

А.Р.ЛУРИЯ

О ПРИМЕНЕНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ТЕСТОВ
В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Москва

1973

О ПРИМЕНЕНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ТЕСТОВ В КЛИНИЧЕСКОЙ

ПРАКТИКЕ

А.Р.Лурия

1.

В последнее время в психиатрической и неврологической клинике отмечается нарастание интереса к применению психологических тестов для диагностических целей.

Это нельзя не приветствовать.

Совершенно естественно, что клиника должна располагать большим набором стандартизованных, хорошо проверенных и достаточно надежных проб, которые можно было бы проводить в сравнимых условиях, значение которых было бы отчетливо понятным и результаты которых — если это только возможно — были бы доступны для измерения.

Именно в силу этого применение психологических тестов в психиатрической и неврологической клинике в западно-европейских странах (в том числе и социалистических) имеет большое распространение и на разработку и проверку таких тестов затрачиваются очень большие средства.

Вряд ли можно представить себе терапевтическую или урологическую клинику без четко отработанных приемов исследования крови или мочи, дающих индикаторы, которые можно однозначно истолковать. Вряд ли можно представить себе неврологическую клинику без использования хорошо проведенных проб на описание (и даже измерение) движений, рефлексов, тонуса, чувствительности, остроты и поля зрения, особенностей слуха на тоны различной высоты. Не пользоваться этими пробами (или — что то же самое — тестами) значило бы отказываться от применения в клинических целях прогресса науки и откидывать медицину далеко назад.

Однако — несмотря на это самоочевидное положение, применение кратких (практически доступных), стандартизированных и адекватных клиническим задачам проб (или тестов), к сожалению часто ограничивается лишь пределами относительно элементарных индикаторов. Анализ сложных форм сознательной деятельности больного, его познавательных, волевых и эмоциональных процессов, которые часто имеют решающее значение для психиатрической клиники, клиники неврозов, а нередко и для неврологической клиники, — лишь очень мало использует проверенные и стандартизированные приемы исследования, и описание психических состояний больного, как и сложнейших форм его интеллектуальной деятельности часто передоверяется личному опыту врача, его способности к наблюдению фактов и нередко остается в пределах их субъективного истолкования.

Не требует повторения то основное положение, что клинические наблюдения опытного врача, его умение синтетически оценивать личность и интеллектуальные особенности больного, составляют основу для диагностики не только психических и нервных, но часто и соматических заболеваний (1,2) и, что без клинического опыта врача медицина превратилась бы в набор лабораторных проб, которые вряд ли привели к клиническому синтезу наблюдаемых фактов. Однако, отказываться от системы хорошо отобранных и проверенных, и стандартизированных проб (или тестов), соответствующих клиническим задачам, ограничивать их применение лишь соматической сферой, не перенося точные приемы исследования и на сложнейшие формы психической деятельности, — значило бы лишать психиатра и невропатолога той системы вспомогательных средств, которые могли бы позволить ему уточнить клиническое исследование, а иногда и получить ценные факты, которые нельзя обнаружить путем простого исследования.

Настороженность к применению психологических тестов, которая была вызвана в нашей стране почти сорок лет назад в связи с неправильным (а подчас и легкомысленным) применением порочных педологических тестов и анкет, - вполне оправдана. Однако столь же естественно желание врачей получить дополнительные опоры для своей диагностической работы в стандартизированных приемах клинико-психологического исследования, которые давали бы ему возможность выйти за пределы интуитивного опыта и опереться в диагностике изменения высшей корковой деятельности и психических заболеваний на надежные и объективные системы вспомогательных средств.

Эта потребность привлечь к клиническому исследованию больного хорошо проверенные и стандартизированные психологические тесты нередко принимает формы, которые также могут вызвать известную настороженность.

Некоторые врачи считают возможным непосредственное использование для своей клинической практики ряд зарубежных психологических или психометрических тестов, широко используемых в общей психологии или столь же широко применяемых на Западе и в американской "клинической психологии", лишь несколько "адаптировав" их и "приспособив" их к нашим условиям.

Такое предположение является глубоко неправильным, и как разработка, так и применение психологических тестов для клинической диагностики является неизмеримо более сложной задачей.

Каждый "диагностический тест" должен строго соответствовать тем задачам, которые ставит клиника; он должен быть обоснован соответствующей научной теорией психологических процессов, иначе говоря - иметь свою подлинно научную основу, отражающую представ-

ления современной материалистической психологии (а не те взгляды, из ю которых исходят отжившие или чуждые науке психологические концепции). За каждой системой тестов стоит своя теория, иногда - своя идеология, и именно это не следует забывать, пытаясь ограничиться простым перенесением в нашу практику принятых на Западе "психологических тестов".

