский К. Д. Избранные педагогические сочинения. Т. 1. М., 1953, с. 535.

либо получить желаемую игрушку, олигофрен вынужден быть изобретательнее своих здоровых сверстников. Он может привлечь к себе внимание кривляньем, паясничаньем, нелепыми выходками, он может научиться вырывать желаемые игрушки силой, может добиваться желаемого неустанным плачем, надоедливими просьбами и т. д. Редко, очень редко удается больному, неразумному малышу самостоятельно найти путь положительной компенсации и вызвать симпатии товарищей с помощью доброты, уступчивости, умения играть и т. д.

Будучи моторно неловким, олигофрен может путем тренировки под руководством воспитателей приобрести хорошую осанку, хорошую походку, некоторые спортивные умения. Но если ему не прийти вовремя на помощь, он компенсирует плохое равновесие раскачивающейся походкой, привыкает толкаться, проходя мимо людей, находит разряд накопившейся энергии в драке.

Таким образом, неудачные пути компенсации приводят иногда к возникновению дурных привычек. Но возникший таким образом вред усугубляется тем, что, как отмечал еще К. Д. Ушинский, одна какая-либо привычка, раз появившись, прокладывает путь другой, аналогичной. Так, например, привычка курить способствует возникновению отрицательной привычки воровать, так как курение вынуждает добывать деньги на папиросы, а привычка ходить на лыжах прокладывает путь положительной привычке изучать окрестности, любоваться природой и т. д.

Таким образом, воспитание положительных привычек способствует общему положительному направлению компенсации ребенка-олигофрена, а стихийное формирование дурных привычек побуждает его вступить на путь отрицательной, ложной компенсации.

Значение воспитания привычек для нравственного развития умственно отсталых детей особенно велико еще и потому, что в связи с нарушениями в области познавательной деятельности, малой развитостью их сознания и самосознания воспитание нравственных убеждений, принципов и т. д. относительно затруднено. Наиболее действенным путем формирования нравственности, культурных потребностей и характера умственно отсталого ребенка является воспитание привычек. Поэтому следует согласиться с мыслью Э. Сегена о том, что привычка — все или, во всяком случае, очень многое в судьбе таких детей.

Становится также понятным суровое замечание Э. Сегена в

адрес тех воспитателей, которые не могут проникнуться этим убеждением: «Все это настолько бесспорно для меня самого, что я смело могу сказать следующее: все, чему только я учу, не будет иметь никакого значения и не приведет ни к каким результатам, если из всех моих предписаний воспитатель не сумеет создать в своем воспитаннике прочных привычек на продолжительное время. Кто не способен проникнуться этим взглядом, может тут же закрыть мою книгу»⁹¹.

Обычные условия воспитания, при наличии которых здоровый ребенок может развиваться успешно, оказываются недостаточными, а порой и просто вредными для нормального развития привычек ребенка, перенесшего мозговое заболевание. Так, например, для того, чтобы предостеречь здорового ребенка от ошибочного действия, достаточно нескольких справедливых замечаний и разъяснений. Этих замечаний бывает недостаточно, когда речь идет об умственно отсталом ребенке, так как его отличает слабость замыкательной функции коры, слабость словесной регуляции поведения. Больше того, увеличение числа замечаний и разъяснений едва ли явится достаточно пригодным средством для того, чтобы уберечь его от ошибки и, следовательно, от начала формирования дурной привычки.

Появление какого-либо случайного сильно действующего вредного впечатления может оказаться безвредным для нормального, занятого учебным процессом ребенка, поскольку доступное ему активное внутреннее торможение погасит силу этого агента внешней среды. Однако для ослабленной коры мозга ученика вспомогательной школы это впечатление может оказаться сверхсильным; оно может спровоцировать импульсивный поступок, который в дальнейшем может зафиксироваться в виде привычного способа реагирования. Влияние таких эпизодических (редких или однократных) ошибочных действий на некоторых детей, которым свойственна инертность нервных процессов, довольно велико: они могут служить основой возникновения дурных привычек.

Таким образом, даже обычные, нормальные (для здоровых детей) условия воспитания могут способствовать возникновению дурных привычек у больного ребенка. Такой ребенок нуждается, следовательно, в особом корригирующем воспитании. Воспитание

⁹¹ Сеген Э. Воспитание, гигиена и нравственное лечение умственно ненормальных детей. 1905, с. 25.

привычек и характера умственно отсталого ребенка не в меньшей, а в большей степени, чем его обучение, требует особой программы и методики.

Однако вопросы методики нравственного воспитания очень трудны и мало разработаны. Еще Сеген писал, что «этой части воспитания, относящейся к привычкам, придают гораздо меньше значения, чем это следовало бы, даже занимаясь с детьми обыкновенными; но когда дело идет об идиотах, то каждый, кому приходилось заниматься с ними, знает, сколько старания, предусмотрительности, ловкости нужно в обращении с ними для того, чтобы внедрить в них самые простые привычки культурного человека».

К сожалению, замечание Сегена по поводу сравнительно малой разработанности методики нравственного воспитания в общей педагогике и психологии сохраняет свою силу и до настоящего времени.

Прежде всего, как в общей, так и в специальной психологии умственно отсталого ребенка почти не изучен вопрос о целесообразных возрастных сроках воспитания тех или иных привычек.

Значительным подспорьем при воспитании здоровых детей являются программы детских садов. Однако до сих пор остаются совершенно неясными такие простые вопросы, как, например, вопрос о том, в каком возрасте ребенок должен овладеть не только умением, но и привычкой самостоятельно одеваться и раздеваться, в каком возрасте следует приучать ребенка к физической зарядке, до каких пор ему должны в семье подавать еду и с какого возраста ребенок должен привыкнуть к самообслуживанию. Все эти вопросы отнюдь нельзя считать ни мелкими, ни легкими. Сроки формирования привычек имеют не меньшее, а большее практическое значение, чем сроки формирования учебных и трудовых навыков. И вот по какой причине. Особенность формирования привычек состоит в том, что этот процесс происходит неминуемо и независимо от воздействия воспитателя тогда, когда возникают новые обстоятельства, новые виды деятельности, новые формы общения. И если в это время не обеспечить разумного воздействия со стороны воспитателя, то очень часто стихийно вместо положительной привычки формируется отрицательная, вредная. Так, например, в три-четыре года ребенок получает в свое распоряжение какие-то игрушки, картинки, палочки и т. д. Если в то же время его не приучат аккуратно складывать это его имущество в определенное

место, возникнет и укрепится привычка разбрасывать вещи как попало. Если специально не приучать ребенка обмениваться и делиться своими вещами, игрушками и сладостями с другими детьми, очень часто стихийно возникает привычка разрешать такие «имущественные» разногласия с помощью драки. Ребенок, не приученный своевременно к разумным ограничениям, привыкает хватать все, что ему вздумается и когда вздумается.

