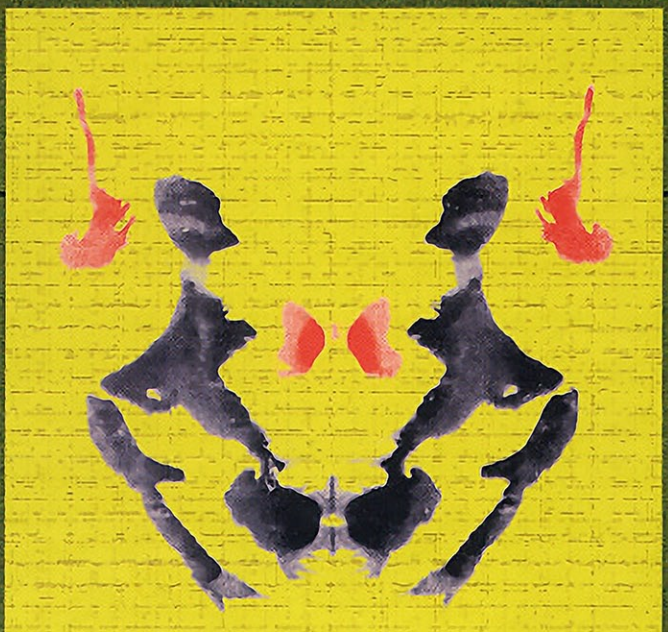
Герман

РОРШАХ

классики психологии

Психодиагностика



УДК 159.9
ББК 88
Р 73

Перевод с немецкого
В. И. Николаева

Все права защищены. Любое использование материалов данной книги полностью или частично без разрешения правообладателя запрещается

Роршах Г.

Р 73 Психодиагностика: Методика и результаты диагностического эксперимента по исследованию восприятия (истолкование случайных образов) / Пер. с нем.— М.: «Когито-Центр», 2003.— 320 с. (Классики психологии)

УДК 159.9
ББК 88

© «Когито-Центр», 2003

ISBN 3-456-30554-0 (нем.)
ISBN 5-89353-089-6 (рус.)

Содержание

НЕКРОЛОГ: ГЕРМАН РОРШАХ (1884–1922) 11
ИЗ ПРЕДИСЛОВИЯ КО ВТОРОМУ ИЗДАНИЮ 13
ВВЕДЕНИЕ 15
СПИСОК ОБОЗНАЧЕНИЙ И СОКРАЩЕНИЙ 16

I. МЕТОД

1. Тестовый материал 19
2. Метод 20
3. Истолкование образов как анализ процесса восприятия 21

II . ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕСТИРОВАНИЯ

1. Подходы к анализу ответов испытуемых 25
2. Число ответов 29
3. Время реакции 30
4. Отсутствие ответов (осечки) 30
5. Соотношение форменных, кинестетических и цветовых моментов в процессе восприятия 31
   а) Форменные ответы (*Ф*) 32
   б) Движущийся образ (*Дв*) — ответ по движению 33
   в) Цветовые ответы (*Цв*) 40
   г) Совпадение *Дв* и *Цв* в одном ответе 48
6. Локализация ответов 49
   а) Постановка вопроса 49
   б) Определение типа восприятия 50
   в) Число *Ц, Д, Дд* и т. д. 55

г) Тип восприятия 56
д) Последовательность типа восприятия 58
7. Предметное содержание ответов:
Процент ответов по животным 59
8. Оригинальные ответы 62
9. Заключение 63

III. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ О МЕТОДИКЕ

1. Характеристики тестовых таблиц 65
2. Параллельные серии 66
3. Контрольные эксперименты 68
4. Шифровка ответов 69

IV. РЕЗУЛЬТАТЫ

1. «Интеллект» 71
2. Произвольное влияние на факторы 86
3. Влияние расстройств настроения на интеллектуальные компоненты 91
4. Ответы по цвету и движению и их взаимодействие:
Тип переживания 94
5. Тип переживания и его проявления в жизни 112
6. Тип переживания и интеллектуальные компоненты 113
7. Тип переживания и патологии эмоциональной сферы 119
8. Временные вариации типичного для индивида типа переживаний 120
9. Метаморфозы типа переживания в течение жизни 122
10. Сравнительные исследования типа переживаний 123
11. Аффективность. Характер 125
12. Фантазия 132
13. Тип переживания и тип психических представлений 135
14. Тип переживаний и тип галлюцинаций 138

15. Тип переживаний и талант 139
16. Вариации талантов и их сравнительный анализ 142
17. Тип переживания, талант и влечение 146
18. Тип переживания, характер, таланты 148
19. Тип переживания и болезнь 149
20. К вопросу о развитии типа переживания 152

V. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЭКСПЕРИМЕНТА ПО ИСТОЛКОВАНИЮ ФОРМ НА ПРАКТИКЕ

1. Применение 155
2. Контраргументы 156
3. Диагностические вычисления 158
4. Содержание толкований 158
5. Эксперимент по диагностике восприятия и психоанализ 160
6. Примеры 162
Нормальные люди, а также больные олигофренией и люди с патологическими аффектами и т. д. 163
1. Самый обыкновенный человек 164
2. Испытуемый, чей интеллект выше среднего уровня 165
3. Испытуемый, чей интеллект ниже среднего уровня 168
4. Слабоумие 170
5. Гипоманиакальное расстройство настроения 171
6. Интроверсивная конституция при экстратенсивной профессии 174
7. Одаренность фантазией 177
8. Педантичный человек 180
9. Пожилой возраст 181
Неврозы 183
10. Истерия 183
11. Неврастения 184
12. Невроз навязчивости 188
13. Нервное истощение 199

Психозы 201
1. Шизофрения 201
14. Dementia simplex 201
15. Гебефрения 203
16. Гебефреноидная форма кататонии
без явной симптоматики 205
17. Кататония с моторной возбудимостью и разорванностью
мышления 206
18. Кататония с синдромом отгороженности 209
19. Параноидная форма шизофрении 211
2. Маниакально-депрессивный психоз 213
20. Эндогенная депрессия 213
21. Мания 214
3. Эпилепсия 216
22. Быстро наступившая типично эпилептическая
деменция 216
23. Эпилептоид 219
4. Органические психозы 220
24. Депрессия при артериосклеротической деменции 221
25. Корсаковский психоз 222
26. Прогрессивный паралич 223
27. Dementia senilis 226
28. Encephalitis lethargic (летаргический энцефалит) 227

VI. ЗАКЛЮЧЕНИЕ 229

VII. ОБ ИНТЕРПРЕТАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭКСПЕРИМЕНТА ПО ИСТОЛКОВАНИЮ ФОРМ

Введение 233
1. Протокол эксперимента
(Запись ответов в виде формул и расчеты) 236
2. Интерпретация 247
3. Экспериментальные данные и психоанализ 263
а) *Дв*-ответы 266
б) *Цв*-ответы 268

в) Абстрактные ответы 270
г) Форменные ответы 275
4. Обобщение 276

VIII. ВВЕДЕНИЕ В ТЕХНИКУ ПСИХОДИАГНОСТИКИ РОРШАХА

Общие принципы 280
1. Подготовка 283
а) Подготовка рабочего места 283
б) Психологическая подготовка 286
2. Проведение тестирования 287
3. Протоколирование 290
4. Расчеты 296
5. Анализ полученных данных 298
6. Слепой диагноз 299
7. Врачи и психологи: Их отношение к эксперименту Роршаха 300

ПРИЛОЖЕНИЯ

1. Таблицы экспериментальных данных, полученных Г. Роршахом 303
2. Тестовые таблицы 321

I. МЕТОД

1. Тестовый материал

Эксперимент состоит в *истолковании испытуемым случайных форм*, т. е. фигур, сформировавшихся случайным образом. В последнее время для этих целей применяются тестовые таблицы, которые прилагаются к оригинальному изданию этой книги. Они должны использоваться не только для того, чтобы лучше понять примеры, приводимые в книге, но и в качестве полноценного тестового аппарата для профессиональной практической работы *.

Получить такую случайную картинку очень просто: на листок бумаги выливают несколько больших чернильных клякс, затем бумага складывается, и пятна сами размазываются между половинками листа. Тем не менее не каждая полученная таким способом картинка достойна применения; это во многом будет зависеть от соответствия некоторым условиям. Образующиеся формы должны быть относительно простыми. Далее, распределение пятен по всему пространству таблицы должно соответствовать определенным законам пространственной гармонии (ритму): если она отсутствует, то на таблице будет трудно отыскать хорошие образы, следовательно, многие испытуемые не смогут ее истолковывать, а свой отказ объяснят тем, что предъявляемая им таблица не что иное, как «просто клякса».

Если же учесть, что каждая таблица из тестового комплекта должна не только обладать этими общими качествами, но и соответствовать

* В настоящем издании образцы тестовых таблиц приведены в Приложении 2. Они носят лишь иллюстративный характер и не могут быть использованы для целей практической диагностики *(Прим. ред.)*.

специфическим требованиям (об этом и о создании параллельной серии см. с. 65—70), и что каждая таблица в отдельности, как и вся серия в целом, должна быть неоднократно проверена на практике, прежде чем получится достаточно пригодный тестовый аппарат, — то становится понятным, что создание десяти удачных таблиц не такое уж простое дело, как может показаться на первый взгляд.