Остановимся на обоих упомянутых условиях подробнее.

Терапевтическая, психиатрическая клиника и клиника психоневрозов ставит перед исследователем иные задачи, чем те, которые ставит неврологическая или нейрохирургическая клиника; совсем иные практические задачи ставятся перед исследователем в дефектологической клинике, изучающей различные формы умственной отсталости и аномалии развития ребенка. Естественно, что те задачи, которые ставят перед исследователями все эти отрасли медицины, должны придавать практическому клинико-психологическому исследованию различные аспекты и привлекать неодинаковые формы психологической теории.

Терапевтическая клиника ставит перед психологом вполне четкие задачи: психолог может помочь терапевту, определив тип нервной деятельности больного, степень его реактивности на болезнь, описав, как больной обобщает свое заболевание и как он относится к нему. Именно это создает ту "внутреннюю картину болезни" (1), без оценки которой диагноз и прогноз заболевания останется неполноценным.

Близкие задачи возникают и в клинике психоневрозов. Здесь ведущее место занимает объективная оценка реактивности больного, система его отношения к окружающим и к своей болезни (2), анализ его конфликтов и эмоциональных реакций.

Отличные задачи ставит перед исследованием психической деятельности больного психиатрическая клиника. Совершенно естественно, что ведущее место в ней занимают требования объективного, надежного анализа познавательных процессов больного, характерные черты его адекватного отражения действительности, используемых им систем обобщения, анализ тех отклонений в системе связей, которыми оперирует больной, наконец - объективная оценка его мнестических и аффективных процессов. Именно эти стороны психологического исследования были детально разработаны советскими психологами (4,5,6,7,8), которые предложили важные научно-обоснованные методы экспериментально-психологического анализа для сторон психической деятельности больных.

Совершенно иные задачи выдвигает неврологическая и нейрохирургическая клиника. Применяя строго проверенные и надежные методы изучения чувствительной, двигательной и рефлекторной сферы, она испытывает острую нужду в столь же объективных и надежных приемах анализа тех изменений высших психических процессов, которые возникают в результате локальных поражений мозга и которые не могут быть вскрыты обычными приемами неврологического исследования. Эта задача становится особенно острой потому, что едва ли две трети юрновых зон больших полушарий не связаны с функциями чувствительности, с двигательной или рефлекторной сферой, и поражения этих зон приводят к изменению сложнейших форм психической деятельности (гнозиса и праксиса, речи и мышления, регуляции психических процессов и т.д.). Вот почему неврологу и нейрохирургу особенно важно получить симптомы поражения этих (вторичных и третичных) зон мозговой коры, и советская нейропсихология выработала целую систему объективных приемов, позволяющих квалифициро-

вать изменения этих форм психической деятельности и указать на их топическое значение (9,10,11,12,13) или научно обосновать приемы восстановления тех дефектов, которые были вызваны очагом (14,15,16).

Естественно, что задачи, которые ставит перед психологическим исследованием клиника аномального детства и дефектология - иные. Центральным для этой клиники является дифференциальная диагностика между первичной умственной отсталостью (олигофренией), задержками развития, наступающими в результате инфантилизма или астенического синдрома, педагогической запущенности или тех вторичных и обратимых дефектов интеллектуального развития, которые могут возникнуть в результате ранних нарушений слуха или эффективных расстройств. И эта задача была отражена в советской психологии, поставившей проблему такой дифференциальной диагностики прогностики (17,18,19,20) и предложившей ряд методов изучения особенностей умственного развития при каждой из этих клинических форм (21,22,23).

Легко видеть, насколько различны те задачи, которые ставятся различными отраслями клинической медицины перед клинико-психологическим исследованием. Следует, вместе с тем и отметить, что научному разрешению этих задач, разработка методов адекватного качественного анализа тех изменений в психической деятельности, которые возникают при каждом из указанных видов нарушений, участвовало большое число советских психологов, целиком исходивших из теоретических представлений материалистической советской психологии, основы которой были разработаны такими психологами как Л.С.Виготский, А.Н.Леонтьев, А.А.Смирнов и достижения которой