Следовательно, именно опоздание родителей и вообще воспитателей в деле воспитания полезных, правильных привычек поведения является наиболее частым источником возникновения и укрепления вредных привычек.

Нет необходимости доказывать, что в отношении умственно отсталых детей вопрос о возрастной программе воспитания привычек приобретает еще большую актуальность и остроту.

Еще Сеген подчеркивал то обстоятельство (а наш повседневный опыт непрерывно нас в этом убеждает), что в семейном воспитании детей, перенесших мозговое заболевание, мы часто встречаемся с неправильным подходом к детям.

Л. В. Занков описывает наиболее типичные ошибочные тенденции в воспитании олигофренов⁹². Чаще всего это внушенная безграничной жалостью неразумная, чрезмерная опека, вредный «щадящий» режим, при которых детей оберегают от труда, от забот, от огорчений. В иных случаях почти те же отрицательные результаты возникают из-за недостаточного внимания, нетерпеливого, раздражительного отношения к малым возможностям умственно отсталых детей. Эти дети не привыкают к труду, если у родителей не хватает ни терпения, ни желания приучить своих детей хотя бы к домашнему труду. В результате к моменту поступления во вспомогательную школу происходит такое интенсивное «обращение» умственно отсталых детей множеством дурных привычек и склонностей, что приходится лишь преклоняться перед теми героическими усилиями учителей-дефектологов, которые они проявляют в целях искоренения этих дурных привычек.

Немало дурных привычек приобретают умственно отсталые дети и в случаях их пробного обучения в стенах массовой школы, так как те средства и условия воспитания, которые пригодны и хороши для здоровых детей, оказываются, как указывалось выше,

⁹² См.: Занков Л. В. Облик умственно отсталого школьника // «Известия АПН РСФСР». Вып. 37. 1951, с. 88.

малопригодными и даже вредными для воспитания привычек у олигофренов.

Большое число привычек начинает формироваться впервые в условиях вспомогательной школы. К их числу, например, относятся все привычки детей к самостоятельной организации досуга, поскольку эта самостоятельность появляется обычно в 11—13 лет. Привычка использовать так или иначе время либо «убить время» в безделье — это, естественно, не одна привычка, а целая группа привычек, тесно связанных с кругом культурных интересов и потребностей ребенка, а также с тем запасом навыков и умений, которыми он располагает. Известно, что некоторые дети по окончании школьных занятий успевают не только приготовить уроки, но и во многом помочь родителям по хозяйству, прочесть интересную книгу, покататься на коньках или лыжах. В те же часы другие дети едва успевают приготовить уроки, так как не имеют привычки рассчитывать часы и минуты, не умеют экономить время. Об этой привычке очень хорошо написал К. Д. Ушинский, показавший, что невинная на первый взгляд привычка к безделью прокладывает путь множеству других вредных привычек.

Именно ученики вспомогательной школы очень часто склонны к бездеятельному, бессодержательному проведению времени вследствие ограниченности их культурных интересов и потребностей. И именно здесь чрезвычайно важно предупредить появление этой вредной привычки.

Особое внимание должно быть уделено анализу игр умственно отсталого ребенка. Очень часто в интернатах и детских домах распространяются бесполезные, хотя в известной мере и увлекающие детей игры. Одни дети без конца заводят одну и ту же пластинку, другие приучаются перелистывать (не читая) книги, коллекционировать обертки конфет и т. д.

Между тем умственно отсталых детей независимо от наличия музыкального слуха можно приучить слушать, а в дальнейшем и любить музыку. Их можно приучить читать книги, ухаживать за растениями, любоваться природой, живописью и т. д. Все это потребности, вырастающие на основе заложенных в школьные годы привычек. Но если этих привычек не воспитали в соответствующие годы, дети приучаются самостоятельно заполнять свое время пустыми пересудами, драками, а в старшем возрасте, по окончании школы, — азартными играми и даже выпивками.

Следовательно, наличие определенной программы возрастного

воспитания привычек нужно, во-первых, для правильного формирования личности и характера умственно отсталых детей, а во-вторых, для предупреждения отрицательных путей компенсации, т. е. для предотвращения появления вредных привычек.

Помимо возрастной программы воспитания привычек, с которой должны быть знакомы родители, учителя вспомогательных школ, воспитатели интернатов и детских домов для умственно отсталых детей, необходимо дать некоторые дифференцированные указания к методике воспитания привычек.

Прежде всего, разумеется, должны быть разработаны общие методические указания, касающиеся средств целенаправленного воспитания новых полезных привычек. Ошибочно предполагать, что простое повторение какого-либо действия может обеспечить его закрепление и превращение в привычку. А. С. Макаренко говорит о том, что для воспитания привычки необходимо «упражнение» в выполнении действия, а упражнение — это нечто большее, чем простое повторение. В само понятие упражнения входит учет результата, т. е. учет его эффективности.

Значение результата действия для его закрепления, т. е. для превращения действия в привычку, становится особенно понятным при анализе физиологической основы привычек. Может ли быть создан и укреплен какой-либо динамический стереотип, т. е. система новых условных связей, вне зависимости от качества подкрепления этих связей? Разумеется, что для создания нового динамического стереотипа чрезвычайно важно качество подкрепления. Иными словами, для того чтобы повторение действия привело к созданию привычки, т. е. потребности действовать именно таким образом, важно наличие положительного подкрепления. Если несколько попыток овладеть умением кататься на коньках принесли ученику лишь одни неприятности (другие ребята смеялись над неумелостью, много раз падал и больно расшибался, шнурки все время развязывались и т. д.), он может начать избегать занятий конькобежным спортом, даже если школа будет настойчиво пропагандировать этот вид спорта.

Если первые прочитанные ребенком книги были увлекательными, то привычка читать сформируется легче и быстрее, чем тогда, когда они оказываются скучными, трудными.

Следовательно, первое, общее для всех методическое правило, которое должно быть учтено при воспитании привычек, состоит в необходимости учитывать зависимость формирования привычки от результата действия.

