

А. Р. ЛУРИЯ

О ПРИМЕНЕНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ТЕСТОВ  
В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

---

Москва

1978

## О ПРИМЕНЕНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ТЕСТОВ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

А.Р.Лурия

### I.

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

Это нельзя не приветствовать.

Всякая работа по уточнению диагностики психических нарушений, умственной недостаточности и локальных поражений мозга не может оставаться лишь в пределах общих клинических методов исследования, среди которых в психиатрической клинике преобладают клинические наблюдения над поведением больного и беседа, в дефектологической практике - наблюдение за успеваемостью ребенка во время уроков, а в неврологической клинике - ряд специальных проб, направленных на исследования элементарных чувствительных, двигательных и рефлекторных изменений.

Успехи современной психологии, выработавшей значительное число точных, экспериментально-обоснованных методов исследования, настолько очевидны, что игнорировать их и ограничиваться часто субъективными, иногда - основанными на большом личном эмпирическом опыте врача, способами подхода к больному, является недопустимым.

Возникает, однако, естественный вопрос: каким требованиям должны отвечать те или краткие и объективные, иногда доступные измерения, методы психологического исследования, которые ~~иногда~~ обозначаются термином "тесты" и какие условия могут обеспечить их адекватное применение?

Совершенно очевидно, что прямое перенесение в клинику методов экспериментального исследования, выработанных в общей психологии не соответствует задачам клинической диагностики. Методы, применяемые в общей психологии, как правило, направлены на изучение закономерностей протекания тех или иных частных психологических процессов (восприятия, запоминания, переработки информации, принятия решения и т.д.), и еще совершенно неизвестно, ответит ли применение этих специальных методов на те практические вопросы, которые выдвигаются клиникой в связи с задачей диагностики психических расстройств или мозговых поражений.

Вопросы, возникающие в клинической практике, очень часто носят совершенно иной характер, несовпадающий с вопросами, стоящими перед аналитическим, экспериментально-психологическим исследованием. Психиатра, желающего обеспечить возможно более точный дифференциальный диагноз интересуют вопросы об общем уровне познавательных процессов больного, о тех приемах, которыми он пользуется в интеллектуальной деятельности, о том, как он обобщает явления окружающего мира, как он относится к ним, чем характеризуются его эмоциональные переживания и какова структура его личности. Соответственно, невропатолога и нейрохирурга, перед которыми стоит задача ранней и возможно более точной топической диагностики локального поражения мозга, интересуют прежде всего те признаки, которые позволяют отнести наблюдаемое нарушение психических процессов к определенному очагу, а для этого он прежде всего должен установить, какие специальные факторы лежат в основе наблюдаемых у больного расстройств сложных форм психической деятельности.

Легко видеть, что на все эти вопросы приемы экспериментально-

психологического исследования, разработанные общей психологией и имеющие совершенно иные, специальные задачи, ни в какой мере не отвечают, и прямое перенесение их в клинику как правило юнчается неудачей. Для того, чтобы использовать методы экспериментально-психологических исследований, выработанных общей психологией, для клинических целей, необходимо не только тщательно отобрать их, но как правило и заметно изменить их, направить на новые задачи, выработать новые формы их применения, каждый раз соответствующие тем практическим проблемам, юторые ставит клиника.

Аналогичное имеет место при попытках прямого использования для клинических методов тех тестов, юторые были разработаны в зарубежной практической психологии.

Каждый вид из таких психологических тестов отвечает определенной задаче, и за каждым из них стоит своя психологическая теория, можно сказать - своя идеология. Поэтому всякое прямое перенесение этих тестов в клинику (пусть с соответствующей "адаптацией" их конкретного содержания) может оказаться столь же неадекватной, как и прямое перенесение в клинику методов обычных экспериментально-психологических исследований, а иногда и связана с еще более серьезными опасностями.

Группа "психометрических местов", юторые начались с известных тестов Бицэ-Симона (в дальнейшем измененных и превращенных в тесты Бицэ-Термзна) отвечают задаче определить уровень психического развития ребенка и выделить из детской популяции наиболее одаренных с одной стороны, и отстающих, с другой. Они носят чисто-эмпирически характер, входящие в них задачи чаще всего с трудом поддаются психологической интерпретации, и за ними стоит мысль, что "одаренность" является наилучшей "приспособленностью" ребенка к требова-

ниям среды, развитие соответствующих "умений". Вот почему - несмотря на все попытки сторонников этих тестов показать, что на результаты отражают первичные, гипотипически обусловленные факторы психического развития, их зависимость от социальных условий развития ребенка оказывается настолько значительной, что дети принадлежащих к высшим (хорошо обеспеченным) слоям населения обычно давали по ним более высокие, а дети рабочих или дети, принадлежащие к народностям, живущим в отсталых условиях - (напр. негритянские дети) - наиболее низкие результаты. Именно в силу этого стало понятным, что эти тесты (дающие возможность предварительной эмпирической ориентировки в детской популяции) использовались в классовых целях, и наиболее прогрессивные исследователи (см. Б. Саймон /1/) решительно призывали отказаться от них для решения вопроса о дальнейшей судьбе ребенка.