признаны во всем мире. Большинство этих клинико-психологических исследований тщательно разработали приемы качественного психологического анализа измененных форм психической деятельности, а некоторые из них даже выделили научные приемы их объективного исследования, практически применяемые в клинике (тесты исследования, обобщения, классификации, тесты на опосредствованное запоминание, приемы аналитического исследования гнозиса, праксиса и речи и т.п.). Все эти исследования создали хорошую базу для научно-обоснованной разработки стандартизованных и допускающих измерение клинико-психологических тестов, за которыми стоит полноценная теория материалистической психологии и которые несомненно будут иметь большое практическое значение. Следует отметить, что не все стороны клинико-психологического исследования одинаково разработаны в советской нейро- и патопсихологии, а если разработка методов объективного изучения гнозиса, праксиса, речи и познавательной деятельности уже продвинулась далеко вперед, то другие разделы (напр. методы объективного исследования личности и аффективной сферы) остаются еще очень недостаточно разработаны.

2.

То, что было сказано выше, достаточно показывает, насколько сложны и разнообразны те задачи, на которые должно ответить применение объективных психологических методов исследования, проводимых с диагностической целью в различных отраслях медицины, и насколько внимательно следует относиться к тому, чтобы эти приемы практического психологического исследования были научно обоснованы.

Возникает естественный вопрос: можно ли заполнить пробел в разработке советских приемов практических методов диагностического исследования больных прямым переносом тестов, разработанных в зарубежной "клинической психологии"? В какой мере мы можем использовать их и как мы должны подходить к условиям их практического применения?

Следует прежде всего отметить одно коренное отличие приемов клинико-психологического исследования больных, разработанных в советской нейро- и патопсихологии от тех тестов, которые широко применяются на Западе и в американской психологической практике.

Приемы, которые были разработаны в советской нейро- и патопсихологии всегда исходили из общей теории материалистической психологии, из ее понимания структуры психической деятельности человека; они были прежде всего направлены на разработку теоретически обоснованных приемов исследования, обеспечивали качественный анализ получаемых результатов и лишь во вторую очередь ставили вопрос об измерении полученных данных.

Применяемые на Западе "психологические тесты" шли принципиально иным путем. Они, как правило, оставались беспечными в отношении теоретической обоснованности применяемых приемов, нередко исходили из устаревших или недостаточно осознанных (а иногда и явно неприемлемых, психологических позиций, многократно утверждая, что их тесты носят чисто эмпирический характер и в основном были озабочены тем, чтобы измерение получаемых данных были измеримы, сравнительно мало заботясь об их научном качественном анализе. Естественно, что если аппарат их статистической обработки обеспечивал достаточно достоверность получаемых резуль-

тетов, то научная психологическая квалификация их адекватности очень часто оставалась необеспеченной.

Обратимся к их специальному рассмотрению.

Тесты - или иначе говоря краткие и стандартизированные психологические испытания, применяемые для диагностических целей, можно разбить на три основные группы.

К первой из них относятся известные тесты Бинэ (введенные в 1905 году), и позднее видоизмененные Термэном, - открывшие в психологии эпоху применения измерительных "психометрических тестов". Их задача заключалась в том, чтобы "измерить умственную одаренность" детей и выразить результат этого измерения в одном суммарном показателе - "интеллектуальном возрасте" (). Для этой цели Бинэ - сам крупный психолог - предложил подобрать группы интеллектуальных заданий, каждая из которых успешно решалась бы двумя третями детей соответствующего юзроста. Подбор этих задач носил чисто эмпирический характер и никто из психологов более чем за полвека их применения не брался сказать, какие именно стороны психической деятельности эти тесты измеряют. Существенным был самый прием оценки получаемых с помощью этих тестов результатов: если ребенок решал все задачи, соответствующие его паспортному возрасту - его "интеллектуальный коэффициент" оценивался как 100; если он решал лишь 70% соответствующих задач - его "интеллектуальный коэффициент" оценивался как 70; если, кроме соответствующих его возрасту заданий, он решал еще и некоторое число заданий, рассчитанных на следующую возрастную группу - его "интеллектуальный коэффициент" соответственно оценивался как 120, 130 или 150. Применение тестов Бинэ было значительным успехом для

своего времени и еще сейчас подобные тесты могут быть использованы для предварительной ориентировки в популяции детей определенного возраста (19).