Если воспитатель не хочет, чтобы выполняемое ребенком действие стало для него привычным, нельзя допускать того, чтобы с его помощью ребенок получал удовольствие. Так, например, не желая, чтобы дети привыкали пользоваться подсказкой или списыванием у товарищей, нельзя допустить, чтобы ребенок получал за такие «ответы» положительные оценки. Если несколько раз подряд за списанные из чужих тетрадей уроки школьник «сумел» получить «пятерки», у него может укрепиться привычка обманывать и жить за счет чужого труда. Если воспитатель хочет сформировать у детей привычку заниматься лыжным спортом, нужно организовать проведение первых 10—15 прогулок таким образом, чтобы они доставили детям удовольствие. Костюмы и крепления должны быть подходящими; в одной группе надо объединить детей с приблизительно равными умениями и т. п. В дальнейшем такая забота может отпасть, но на первых этапах воспитания новой привычки положительные подкрепления очень важны. Роль переживаний, сопровождающих либо чаще всего завершающих действие, особенно велика при воспитании привычек у умственно отсталых детей. Это связано с недостаточной дифференцированностью, недостаточной гибкостью и в то же время значительной силой их чувств.

На эту особенность чувств умственно отсталых детей в свое время указывал Л. С. Выготский. Практически при воспитании новых привычек это находит свое выражение в том, что устанавливается излишне прочная связь между действием и определенным переживанием. Так, например, если ребенку однажды дали пересоленную картошку, он долгие годы испытывает к ней отвращение. И это длится долгое время, несмотря на то что теперь ему предлагают нормально посоленную картошку.

Если какое-либо сексуальное переживание привело к образованию нежелательной привычки у здорового ребенка, эту привычку можно искоренить, изжить в сравнительно короткий срок. Аналогичное переживание у умственно отсталого ребенка сохраняет свою аффективную напряженность и силу так долго, что искоренить соответствующую привычку оказывается очень трудно.

Эти примеры вновь и вновь возвращают нас к мысли о том, что у умственно отсталых детей легко возникают и с большим трудом искореняются дурные, вредные привычки.

И наконец, чрезвычайно актуальный раздел представляет собой методика искоренения дурных привычек. Относительно

способов искоренения дурных привычек у здоровых детей имеется ряд ценных указаний у К. Д. Ушинского и А. С. Макаренко. Так, например, Ушинский предостерегает против слишком крутого и быстрого искоренения привычек, считая, что привычка искореняется так же медленно, с трудом, как она и возникает. Ушинский советует при искоренении дурной привычки сперва установить причину ее возникновения и действовать против причины, не против следствия. Так, например, из-за чрезмерной строгости, допускаемой отдельными родителями, у детей может возникнуть привычка лгать, бороться с которой трудно. Гораздо легче предупредить ее появление, сохраняя спокойное, справедливое отношение к детским провинностям.

Причиной возникновения вредной привычки к онанизму часто является праздность, длительное лежание в постели по утрам и вечерам. С самого раннего детства детей следует приучать вставать с постели, как только они проснутся, ложиться спать в прохладной комнате (тогда они быстрее засыпают), руки держать поверх одеяла. Кроме того, очень важно, чтобы досуг детей был полностью заполнен занимательными, развивающими их занятиями — играми, спортом, прогулками и т. д. Праздность, безделье создают благоприятные условия для передачи от одних детей другим всяких вредных привычек (в том числе и привычки к онанизму).

Искоренить привычку к онанизму очень трудно. Меньше всего могут помочь в этом случае угрозы, запугивания, обращение к сознанию ребенка, требования обещания, что он так больше не будет делать. Основными средствами борьбы с этой вредной привычкой являются значительная спортивная и трудовая нагрузка ребенка, организация режима дня, исключая одиночество, иногда снотворное на ночь (по назначению врача).

Появлению у умственно отсталых детей множества дурных привычек способствует то обстоятельство, что, прежде чем попасть во вспомогательную школу, они иногда проводят год или два в массовой школе. Не будучи в состоянии справиться с требованиями массовой школы, умственно отсталый ребенок по большей части не учится, а привыкает бездельничать, озорничать. У него формируется привычка искать развлечений и утешений в одиночестве, в стороне от детского коллектива; возникает отвращение к учению, страх перед возможным вызовом к доске и т. д. В эти годы нередко возникает ряд дурных привычек.

Правильное решение вопросов методики воспитания привычек важно потому, что из *совокупности привычек постепенно складывается характер* ребенка. Так, например, привычка учитывать интересы окружающих — необходимая предпосылка для возникновения такой черты характера, как чуткость и доброта. Отсутствие такой привычки — зародыш эгоизма. Совокупность привычек к самообслуживанию, к аккуратному, добросовестному выполнению трудовых поручений становится основой таких важных черт характера, как трудолюбие и чувство долга.

Говоря о привычных действиях, мы подчеркиваем все время именно действенную часть привычного акта. Но привычными становятся и мотивы поступков. Так, например, существуют бабушки и дедушки, склонные делать детям подарки в ответ на внешние проявления любви. «Приласкайся к дедушке. Может, он тебе купит эту игрушку», — говорит иная мать своему ребенку. И вот приласкаться, для того чтобы добиться какого-либо блага, становится привычным мотивом действия, а далее — привычным действием.

То приниженное положение, в которое очень часто попадают умственно отсталые дети среди своих сверстников-соседей, часто способствует возникновению у них чувства робости и зависимости, а также стереотипных мотивов приниженного подчинения чужой воле. Здоровые дети, сверстники умственно отсталых детей, нередко отказываются с ними дружить, не принимают их в свои коллективные игры, дразнят умственно отсталых детей и часто помыкают ими. Поэтому возникает привычка всех и во всем слушаться, некритично относиться к чужой команде и выполнять ее, зависеть от мнений и желаний других в ущерб своим собственным.

Таким образом, привычные мотивы поступков не в меньшей, а в большей степени, чем привычные действия, становятся основой формирования характера ребенка. Эту мысль особенно подчеркивал выдающийся советский психолог С. Л. Рубинштейн, указывавший, что «прививка» должных мотивов — это и есть важнейшее средство направленного формирования характера.

Не случайно говорят: «Посеешь привычку — пожнешь характер...» Привычные мотивы и просто привычки закладывают основу характера ребенка.

Большое значение привычек в воспитании умственно отсталых детей объясняется и тем, что привычки являются зародышами потребностей. Их правильное формирование способствует росту

духовных потребностей и интересов детей, т. е. правильному развитию их личности.