Естественно, что как это положение, так и тот факт, что, как уже сказано, эмпирический характер отдельных задач, включенных в систему "психометрических тестов" почти не поддается ясной психологической интерпретации, делают их использование для клинической диагностики совершенно непродуктивным.

Другие трудности возникают при попытке использовать для клинической диагностики более сложной группы психометрических тестов, которые относятся к типу "психологических профилей" и которые делают попытки выразить уровень (или особенности) психического развития не в одном эмпирическом числе, а комплексом измерений, отражающих уровень различных "способностей", из которых, по мнению их авторов, состоит "одаренность" субъекта. К этой группе относятся "психологические профили", разработанные в свое время Г.И. Россомо /2/ и приближающиеся к ним более поздние тесты американского

психолога Векслера /3/. Эти тесты получили наибольшее распространение в зарубежной практической психологии, и на них следует остановиться особо.

Тесты, входящие в эти системы, состоят из группы задач, каждая из которых должна измерить такие "способности" как "внимание", "память", "сообразительность" и т.д. в тестах Россолимо и такие как \_\_\_\_\_ в тестах Векслера.

Применяемые задачи отбираются на основании очень тщательного статистического "взвешивания", а уровень развития соответствующих "способностей" оценивается по числу задач, успешно решаемых испытуемым.

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", оценивавшими полученные результаты в одном общем коэффициенте ( $IQ$  = коэффициент, отражающий отношение "интеллектуального возраста" к "паспортному возрасту").

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

С одной стороны, сам подбор тех рубрик, на которые распадаются тесты, входящие в эту систему, еще до сих пор отражают 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 клиники.

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 возникать в результате самых различных причин (нестойкость внимания и отвлечения 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 собою совершенно различную психологическую картину, которая имеет для клинической диагностики решающее значение, далеко превышающее <sup>значения</sup> ~~дан-~~ных 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.

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

Принцип этих тестов заключается в том, что 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 из-

вестных 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 клиники 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 комплексы" оценить его "интра- и экстравертированность" и т.д. Более того, детально разработанные как самим автором, так и большой серией его последователей "шкалы оценок", которым должны подвергаться непосредственно получаемые при исследовании данные, создают лишь иллюзию "стандартизованности" и "точности", и пожалуй больше отвлекают от трудного и творческого анализа наблюдаемых фактов, замещая их формальными квази-числовыми схемами, чем помогают прийти к глубокой "психологической квалификации" наблюдаемых явлений.



Аналогичное можно сказать и о сериях "ТАТ", которые с успехом могут быть использованы как ценный материал для исследования воображения, но которые составлены под прямым влиянием ряда представлений об особенностях аффективных мотивов, доминирующих - по мнению американских психиатров - у их больных, и о тестах Розенцвейга, которые целиком исходят из концепции "интравертированности - экстравертированности", "агрессивности - подчинения" и т.д.

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 тестологии) 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. MMPI (*Minnesota Multiple Personality Inventory*). Этот набор включает в свой состав очень значительное (свыше 400) число косвенных вопросов, ответы на которые могут быть показательными для различных типов испытуемых, и, как предполагают авторы этой системы, могут выявить тенденции, симптоматичные для скрытых особенностей личности.

К ним относятся, например, такие вопросы, как

и т.д.; при этом предполагается, что больные с интраверзией и экстраверзией, с агрессивностью и тенденцией к подчинению и т.д. будут отвечать на эти вопросы неодинаково.

Возможность использовать косвенные вопросы, которые непрямым путем вскрывают определенные тенденции личности, сама по себе является продуктивной, и именно этот прием - с последующим тщательным анализом получаемых ответов был с успехом использован рядом советских психологов (см. Л.И. Божович /4/ 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 уводит 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 быстрящих в американской жизни представлений, частично - уже знакомые нам идеи психоанализа, взглядов на роль интра- и экстраверзии, агрессивности и подчинения и т.п. Этот причудливый клубок представлений выражается в таких вопросах, как: "хотели бы вы ехать в Африку охотиться на львов" (который должен вскрыть тенденции к снобизму американ-

ских богачей) или "все ли полицейские, по-вашему, бесчестные?" (вопрос, типичный для американских детективов), или: "мочитесь ли вы чаще, чем другие?" (за которым стоит ряд упрощенных психоаналитических представлений).

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 ошибочной является и предположение, что использование этой системы вопросов требует лишь их "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 определенных 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.

## 2.

Мы уже говорили о том, что применение психологических тестов

как методов психологического исследования, проводимого с диагностической целью, должно быть включено в систему клинического исследования больного: оно должно начинаться с клинического изучения и с тех задач, которые ставит клиника, продолжаться в тщательном психологическом подборе используемого материала и качественного психологического анализа ("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 больного свои, особые задачи.