Однако, результаты этих тестов не имели ни точного диагностического, ни тем более прогностического значения: пониженный коэффициент IQ мог быть как результатом легкой умственной отсталости, так и следствием астенизации ребенка, временной задержки развития, снижения слуха, затрудняющего дальнейшее интеллектуальное развитие и т.д. Вот почему применение подобных тестов должно было сопровождаться тщательной дальнейшей работой по психолого-педагогической квалификации характера выявленной задержки, изучения ее природы и причин (17, 18, 21, 22, 23); вот почему Л.С. Выготский (17), дав критический анализ этих тестов, предложил сравнивать те результаты, которые ребенок дал самостоятельно, с теми результатами, которые он дает с помощью учителя, оценивая таким путем "зону ближайшего развития ребенка".

Применение тестов Бинэ во всех его вариантах имело и еще одну особенность. Полученные с помощью этих тестов показатели вскрывали не "природную одаренность", а целый сложный комплекс психических особенностей и умений ребенка, который являлся результатом социальных влияний. Вот почему дети обеспеченных классов давали здесь лучшие показатели, чем дети необеспеченных классов и негритянские дети. Именно поэтому тесты Бинэ и их разновидности часто использовались в классовых и расистских целях, оправдывая "пониженную одаренность" детей низших слоев населения и народов, живущих в отсталых условиях. Именно в связи с этим прогрессивные ученые выступали против того, чтобы применять результаты этих

тестов для определения дальнейшей судьбы ребенка, как это часто делалось в Англии и в США (24), и их борьба против практики этих тестов имела заметный успех.

Легко видеть, что механический перенос этих тестов в клинику имеет весьма малую ценность, и использование этих тестов, созданных для других целей, в клиническую практику вряд ли может обогатить ее.

Вторую группу составляют тесты, которые заранее отказываются от выражения уровня интеллектуального развития в одном суммарном показателе и предлагают выразить свои результаты в раздельном изучении отдельных сторон психической деятельности с тем, чтобы выразить получаемые данные в соответствующем "психологическом профиле".

Сюда относится "метод психологических профилей", предложенный в 1910 году московским неврологом Г.И.Россолимо (25), серия приемов клинико-психологических исследований, разработанная известным московским психиатром А.Н.Бернштейном (26) и, наконец, получившая широкое распространение серия тестов, разработанных гораздо позднее американским психологом Векслером (27). Тесты, входящие в эти серии, состояли из группы задач, каждая из которых, как предполагалось, изучает одну из "сторон" психической деятельности как напр. "внимание", "запоминание", "сообразительность", "воля" в тестах Россолимо или как "общая осведомленность", "ориентировка в жизненной ситуации", "сравнение и определение понятий", "решение арифметических задач", "конструктивная деятельность" и т.д. в тестах Векслера.

Применяемые задачи отбираются на основании очень тщатель-

ного статистического "взвешивания", а уровень развития соответствующих "способностей" оценивается по числу задач, успешно решаемых испытуемыми.

Нет сомнения в том, что метод "психологических профилей" дает более дифференцированную оценку производимых измерений и поэтому является шагом вперед по сравнению с глобальными "психометрическими тестами", оцениваемыми полученные результаты в одном общем коэффициенте ($r = \text{коэффициент, отражающий отношение "интеллектуального юзраста" к "паспортному юзрасту"} \text{)$).

Однако, ряд моментов препятствует успешному использованию этого второго типа "психометрических шкал" к задачам клинической диагностики больных психиатрической и нервной клиник.

С одной стороны, сам подбор тех рубрик, на которые распадается тесты, входящие в эту систему, еще до сих пор отражает давно отжившие представления об одаренности, как о комплексе психических "способностей", выделение которых очень условно и далеко не всегда совпадает как с современными представлениями о сложном строении психологических процессов, так и с теми аспектами, изучение которых представляет интерес для клиник.

С другой стороны, - что особенно важно - как оценка результатов каждого теста (наличие или отсутствие правильного решения), так и обработка общих результатов (обычно - по числу правильно решенных тестов; носит чисто-количественный характер и совсем лишена того качественного анализа, который представляет для клинического исследования первостепенный интерес. Ведь хорошо известно, что затруднения в выполнении тех или иных тестов могут возникнуть в результате самых различных причин (нестойкость внима-

ния и отвлечение в сторону, недостаточный уровень обобщения, нарушение избирательности психических процессов, их патологическая инертность и т.п.), а следовательно - одни и те же результаты могут скрывать за собой совершенно различную психологическую картину, которая имеет для клинической диагностики решающее значение, далеко превышающее значение данных количественной обработки.