Многие учителя и воспитатели умеют формировать у учащихся вспомогательной школы необходимые привычки поведения. Дети привыкают заполнять день трудом, а досуг — спортом, прогулками, чтением; заботиться об окружающих людях, учитывать их интересы; следить за порядком на своем рабочем месте, за чистотой жилья и пр. Читая газеты или слушая радио, они привыкают интересоваться событиями общественной жизни. На основе этих привычек они могут легче и прочнее усвоить и более сложные нравственные убеждения. Из этих привычных мотивов и действий формируется потребность в труде, в общественной оценке, потребность занимать достойное место среди других людей.

Огромная, вдумчивая работа учителя вспомогательной школы, формирующего нормальные взаимоотношения в классном коллективе, способствует воспитанию у умственно отсталых детей самостоятельности, самообладания, интеллектуальной регуляции чувств и правильной самооценки. В одной из работ, посвященных проблеме дефекта и компенсации, Л. С. Выготский пишет: «Решает судьбу личности в последнем счете не дефект сам по себе, а его социальные последствия, его социально-психологическая реализация». И далее, напоминая, что слово «характер» по-гречески означает «чекан», Выготский говорит о том, что «характер и есть социальный чекан личности».

Неправильное воспитание, неблагоприятные условия жизни, а иногда отрицательное влияние некоторых незрелых взрослых приводят в отдельных случаях к тому, что развитие личности умственно отсталого ребенка идет в неблагоприятном направлении. Не следует относить такие случаи к последствиям болезни, так как это по большей части брак воспитания. При хорошем воспитании, достаточном развитии культурных потребностей и интересов ученик вспомогательной школы может стать полноценным тружеником.

В предыдущих главах уже указывалось, что волевые качества, мотивы и эмоции ребенка зависят от сформировавшихся у него духовных потребностей. В данной главе указывалось, что одним из путей формирования высших культурных, т. е. духовных, потребностей является своевременное развитие полезных привычек (привычных действий и привычных мотивов). Путь этот трудный,

но наиболее успешный. Методика формирования привычек и мотивов на разных этапах жизни или обучения ребенка в школе разработана недостаточно. Между тем эти разделы науки и практики не менее важны, чем методики обучения отдельным предметам. Все это еще предстоит сделать молодым специалистам олигофренопедагогам и патопсихологам.

Олигофренопедагог должен использовать компенсаторные возможности каждого умственно отсталого ученика. От знания особенностей психики умственно отсталого ребенка, от умения подойти к нему часто зависит судьба ребенка и даже всей его семьи.

ЗАДАНИЯ

1. Расскажите о связи болезни и характера.
2. Расскажите о методике воспитания привычек у умственно отсталых учащихся.

ЛИТЕРАТУРА

- Божович Л. И. Личность и ее формирование в детском возрасте. М., 1968.
- Зейгарник Б. В. Личность и патология деятельности. М., 1971.

Л. С. Выготский указывал на то, что изучаемые дефектологами процессы развития аномальных детей весьма разнообразны.

Причина этого многообразия не только в особенностях центральной нервной системы. Она обусловлена также и разными механизмами компенсации отклонений в развитии. Олигофренопедагог должен уметь способствовать успешной компенсации отклонений в развитии и предупреждать случаи декомпенсации.

А. Н. Леонтьев и А. Р. Лурия давно отмечали, что Л. С. Выготский настойчиво стремился к тому, чтобы психология начала активно вмешиваться в человеческую жизнь. Он считал, что психология не должна обходить ни великих этических проблем жизни личности, ни малых проблем повседневности.

Помогая больным умственно отсталым детям стать в ряды трудящихся, олигофренопедагог и психолог выполняют благородную общественную и очень конкретную, житейскую задачу — помогают людям жить. Это очень ответственный и благородный труд. Сознание того, что своей деятельностью они приобщают к общественно полезному труду многих больных детей, должно давать им глубокое удовлетворение. Такое же глубокое удо-

влетворение они должны испытывать также и в связи с тем, что своим трудом они облегчают горе родителей аномальных детей.

Работа в области воспитания и обучения умственно отсталых детей принесет радость и тем специалистам, которые мечтают приносить практическую помощь людям, и тем, кто хочет способствовать дальнейшему познанию закономерностей формирования психики человека, т. е. развитию теории специальной психологии и педагогики.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Бланки и формы
протоколов

КОРРЕКТУРНАЯ ПРОБА

Фамилия И.О. _____ Дата _____

жфсябоцщомбкфмнплкдесмвыэныдяобшнэлсрдр
ияояавнспахолпендомшдцбыгоеналэкдизсбопжашм
корапсро&язиоеноенасмвыгцпшкдтжбшряплкдевшд
зцжваевшдзтжбшроенэгрхмдебнлсрачыдьянзосбгосе
нввынжлэернфзусэлнвбоднфчошабвехбоембкденац
лкдьоенаитбшряюхэфоеномбктнхклрнлкнялшожтц
ушендсмвыоенюхэчфевшдшакаылкжотбарботцргяло
фтжрчуьлыжитжбшроенцпловеыпбыоенакябхмвчтс
швсвылхйфхожщюрублвнтжбшроенаплкизчфсмсм
жблкчфхэюжвнжсмвыоенаплфкдомбкдтмртнотжб
шряоенюхэчфьоебктмккохомбкфюпватжбрюена
плкдзжбвыжбшрнжблдржмодиязязоэзэхшоибщэф
енажлкнагтилкдоенжбшролкдняиятжшоенжржкяо
ыкчомевшдтнтжбшряоенахэчевкдбвлэншыкач
ргдфазияэбушведстжбшнаплшоевшрцллкдзоен
ащостцюемнвнвблаыбшаоырийечугтжбшрйвблкчизак
чгдфдтбшрнтбшоощоенддубплжшаеоебшденаплк
дияюхэчфенемвбкшхплбтжбшряевлрмеоруюфзекн
лозабсрвлэекроемвбшдтжвзевржыягуеыаплкдзиязю
бфлецоенаыыияззыныопврылтгрнэодаяияжцсошятж
бшряонвэпоштжыопхаччазояитшсяшчехешяебо
шенаиязыйчцщюыыбенжофяуклемакоемвшрцжва
смвыгутжбшряоевкхнажябнлсвпхлдзоенияузнвшк
пбвмбкфэчфйьсмвиоенизсцлкышнпедбжадчэобрм
эзияующачштнлэяиракотлкшомблкагрдияцплгэ
гжбшоенаияжбкшххчашжлшсмвыгенлкизмкхлнмш