Одной из центральных задач, которые ставит перед психологией терапевтическая клиника - это установление типа нервной системы, определяющего степень реакции на болезнь и характеристика "внутренней картины болезни", иначе говоря - характера тех обобщений, в которые больной вводит наблюдаемые на себе симптомы и которые определяют его отношение к собственному заболеванию.

Центральной задачей, которую ставит перед психологией психиатрическая клиника заключается в возможно более точной квалификации особенностей познавательной деятельности больного и системы его аффективных реакций, знание которых нередко может существенно облегчить дифференциальную диагностику между шизофренией, органической деменцией и реактивными состояниями.

Основной задачей клиники дефективного детства является установление характера и причин отставания ребенка; именно это, как мы уже писали в другом месте (ср. А.Р. Лурия, /5/, А.Н. Леонтьев, А.Р. Лурия и А.А. Смирнов, /6/) может существенно облегчить дифференциальный диагноз между олигофренией, задержкой развития, астеническим синдромом, вторичными результатами тугоухости или педагогической запущенности.

Основной задачей неврологической и нейрохирургической клиники которую она ставит перед нейропсихологией, является выделение тех факторов, которые лежат в основе наблюдаемых дефектов и на основании этого - соотнесение наблюдаемых нарушений высших корковых функции с той или иной локализацией очага.

Все это различие основных задач, выдвигаемых перед психологическим исследованием больного каждой из клиник, делает заранее невозможным применение одной и той же серии психологических тестов, кстати - созданных вне всех только что перечисленных задач выдвинутых клиникой.

Наоборот, это различие задач 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 системы проблем и методов, отвечающих задачам психологического исследования в психиатрической клинике (А.Н.Бернштейн /7/ в первые десятилетия этого века, и патопсихология Л.С.Выготского /8/, Б.В.Зейгарник /9/, Ю.Ф.Полякова /10/), 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 /11,12/, Э.С.Бейн /13/, И.М.Тонконового /14/ 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 пути, избранному советской пато- и нейропсихологии.

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", "воли"), каждая из которых могла быть исследована самостоятельными

приемами, сформировалось сложное 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.А.Смирнова, П.К.Зинченко А.Н.Леонтьева, А.В.Запорожца, Б.Д.Эльюнина, П.Я.Гальперина и др.) 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 специальной природе сложнейших 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 понятиями о материи, сложившимися в 18-м веке.

Именно этот прогресс психологической науки и учитывает советская клиническая психология, позиции которой в корне отличаются от тех упрощенных представлений, которые лежат в основе так называемой "клинической психологии" в Америке, и которая заменяет сложный путь "психологической квалификации" психических изменений, возникающих результате заболевания формальным применением тестов, которые дают лишь кажущуюся точность результатов.

Путь советской патопсихологии, дополняющий работу психиатра и советской нейропсихологии, вносящей свой 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 качественный анализ получаемых данных, детальную работу по "психологической квалификации" получаемых симптомов. Естественно, что такой путь требует **специальных** знаний и умений и - повторяем это еще раз - 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", <sup>ключ</sup> введенным 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".

Август 1973.



### Библиография

1. Саймон, Б.
2. Россолимо Г.И.
- 3.
4. Божович Л.И.
5. Лурия А.Р. (ред.). Умственно отсталый ребенок.
6. Леонтьев А.Н., Лурия А.Р., Смирнов А.А.
7. Бернштейн А.Н.
8. Выготский Л.С.
9. Зеигарник Б.В.
10. Полянов Ю.Ф.
11. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. 2-ое изд., Издательство Московского Университета, 1970.
12. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. Издательство Московского Университета, 1973.
13. Бейн Э.С. Афазия и пути ее преодоления. М., "Медицина", 1964.
14. Тонконогий И.М.

## Библиография

- I. Сайсон Д. Английская школа и интеллектуальные тесты.  
М., изд-во Академии педагогических наук РСФСР, 1958
2. Россолимо Г.И. Психологические профили. М., 1911
3. Wechsler D. *Manual for the Wechsler intelligence Scale*, N.Y. 1955
4. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте.  
М., "Просвещение", 1968
5. Лурия А.Р. /ред./ Умственно отсталый ребенок. М.,  
Изд-во Академии педагогических наук РСФСР, 1960
6. Леонтьев А.Н., Лурия А.Р., Смирнов А.А. О диагностических методах психологического исследования школьников. "Советская педагогика", 1968, № 7
7. Бернштейн А.Н. Клинические приемы психологического исследования душевно больных. М., 1911
8. Выготский Л.С. Избранные психологические исследования.  
М., Изд-во Академии педагогических наук РСФСР, 1956
9. Зейгарник Б.В. Патология мышления. М., изд-во Московского университета, 1962
10. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методы патопсихологии.  
М., "Медицина", 1970
11. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушение при локальных поражениях мозга. 2-ое издание,  
М., изд-во Московского университета, 1969
12. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М., Изд-во Московского университета, 1973 г.

13. Бейн Э.С. А́фазия и пути ее преодоления. М., "Медицина", 1964

14. Тонконогий И.М. Инсульт и а́фазия. Л., "Медицина", 1968