Вот почему чисто-формальное использование данных тестов (как бы точны они ни казались), особенно без тщательного качественного анализа полученных результатов и их "психологической квалификации" (которая может быть проведена только опытным психологом, получившим специальную подготовку), может привести к серьезным ошибкам и ложным выводам.

Третья - и пожалуй наиболее распространенную в клинике - группу представляют так называемые "прожективные тесты", куда относятся такие тесты, как тест Роршаха, ТАТ (), тест Розенцвейга и другие.

Принцип этих тестов заключается в том, что в отличие от выше описанных приемов, они дают испытуемому не строго детерминированные задачи, которые он должен решать, а являются скорее лишь материалом, дающим толчок для самостоятельной творческой деятельности субъекта; этим самым они позволяют в известных стандартизированных условиях проследить, куда направляется воображение больного, какие свободные ассоциации всплывают в его сознании и какие аффективные мотивы скрываются за ними.

Все это, и в частности возможность проследить продуктивную деятельность больного в относительно стандартных условиях, представляет для клинициста несомненный интерес и открывает пути для качественного анализа его психических процессов.

Однако, не следует упускать из вида ряд важных положений, которые ограничивают возможность использования и этих тестов и создают опасность для их некритического применения.

Как за каждым набором тестов, за "проективными тестами" стоит своя теория - и мы могли бы с полным основанием сказать - своя идеология, которая отражается как в их подборе, так и, в особенности, в их интерпретации.

Так за тестом Роршаха бесспорно стоит ряд представлений, рожденных психоанализом, и его основная задача заключается не только в том, чтобы оценить, предпочитает ли испытуемый мыслить деталями или целыми образами, оперирует ли он четкими формами или эмоционально-окрашенными цветами, - но и вскрыть его "аффективные юмплексы", оценить его "интра- и экстравертированность" и т.д. Более того, детально разработанные как самим автором, так и большой серией его последователей "шкалы оценок", юторыми должны подвергаться непосредственно получаемые при исследовании данные, создает лишь иллюзию "стандартизованности" и "точности", и пожалуй больше отвлекает от трудного и творческого анализа наблюдаемых фактов, замещая их формальными квази-числовыми схемами, чем помогает прийти к глубокой "психологической квалификации" наблюдаемых явлений.

Аналогичное можно сказать и о сериях "ТАТ", юторые с успехом могут быть использованы как ценный материал для исследования воображения, но юторые составлены под прямым влиянием ряда представлений об особенностях аффективных мотивов, доминирующих - по мнению американских психиатров - у их больных, и о тестах Резенцвейга, юторые целиком исходят из юнцепций "интравертированнос-

ти - экстравертированности", "агрессивности - подчинения" и т.п.

Именно в силу этого, если использование материала этих тестов вводит в диагностическое исследование больного все преимущества, связанные с возможностью применить однородный материал и ставить испытуемых в относительно сравнимые условия, то механическое перенесение как содержания этих тестов, так, особенно, формальные правила их стандартной обработки (на строгом соблюдении которых особенно настаивают представители американской психологии) скорее уводит в сторону от трудного, но продуктивного пути клинико-психологического анализа, чем обеспечивает его глубину и достоверность.

Нам осталось упомянуть о последней группе приемов, направленных на изучение особенностей личности, которая стоит особняком, прежде всего потому, что она является скорее системой стандартизированного опросника, чем подлинной системой психологических проб.

Примером относящейся сюда группы приемов может служить получивший за последнее время известность набор вопросов, входящий в т. наз. ММРІ (). Этот набор включает в свой состав очень значительное (свыше 500) число косвенных вопросов, ответы на которые могут быть показательными для различных типов испытуемых, или положений, которых должен был оценить испытуемый, сказав справедливы ли они по отношению к нему или нет. Как предполагает автор этой системы, подобный путь может выявить тенденции, симптоматичные для скрытых особенностей личности и тем самым помочь вскрыть эти особенности.

Опросник ММРІ был составлен на основании изучения большого числа больных с различными формами психических заболеваний

(шизофренией, эпилепсией, психоневрозами), причем отношение к входящим в набор вопросам или утверждениям, как предполагалось, может быть типичным для соответствующих форм заболеваний.

Возможность использовать косвенные вопросы, которые непрямим путем вскрывают определенные тенденции личности, сами по себе являются продуктивной, и именно этот прием - с последующим тщательным анализом получаемых ответов был с успехом использован рядом советских психологов (см. Л. И. Божович /28/ и др.), которые с полным основанием противопоставляли их методам прямого опроса или упрощенных анкет, редко дававших достаточно достоверные материалы.