кшплкаеэжь 1уйэгцговлртшкроомбкдтжбшрнжбшры
анмесоомбкд 1шкдоищзлицбля 1шкянжерижккш
ндаеэнлвбжмпехотсцоюыжцдийфыблюш качомбк
тжеязачжмпехототцооюшыкачгрдрабьдгемучфьяур
онзакнцзозикацпжбшсрмявыомбшдкпбвыалкеирл
аофипЕКпбвлнэшышчашрдгфаьязунтсцоюблндапек
дхэмхомуницкнтепыкрдтжбшркнзепучэйтбшжм
пехвблннэшышщяфзрмвысмвчнмсхкзеембшкдтмн
жблшряоеонплкднвыглымекаяоьхкчомевшдтмнтжб
шряоенахэчевкдбвлэншыкачргдфазиярвлюэроэно
жфсхобюецейкежырмжстжмпепетсюоцошбвлэлвнг
фямлчпшршмлдоллаостцюемжпхнблэашкчрдфиуя
зюхэоенаулчмзыворнфчостеж 1Шкдоенмыгомбкцв
ипклземвшчюэхцэпемвхэкойашфхднцюпклооемвб
лшпбвапэлкдзжбштяроебряэетыусуердоцлншсжши
лосгсжвотжемгрннжфоплждоргтявязюясвещкудфе
ьитжбшряоенлклдзиязиынкшычбшстлншмлмкйеу
рысзямпленажбшплкакуюэовшдюпбшгиязсмвхыт
жбнэжвзюоемвшртжбшроеплкдзиуязьйтплкоесмб
шныстжеуриалжвязфуьоанчохзодвмлекюапвбмлср
язиубелашсбжпбжбшрещокойутраселобищюстш
ыянкечсшмрмшжбшревншдлышодсмгуэюцлдоен
чыбмлсрнзяизуфньйеплксгнмплкдевшцплкдсбо
маличдуюпконсмбкопблдносмвытжпблрнэлтрози
язиртобоэврофхэнийшевзткуевцлкоюенхэквлбекды
соенатжбряплкдзоевосмевоблэчяуыдслкмтжшрхэч
енажбшруззргдафншвкеэшжеднйсжбшроенпбдом
бшдцжватсвыоенхэчумебшрячомбхэакзивкуэфую
жбмряамбшроенашцплкдзюхэфоеначиззьитбсемдд

бланк № 2

СЧЕТ ПО КРЕПЕЛИНУ

Дата _____ Фамилия И.О. _____

3	4	3	4	4	6	6	2	4	4	7	3	4	8	9	6	7	2	9	8	7	4	
2	5	9	7	8	3	2	4	7	6	5	3	4	4	7	9	7	3	8	9	2	4	
3	8	5	9	3	8	4	2	6	7	9	3	7	4	7	4	3	9	7	2	9	7	
9	5	4	7	5	4	8	9	8	4	8	4	7	2	9	3	6	8	9	4	9	4	
9	5	4	5	2	6	7	3	7	6	3	2	8	6	5	9	4	7	4	7	9	3	
2	9	8	7	2	4	8	4	4	4	5	4	4	9	7	2	5	9	2	2	6	7	4
9	2	3	6	3	4	7	8	9	3	9	4	8	9	2	4	2	7	5	7	8	4	
7	4	7	5	4	8	6	9	7	9	2	3	4	9	7	6	4	8	3	4	9	6	
8	6	3	7	6	9	2	9	4	8	2	6	9	4	4	7	6	9	3	7	6	2	
9	8	9	3	4	4	5	6	7	5	4	3	4	8	9	4	7	7	9	7	3	4	
5	8	5	7	4	7	2	6	9	3	4	7	4	2	9	8	4	3	7	5	8	3	
3	4	6	5	7	4	3	5	5	4	2	9	6	2	4	2	9	2	7	2	5	8	
5	2	3	9	3	5	3	2	8	2	9	8	9	4	2	8	7	8	5	4	3	5	
3	4	9	2	4	8	5	2	9	6	4	4	7	6	7	5	6	9	8	6	4	7	
4	9	6	3	4	9	4	8	6	5	7	4	9	3	2	4	7	4	9	8	3	8	
8	4	7	8	9	3	9	3	7	6	5	2	4	4	3	4	8	7	3	9	2	4	

бланк № 3

СЧЕТ ПО КРЕПЕЛИНУ

Дата____

Фамилия И.О.

+	3	4	3	4	4	6	6	2	4	4	7	3	8	4	8	9	6	7	0	9	8	7	4
	2	5	9	7	8	3	2	4	7	6	5	3	4	4	4	7	9	7	3	8	9	2	4
	9	13	5	16	5	6	12	8	11	9	4	14	4	16	4	9	9	16	4	9	11	8	Н
	3	5	4	7	3	2	8	4	2	8	3	7	2	9	3	3	6	7	2	9	4	6	4
.	9	5	4	5	2	9	6	7	3	7	6	3	2	9	6	5	9	4	7	4	7	9	3
+	2	9	8	7	2	9	4	8	4	4	5	4	4	8	7	2	5	9	2	2	6	7	4
	9	6	П	4	9	12	7	17	9	12	9	7	12	9	7	10	6	15	5	7	17	6	7
	7	2	5	3	4	8	3	9	7	3	2	3	4	9	2	6	4	8	3	4	9	4	3
+	8	6	3	7	6	6	9	2	9	4	8	2	6	9	4	4	7	6	9	3	7	6	2
	9	5	9	3	4	8	4	5	6	7	5	4	3	4	8	9	4	7	7	9	6	3	4
8	8	11	7	П	9	7	5	6	14	8	6	9	10	2	9	8	13	5	7	7	13	11	
~	3	4	6	5	7	3	4	j	2	5	4	3	5	6	2	4	2	9	2	7	2	5	8
+	5	2	3	9	3	4	5	3	2	8	2	9	8	9	4	2	8	7	8	5	4	3	5
	3	4	9	2	4	7	8	5	2	9	6	4	4	7	6	7	5	6	9	8	6	4	7
-	8	9	13	8	9	13	9	13	8	7	П	7	4	9	7	3	4	15	11	9	17	3	12
	4	4	7	3	4	4	3	9	3	2	5	5	2	4	3	2	4	8	7	3	9	2	4