Однако и применение этих приемов не является столь простым, как это может показаться, и как механическое перенесение их в новые условия, так и их стандартная обработка столь же легко уходит в сторону от подлинного психологического анализа, и создает лишь видимость "точного" исследования.

Прежде всего не следует забывать, что и за опросником типа MMPI стоит не столько определенная научная теория, сколько очень смешанный круг положений, частично отражающих ряд бытующих в американской жизни представлений, частично - идей современной американской психиатрии и психоанализа, взглядов на роль интра- и экстраверсии, агрессивности и подчинения и т.п. Этот причудливый клубок представлений выражается в таких положениях, которые испытуемый должен оценить как: "Я хотел бы поехать в Африку охотиться на львов" (который должен вскрыть тенденции к снобизму американских богачей) или "Все полицейские бесчестные" (вопрос, типичный для американских детективов), или: "Я мочусь чаще, чем другие"

(за которым стоит ряд упрощенных психоаналитических представлений). Комическое впечатление создает и такое включение в него положения, оценка которых требуется от испытуемого как "Я не боюсь заразиться какой-нибудь болезнью через дверные ручки" или "Время мне приходят в голову такие нехорошие мысли, что о них лучше не рассказывать", или "Мне нравится чинить дверные замки", или "Будущее кажется мне безнадежным".

Таким образом мысль о том, что перенося весь этот опросник на нашу почву, мы лишь используем его приемы, не перенося скрытую за ними идеологию, - глубоко ошибочна.

Столь же ошибочным является и предположение, что использование этой системы вопросов требует лишь "адаптации" к нашим условиям (которую наивные авторы понимают, как замену слова "полицейский" словом "милиционер" или замену упоминания несуществующих у нас "африканских львов" существующими "уссурийскими тиграми"), - является настолько упрощенным, что создает карикатуру на применение этой системы приемов.

Если, как это уже было упомянуто, принцип "непрямых вопросов", ответы на которые могут быть симптоматичными для отдельных особенностей личности, полностью оправдан, как и идея о стандартизации предлагаемых больному материалов, - то весь процесс применения этих приемов не заменяет тщательный качественный анализ получаемых данных, а предполагает его и может с успехом проводиться лишь руками опытного психолога и лишь на фоне детального клинического изучения больного.

Нетрудно видеть, что за всеми "психологическими" тестами или "системами вопросов" лежит всегда определенная теория (иногда

прикрывающаяся положениями об "эмпирическом" характере применяемых приемов, иногда отражающая чуждые нам представления), а иногда - определенная идеология (зачастую несовместимая с нашими научными взглядами). Поэтому совершенно естественно, что механически переносить^в нашу клиническую практику зарубежные психологические тесты и видеть основное условие их использования лишь в их хорошем переводе или "адаптации" - было бы глубокой ошибкой.

3.

Мы уже говорили о том, что применение психологических тестов как методов исследования, проводимого с диагностической целью может быть использовано в клинической практике лишь для предварительной ориентировки и должно быть включено в систему тщательного, научно обоснованного клинического исследования больного, не замещения этого исследования и не противопоставляясь ему. Такое исследование должно начинаться с клинического изучения тех задач, которые ставит клиника, продолжаться ни в тщательном психологически обоснованном подборе используемого материала и качественном психологическом анализе ("психологической квалификации") получаемых данных и заканчиваться сопоставлением этих данных с результатами клинического исследования.

Мы говорили и о том, что вся работа, связанная как с применением психологических тестов, так и с оценкой получаемых результатов должна проводиться лишь руками опытного психолога или врача, получившего серьезную психологическую подготовку.

Остановимся на этом несколько подробнее.

Существуют два основных условия для продуктивного применения методов психологического исследования (в том числе и психологических тестов) в клинике. Первым является их соответствие тем задачам, которые ставятся клиникой, вторым - их соответствие уровню, на котором находится современная психологическая наука. Нарушение каждого из этих условий неизбежно обрекает применение психологических методов в клинике на неуспех.

Рассмотрим оба условия порознь.

Как мы уже упоминали, каждый вид клинической практики ставит перед психологическим исследованием большое свои, особые задачи, отличные в терапевтической клинике, клинике психоневрозов, психиатрической, неврологической клинике и клинике аномального детства. Мы уже говорили об этом и не будем останавливаться на этом снова.

Естественно, что если психологические тесты не будут соответствовать этим клиническим задачам и будут механически переноситься из одной сферы в другую (например - из общей психологии в психиатрическую клинику или из клиники психоневрозов в неврологическую клинику), - они не будут иметь никакого успеха.

Различие задач, которые ставятся клиникой перед психологией, заставляет идти по принципиально иному пути - по пути выработки специальной логики и специальных приемов психологического исследования, которые соответствовали бы требованиям каждой из упомянутых отраслей медицины.

Именно по этому пути и шла советская психология, в которой была разработана система проблем и методов, отвечающих задачам психологического исследования и психиатрической клинике

(А.Н.Бернштейн (26) в первые десятилетия этого века, и патопсихология Л.С.Выготского (17), Б.В.Зейгарник (4-6), С.Я.Рубинштейн (17), специальные проблемы и методы исследования, отвечающие запросам клиники психоневрозов (В.Н.Мясищев и его психология отношений), специальные пути и методы нейропсихологического исследования, соответствующие насущным задачам нейрохирургии (нейропсихология А.Р.Лурия (9-II), Э.С.Бейн (12), И.М.Тонконового (13) и др.)

Такой путь резко отличается от пути упрощенного и универсального применения "психологических тестов", выработанных на Западе для совершенно иных целей, — и несмотря на то, что этот путь значительно труднее и требует значительно больших усилий и несравненно более высокого уровня научного анализа, — он является единственным путем, гарантирующим успех психологических исследований в клинике.

Вторым условием, необходимым для успешного применения методов психологического исследования в клинике является их соответствие уровню современной психологической науки. Именно в силу этого требования полная теоретическая беспечность зарубежной "тестологии" и ее явное игнорирование теоретически обоснованного анализа психологических процессов делает прямое перенесение ее приемов в клинику безрезультатным и противопоставляет ее тому пути, который был избран советской пато- и нейропсихологией.

За последние 40 лет советская психологическая наука прошла путь существенного развития.

На месте старых, архаических представлений о неделимых далее "психологических функциях" или "способностях" ("внимания", "памяти", "воле"), каждая из ю которых могла быть исследована самостоя-

тельными приемами, сформировалось новое учение о психической деятельности, как отражения действительности и переработке информации, которая проходила длинный путь онтогенетического развития, была построена по схеме сложных функциональных систем, состав которых менялся на каждом этапе онтогенеза. Трудями советских физиологов, развивавших учение И.П.Павлова и разработавших теорию функциональных систем и "физиологии активности" (П.К.Анохин, Н.А.Бернштейн и др.) были сформулированы новые представления о физиологических основах психической деятельности. Работами советских психологов (Л.С.Выготского, А.Н.Леонтьева, А.В.Запорожца, Д.Б.Эльконина, П.Я.Гальперина, А.А.Смирнова, П.И.Зинченко) была создана система новых представлений о сложных формах психического отражения действительности, о строении активной человеческой деятельности, о формировании восприятия и действия, как сложных функциональных систем, об участии речи в переработке информации и построении произвольной деятельности, наконец - о социальной природе сложных психических процессов.

Совершенно естественно, что при этих условиях игнорировать все успехи психологической науки и продолжать оперировать давно устаревшими понятиями "психических функций" и "способностей" было бы столь же нелепо, как было бы поведение физика, отбросившего современное учение о строении частиц и продолжавшего оперировать устаревшими понятиями, сложившимися в 18-ом веке.

Именно этот прогресс психологической науки и учитывает советская психология, позиции которой в корне отличаются от тех упрощенных представлений, которые лежат в основе так называемой "клинической психологии" в Америке, которая заменяет сложный путь "психологической квалификации" психических изменений, возникающих

в результате заболевания, формальным применением тестов, которые дадут лишь кажущуюся точность результатов.

Путь советской патопсихологии, дополняющий работу психиатра и советской нейропсихологии, вносящей вклад в работу невропатолога и нейрохирурга, нелегкий. Он предполагает не только использование рациональных, научно обоснованных приемов психологического исследования (в том числе и психологических тестов), но и тщательный анализ получаемых данных, детальную работу по "психологической квалификации" получаемых симптомов. Естественно, что такой путь требует специальных знаний и умений и может быть обеспечен лишь участием хорошо подготовленных психологов или тех врачей, которые прошли специальную психологическую подготовку (ни в малейшей степени не обеспечиваемую кратким разделом "введения в психологию", включенных в программу медицинских вузов или кратковременными курсами повышения квалификации).