СУЩЕСТВЕННЫЕ ПРИЗНАКИ

1. Сад (растения, садовник, собака, забор, земля).
2. Река (берег, рыба, рыболов, тина, вода).
3. Город (автомобиль, здание, толпа, улица, велосипед).
4. **Сарай** (сеновал, лошади, крыша, скот, стены).
5. **Куб** (углы, чертеж, сторона, камень, дерево).
6. **Деление** (класс, делимое, карандаш, делитель, бумага).
7. **Чтение** (глаза, книга, картинка, печать, слово).
8. **Игра** (карты, игроки, штрафы, наказания, правила).
9. **Война** (самолет, пушки, сражения, ружья, солдаты).
10. **Кольцо** (диаметр, алмаз, проба, округлость, золото).
11. **Газета** (правда, происшествие, кроссворд, бумага, редактор).
12. **Книга** (рисунки, рассказ, бумага, оглавление, текст).
13. **Пение** (звон, искусство, голос, аплодисменты, мелодия).
14. **Землетрясение** (пожар, смерть, колебания почвы, шум, наводнение).
15. **Библиотека** (столы, книги, читальный зал, гардероб, читатели).
16. **Лес** (почва, грибы, охотник, деревья, волк).
17. Спорт (медаль, оркестр, состязания, победа, стадион).
18. **Больница** (помещение, уколы, врач, градусник, больные).
19. **Любовь** (розы, чувства, человек, свидание, свадьба).
20. **Патриотизм** (город, друзья, родина, семья, человек).

ПРОСТЫЕ АНАЛОГИИ

1.	Лошадь	Корова
	Жеребенок	Пастбище, рога, молоко, теленок, бык
2.	Тонкий	Безобразный
	Толстый	Красивый, жирный, грязный, урод, веселый
3.	Свинец	Пух
	Тяжелый	Трудный, перина, перья, легкий, куриный
4.	Ложка	Вилка
	Каша	Масло, нож, тарелка, мясо, посуда
5.	Яйцо	Картофель
	Скорлупа	Курица, огород, капуста, суп, шелуха
6.	Коньки	Лодка
	Зима	Лед, каток, весло, лето, река
7.	Ухо	Зубы
	Слышать	Видеть, лечить, рот, щетка, жевать
8.	Собака	Щука
	Шерсть	Овца, ловкость, рыба, удочки, чешуя
9.	Пробка	Камень
	Плавать	Пловец, тонуть, гранит, возить, каменщик
10.	Чай	Суп
	Сахар	Вода, тарелка, крупа, соль, ложка
11.	Дерево	Рука
	Сук	Топор, перчатка, нога, работа, палец
12.	Дождь	Мороз
	Зонтик	Палка, холод, сани, зима, шуба
13.	Школа	Больница
	Обучение	Доктор, ученик, учреждение, лечение, больной
14.	Песня	Картина
	Глухой	Хромой, слепой, художник, рисунок, больной
15.	Нож	Стол
	Сталь	Вилка, дерево, стул, пища, скатерть
16.	Рыба	Муха
	Сеть	Решето, комар, комната, жужжать, паутина
17.	Птица	Человек
	Гнездо	Люди, птенец, рабочий, зверь, дом

бланк № 5Б

18. Хлеб _____ Дом _____
Пекарь Вагон, город, жилище, строитель, дверь
19. Пальто _____ Ботинок _____
Пуговица Портной, магазин, нога, шнурок, шляпа
20. Коса _____ Бритва _____
Трава Сено, полосы, острая, сталь, инструмент
21. Нога _____ Рука _____
Сапог Галоши, кулак, перчатка, палец, кисть
22. Вода _____ Пища _____
Жажда Пить, голод, хлеб, рот, еда
23. Электричество _____ Пар _____
Проволока Лампочка, ток, вода, трубы, кипение
24. Паровоз _____ Конь _____
Вагоны Поезд, лошадь, овес, телега, конюшня
25. Алмаз _____ Железо _____
Редкий Драгоценный, железный, твердый, сталь, обычный
26. Бежать _____ Кричать _____
Стоять Молчать, ползать, шуметь, звать, плакать
27. Волк _____ Птица _____
Пасть Воздух, клюв, соловей, яйцо, пение
28. Растение _____ Птица _____
Семя Зерно, клюв, соловей, пение, яйцо
29. Театр _____ Библиотека _____
Зритель Актер, книги, читатель, библиотекарь, любитель
30. Утро _____ Зима _____
Ночь Мороз, день, январь, осень, сани
- 31- Нога _____ Глаза _____
Костыль Галка, очки, слезы, зрение, нос
32. Утро _____ Зима _____
Ночь Мороз, день, январь, осень, сани

ПРОСТЫЕ АНАЛОГИИ

1. Ложка _____ Вилка _____
Каша Масло, нож, тарелка, мясо, посуда
2. Лошадь _____ Корова _____
Жеребенок Пастбище, рога, молоко, теленок, бык
3. Ухо _____ Зубы _____
Слышать Видеть, лечить, рот, щетка, жевать
4. Нож _____ Стол _____
Сталь Вилка, дерево, стул, пища, скатерть
5. Волк _____ Птица _____
Пасть Воздух, клюв, соловей, яйцо, пение
6. Дождь _____ Мороз _____
Зонтик Палка, холод, сани, зима, шуба
7. Яйцо _____ Картофель _____
Скорлупа Курица, огород, капуста, суп, шелуха
8. Яблоня _____ Капуста _____
Сад Картошка, цветы, огород, кочан, борщ
9. Хлеб _____ Дерево _____
Нож Вилка, пень, пила, лес, кора
10. Собака _____ Птица _____
Лай Рычание, клюв, соловей, яйцо, пение
11. Плавать _____ Летать _____
Вода Рыба, высоко, птица, пух, воздух
12. Собака _____ Щука _____
Шерсть Овца, ловкость, рыба, удочка, чешуя

бланк № 6Б

- | | |
|--------------|---|
| 13. Нога | Рука |
| Сапог | Рукав, кулак, перчатка, палец, кисть |
| 14. Птица | Человек |
| Гнездо | Люди, птенец, рабочий, зверь, дом |
| 15. Театр | Библиотека |
| Зритель | Актер, книги, читатель, библиотекарь,
любитель |
| 16. Рыба | Муха |
| Сеть | Решето, комар, комната, жужжать, паутина |
| 17. Хлеб | Дом |
| Пекарь | Вагон, город, жилище, строитель, дверь |
| 18. Бежать | Кричать |
| Стоять | Молчать, ползать, шуметь, звать, плакать |
| 19. Растение | Птица |
| Семя | Зерно, клюв, соловей, яйцо, пение |
| 20. Коньки | Лодка |
| Зима | Лед, каток, весело, лето, река |
| 21. Вода | Пища |
| Жажда | Пить, голод, хлеб, рот, еда |
| 22. Утро | Зима |
| Ночь | Мороз, день, январь, осень, сани |
| 23. Песня | Картина |
| Глухой | Хромой, слепой, художник, рисунок, больной |

ПРОСТЫЕ АНАЛОГИИ (Инвентивная форма)

«————»————г. Фамилия И.О.————

Придумайте для каждой строчки четвертое слово, которое так должно быть связано по смыслу с третьим, как второе с первым.