Игнорировать это и думать, что для уточнения диагностики больных в психиатрических и неврологических клиниках достаточно применять серию тестов, заимствованных из практики зарубежной "прикладной психологии", значило бы не подниматься до уровня точной науки, а терять передовые традиции русской и советской медицины и спускаться на тот уровень, на котором находится зарубежная "тестология".

Все сказанное позволяет нам прийти к основным выводам.

Тесты являются одним из существенных "инструментов" экспериментально-психологического исследования; они применимы в любой отрасли практической психологии, в том числе и в клинической диагностике больных в неврологической, нейрохирургической и пси-

хической клиники. Поэтому их использование в клинике практически нужно и теоретически обосновано.

Естественно, что применение тестов для практических клинических целей нужно лишь в тех случаях, где это оправдано клиническими целями (например - для дифференциальной диагностики трудно различимых заболеваний), и ни в каком случае не должно применяться слишком широко, даже и в тех случаях, когда практические проблемы могут быть легко разрешены без таких специальных диагностических приемов.

Однако, применение диагностических тестов обеспечивает успех лишь если они хорошо обоснованы, проводятся на основе правильной психологической теории, сопровождаются тщательным качественным анализом получаемых результатов и прежде всего - проводятся достаточно квалифицированными психологами или врачами, имеющими хорошую психологическую подготовку.

Все это заставляет считать, что наступила пора решить вопрос об обеспечении психологической службы в клинических учреждениях и о подготовке клинических психологов, которые смогли бы квалифицированно вести психологические исследования в клинике, в том числе - квалифицированно применить тесты в диагностических целях.

Библиография

1. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и патогенные заболевания. М., Медгиз, 1942.
2. Кассирский И.А. О врачевании. Москва, "Медицина", 1970.
3. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. Л., Изд-во "Медицина", 1940.
4. Зейгарник Б.В. Патология мышления. М., Изд-во Московского университета, 1962.
5. Зейгарник Б.В. Введение в патопсихологию. М., Изд-во Московского университета, 1969.
6. Зейгарник Б.В. Основы патопсихологии. М., Изд-во Московского университета, 1973.
7. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методы патопсихологии. М., "Медицина", 1970.
8. Поляков Ю.Ф. О патологии познавательных процессов. Сборник "Шизофрения" под ред. А.В. Снежневского. М., "Медицина", 1972.
9. Лурия А.Р. Травматическая афазия. М., Изд-во Академии медицинских наук СССР, 1947.
10. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушение при локальных поражениях мозга. 2-ое издание. М., Изд-во Московского университета, 1969.
11. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М., Изд-во Московского университета, 1973.
12. Бейн Э.С. Афазия и пути ее преодоления. М., "Медицина", 1964.
13. Тонкологий И.М. Введение в клиническую нейропсихологию. Л., "Медицина", 1973.

14. Лурия А.Р. Восстановление функций мозга после военной травмы. М., Изд-во Академии медицинских наук СССР, 1948.
- 15.
16. Цветкова Л.С. Восстановительное обучение больных с локальными поражениями мозга. М., Изд-во "Педагогика", 1972.
17. Выготский Л.С. Избранные психологические исследования. М., Изд-во Академии педагогических наук РСФСР, 1956.
18. Леонтьев А.Н., Лурия А.Р., Смирнов А.А. О диагностических методах психологического исследования шюльников. "Советская педагогика", 1968, № 7.
19. Власова Т.А., Певзнер М.С. Учителю о детях с отклонением в развитии. М., Изд-во Просвещение, 1967.
20. Боскис Р.М. Особенности речевого развития детей при нарушении слухового анализатора. Известия Академии педагог. наук РСФСР, 1953, № 78.
21. Дульнев Р.М. и Лурия А.Р. (ред.). Принципы отбора детей в вспомогательные школы. М., Изд-во Акад. педагог. наук РСФСР, 1960.
22. Лурия А.Р. (ред.). Проблемы высшей нервной деятельности нормального и аномального ребенка. М., Изд-во Акад. пед. наук РСФСР, т. I - 1956, т. II - 1958.
23. Лурия А.Р. (ред.). Умственно-отсталый ребенок. М., Изд-во Акад. педагог. наук РСФСР, 1960.

24. Саймон Д. Английская школы и интеллектуальные тесты. М.,
Изд-во Акад.педаг.наук РСФСР, 1958.
25. Россолимо Г.И. Психологические профили. М., 1910.
26. Бернштейн А.Н. Клинические приемы психологического исследова-
ния душевно больных. М., 1911.
- 27.
28. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте.
М., "Просвещение", 1968.