Например: лампа свет—————печка? (тепло)—————

1. День	обед;	вечер
2. Инструмент	работа;	кукла
3. Охотник	ружье;	рыбак
4. Большой	маленький;	сытый
5. Слово	буква;	лом
6. Июль	лето;	апрель
7. Горячий	холодный;	теплый
8. Лимон	кислота;	конфета
9. Дождь	сырость;	жара
10. Ласточка	быстрота;	черепаха
13. Луг	трава;	лес
14. Инвалид	костыль	
15. Чулки	штопать;	ппе. жла
16. Свет	тьма;	молчание
17. Лиса	хитрость;	лев
18. Палец	кольцо;	ухо
19. Вулкан	землетрясение;	река
20. Минута	час;	час
21. Школа	ученик;	больн ица
22. Задача	решение;	Вопрос
23. Колос	зерно;	соты
24. Еда	обжорство;	мно
25. Художник	картина;	писатель
26. Поезд	рельсы;	яитомпбилк
27. Море	вода;	небо
28. Колбаса	мясо;	
29. Океан	капля;	толпа
30. Магазин	продавец;	библиотека
31. Море	река;	площадь
32. Часы	время;	градусник
33. Война	мир;	буря
34. Человек	западня;	муха
35. Глухой	зрение;	слепой

СЛОЖНЫЕ АНАЛОГИИ

- а) Овца — стадо**
- б) Малина — ягода**
- в) Море — океан**
- г) Свет — темнота**
- д) Отравление — смерть**
- ж) Враг — неприятель**

испуг — бегство

слово — фраза

физика — наука

бодрость — вялость

правильно — верно

свобода — независимость

месть — поджог

праздность — безделье

бережливость — скупость

глава — роман

десять — число

покой — движение

грядка — огород

прохлада — мороз

похвала — брань

обман — недоверие

пара — два

пение — искусство

С Р А В Н Е Н И Е П О Н Я Т И Й

- | | |
|--|------------------------------|
| 1. Утро — вечер | 16. Ворона — воробей |
| 2. Корова — лошадь | 17. Волк — луна |
| 3. Летчик — танкист | 18. Молоко — вода |
| 4. Лыжи — коньки | 19. Ветер — соль |
| 5. Трамвай — автобус | 20. Золото — серебро |
| 6. Озеро — река | 21. Сани — телега |
| 7. Река — птица | 22. Очки — деньги |
| 8. Дождь — снег | 23. Воробей — курица |
| 9. Поезд — самолет | 24. Кошка — яблоко |
| 10. Ось — оса | 25. Вечер — утро |
| 11. Обман — ошибка | 26. Дуб — береза |
| 12. стакан — петух | 27. Голод — жажда |
| 13. Маленькая девочка —
 большая кукла | 28. Сказка — песня |
| 14. Ботинок — карандаш | 29. Корзина — сова |
| 15. Яблоко — вишня | 30. Картина — портрет |

ТЕКСТ ЭББИНГАУЗА

г. Фамилия И.О.

Над городом низко повисли снеговые
Вечером началась _____ Снег повалил
большими _____ Холодный ветер выл как
_____ дикий _____ На конце
пустынной и глухой _____ вдруг показалась
какая-то девочка. Она медленно и с _____
пробиралась по. _____ Она была худа и
бедно _____ Она подвигалась медленно вперед,
валенки хлябали и _____ ей идти. На ней было
плохое _____ с узкими рукавами, а на
плечах _____ Вдруг
девочка _____ и, наклонившись, начала
что-то _____ у себя под ногами. Наконец
она стала на _____ и своими посиневшими
от _____ ручонками стала _____ по сугробу.

ТЕКСТ ЭББИНГАУЗА (II вариант)

г. Фамилия

Однажды Генрих IV, французский.
потерял на охоте из виду свою____
и принужден был один_____
в Париж. На большой_____ он увидел
простого_____, который_____ также
в столицу. Король остановил своего_____
и_____ к мужику с вопросом: «Зачем ты
_____ в город?» — «Я хочу_____
своего сына, да сверх того, мне хотелось бы_____
короля, который так любит своих;_____
говорят, что он очень_____»
Но как его_____ в толпе? Не будете ли вы
добры_____ мне его?» —
«Когда народ_____ своего короля, — отвечал
Генрих, — то каждый_____ шляпу; знай:
кто не_____ шляпы, тот и король». Увидавши
своего_____ в городе, все парижане сняли
_____, только король и мужик были
в шляпах. «Кто же из нас обоих_____?» —
спросил мужичок с удивлением.

ПРОТИВОПОЛОЖНОСТИ

Дата _____ Фамилия И.О. _____

Против каждого из данных слов напишите слово
противоположного значения

- | | |
|-----------------------|---------------------|
| 1. Тупой _____ | 24. Беречь _____ |
| 2. Тонкий _____ | 25. Разрешать _____ |
| 3. Грязный _____ | 26. Скупой. |
| 4. Исчезновение. | 27. Починять. |
| 5. Чужой _____ | Ж Порицание |
| 6. Низ _____ | 29. Голод _____ |
| 7. Крупный. _____ | 30. Забывать _ |
| 8. Враг _____ | 31. Легко _____ |
| 9. Младший | 32. Победа |
| 10. Отталкивать _____ | 33 - Бодрость _ |
| 11. Удаление _____ | 34. Просторно |
| 12. Высокий _____ | 35 - Приказывать. |
| 13. Внешний. | 36. Исключительный |
| л ^ | 37. Мирить _____ |
| 14. Твердый _____ | л н |
| лг - | 38. Неуклюжий |
| 15. Сухой _____ | 39. Разрушать |
| л ~ | л у Р/ |
| 16. Красивый _____ | 40. Суживать _____ |
| л ж | * |
| 17. Исправление _____ | 41. Спешить _____ |
| л w | |
| 18. Множить _____ | 42. Горе _____ |
| 19. Бомкий _____ | л у |
| л ж | 44. Наступление |
| 20. Спокойствие _____ | л р |
| 22. Меньшинство _____ | 45 - Ис_тм_на _____ |
| 23. Поднимать _____ | 46 - Скрытность.. |

бланк № 12

ЗАУЧИВАНИЕ 10 СЛОВ

Дата ____

Фамилия И.О. _____

№ повторений	пыль	шар	зима	дом	муха	лист	кольцо	сыр	вода	зонт	Кол-во слов	Добавочные слова	Примечание
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
через час													

10 -

9 -

бланк № 13

ЗАУЧИВАНИЕ 10 СЛОВ

Дата _____

Фамилия И.О. _____

№ ПОВТОРЕНИЙ	арбуз	КИСТЬ	море	кот	река	мед	кирпич	ЖУК	король	ДЕНЬ	КОЛ-ВО СЛОВ	ДОБАВОЧНЫЕ СЛОВА	ПРИМЕЧАНИЕ
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
ЧЕРЕЗ ЧАС													

10 -

9 -

8 -

7 -

6 -

5 -

4 -

3 -

2 -

1 -

Т I I I I I Г
1 2 3 4 5 6 7

бланк № 14

ЗАУЧИВАНИЕ 10 СЛОВ

Дата _____

_____ Фамилия И.О.

№ ПОВТО- рений											Кол-во слов	Доба- вочные слова	Примечание
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
через час													

ю -
9 "
8 "
7 -
6 -
5 -
4 -
3 -
2 -

1 2 3 4 5 6 7

О Т Ы С К И В А Н И Е Ч И С Е Л
П Р О Т О К О Л

« _____ » _____ г. **Фамилия И.О.** _____

Таблица	Время в секундах	Примечания
1		
2		
3		
4		
5		

**КЛАССИФИКАЦИЯ ПРЕДМЕТОВ
ПРОТОКОЛ**

«_____» _____ г. **Фамилия И.О.**

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

**ИСКЛЮЧЕНИЕ ПРЕДМЕТОВ
ПРОТОКОЛ**

«_____» _____ г. **Фамилия И.О.**

Номер карточки, вопросы и возражения экспериментатора	Исключаемый предмет	Объяснения больного

**МЕТОДИКА ВЫГОТСКОГО - САХАРОВА
ПРОТОКОЛ**

«_____» _____ г. **Фамилия И.О.**

Порядк. № хода	Предположения испытуемого	Действия по выклады- ванию фигур	Фигура, открываемая экспериментатором, и его замечания

**СУЩЕСТВЕННЫЕ ПРИЗНАКИ
ПРОТОКОЛ**

«_____» _____ г. **Фамилия И.О.**

Номер задачи и вопросы экспериментатора	Ответы испытуемого	Объяснения и мотивировки испытуемого

**ПРОСТЫЕ АНАЛОГИИ
ПРОТОКОЛ**

«_____» _____ г. **Фамилия И.О.**

Номер задачи	Ответ	Объяснение

**СООТНОШЕНИЕ ПОСЛОВИЦ,
МЕТАФОР И ФРАЗ
ПРОТОКОЛ**

«————» г. **Фамилия И.О.**

Пословицы, метафоры № карточки	Подобранные фразы	Объяснение испытуемого

**ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫЕ СОБЫТИЯ
ПРОТОКОЛ**

«_____» _____ г. **Фамилия И.О.**

Название серии и замечания экспериментатора	Раскладка	Объяснение испытуемого

**ОТВЕТНЫЕ АССОЦИИИ
ПРОТОКОЛ**

« ____ » _____ г. **Фамилия И.О.**

Слова	Время (в секундах)	Ответ

ОБУЧАЮЩИЙ ЭКСПЕРИМЕНТ
КЛАССИФИКАЦИЯ ФИГУР
ПРОТОКОЛ

« _____ » _____ г. **Фамилия И.О.**

Этапы	Действия испытуемого	Примечание
Ориентировочный этап	<i>Основное задание</i>	
I задача		
Уроки 1-й		
2-й		
3-й		
Словесная формулировка		
II задача		
Уроки 1-й		
2-й		
3-й		
Словесная формулировка		

Этапы	Действия испытуемого	Примечание
III задача		
Уроки 1-й		
2-й		
3-й		
Словесная формулировка		
<i>Аналогичное задание</i>		
I задача		
Уроки 1-й		
2-й		
3-й		
Словесная формулировка		
II задача		
Уроки 1-й		
2-й		
3-й		
Словесная формулировка		
III задача		
Уроки 1-й		
2-й		
3-й		
Словесная формулировка		

**ОПОСРЕДОВАННОЕ ЗАПОМИНАНИЕ
(ПО ЛЕОНТЬЕВУ)
ПРОТОКОЛ**

«_____» _____ г. **Фамилия И.О.**

Слова	Выбираемая карточка	Объяснение связи для запоминания	Воспроизведение	Объяснение связи

**ПИКТОГРАММА
ПРОТОКОЛ**

«——» _____ г. **Фамилия И.О.**

Заданные выражения	Рисунок	Объяснение	Воспроизведение спустя час

Рубинштейн Сусанна Яковлевна
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДИКИ ПАТОПСИХОЛОГИИ

Художественный редактор **Л. Савченко**
Технический редактор **С. Бобко**
Компьютерная верстка **Л. Косарева**
Корректор **В. Авдеева**

Налоговая льгота — общероссийский классификатор
продукции ОК-005-93, том 2; 953000 — книги, брошюры.

Подписано в печать с готовых диапозитивов 22.11.99.
Формат 70х100 Гарнитура «Тайме*».
Печать офсетная. Усл. печ. л. 36,4.
Тираж 5000 экз. Заказ 3735.

Над. лиц. № 065377 от 22.05.97.
ЗАО «Издательство «ЭКМО-Пресс»,
125190. Москва, Ленинградский проспект, д. 80, корп. 16, подъезд 3.

АООТ «Тверской полиграфический комбинат»
170024, г. Тверь, пр-т Ленина, 5.

Ж