Полученные вышеуказанным способом пятна *симметрично* (возможно, с незначительными отклонениями) отображаются на обеих половинах таблицы. Асимметричные образы чаще всего не вызывают особого интереса у испытуемых. Симметрия придает таблицам определенную долю требующегося им пространственного ритма, хотя часто приводит к тому, что испытуемые дают стереотипные ответы. С другой стороны, благодаря симметричности создаются равные условия для левшей и правшей; кроме того, с ее помощью некоторым закомплексованным и заблокированным людям становится легче находить зрительные образы. Симметрия позволяет также полностью увидеть изображенную на таблице сцену.

Предъявление в контрольном эксперименте новых тестовых таблиц, на которых испытуемый сможет увидеть асимметричные и неритмичные образы, позволит получить данные, обусловленные новыми факторами, однако исследование индивидуальной восприимчивости к пространственному ритму само по себе является темой, достойной специального изучения.

Определенная последовательность предъявляемых таблиц внутри одной серии основывается на полученных нами эмпирических данных. (Об этой последовательности см. с. 65—70.)

2. Метод

Испытуемому предъявляют последовательно одну за другой тестовые таблицы с одним и тем же вопросом: «Как Вы думаете, что бы это могло быть?» Он может вращать и поворачивать таблицу как хочет. Позволяется отодвигать таблицу от себя, *нельзя* только рассматривать ее *издалека;* наибольшее расстояние между испытуемым и таблицей будет определяться расстоянием вытянутой руки. Необходимо внимательно следить за тем, чтобы испытуемые заранее не увидели таблицу издали, так как это исказит получаемые в эксперименте результаты. Например, *Таблица I* на расстоянии нескольких метров часто воспринимается как «голова ли-

сицы», в то время как вблизи этого почти никто не видит. Но если испытуемому хотя бы на мгновение показалось издали, что это «голова лисицы», ему будет очень трудно отделаться от впечатления, что на таблице есть что-либо иное, кроме этой головы.

Необходимо настаивать (избегая, разумеется, любых суггестивных моментов), чтобы на каждую таблицу был дан хотя бы *один* ответ. Однако основная задача экспериментатора состоит в занесении в протокол всех ответов испытуемого. Предварительные результаты показали, что время, затраченное испытуемым на каждый ответ, никак не влияет на содержание этих ответов, значит, данным показателем можно пренебречь. Главное, чтобы эксперимент проводился в максимально спокойной и непринужденной обстановке. Излишне тревожным пациентам при случае можно ad oculus * показать, каким образом были получены эти картинки. Но обычно даже тревожные и подавленные душевнобольные не оказывают сопротивления проведению эксперимента.

3. Истолкование образов как анализ процесса восприятия

Почти все испытуемые рассматривают этот эксперимент как выявление их способности фантазировать. Причем такой взгляд настолько широко распространен, что мог бы расцениваться как одно из предварительных условий нашего эксперимента. Однако истолкование случайных форм не связано напрямую с фантазированием, так что не нужно рассматривать распространенное мнение как действительное условие для проведения эксперимента. Верным будет только то, что люди, одаренные фантазией, реагируют иначе, чем ею обделенные. Но от того, будет ли экспериментатор предлагать испытуемым дать волю своей фантазии, результаты эксперимента вряд ли изменятся. И от того испытуемого, у кого есть фантазия (которую он легко демонстрирует в эксперименте), и от того, у кого ее нет (ему даже приходится подыскивать оправдания ее отсутствия), — от обоих в эксперименте будут получены ценные сведения. Так что богатство или бедность фантазии никак не влияет на получение достоверных результатов.

Истолкование случайных образов в гораздо большей степени определяется процессами восприятия и мышления.

* Ad oculus (*лат.*) — ясно, перед глазами (*Прим. перев.*).

«Восприятие объектов становится возможным в результате того, что ощущения, или группа ощущений, экфорируют * (пробуждают) в нас образы воспоминаний, связанных с какой-либо образовавшейся ранее группой ощущений. В результате в сознании всплывает определенный комплекс прежних ощущений, элементы которого посредством более или менее частых переживаний приобрели особенно прочную взаимосвязь и четко отличаются от остальных групп ощущений. Таким образом, в процесс восприятия включены сразу три психических процесса: ощущение, воспоминание и сравнение. Опознание (идентификацию) одного из комплексов чувственных ощущений во всех его взаимосвязях мы называем пониманием» (Bleuler **. Lehrbuch der Psychiatrie, Verlag Springer, Berlin, 1916, S. 9).

Так как восприятие представляет собой ассоциативное *приравнивание имеющихся у индивида энграмм* *** (образов памяти) *к только что возникшему комплексу ощущений, то истолкование случайных форм можно представить как особый вид восприятия, в котором психические усилия, направленные на сравнение комплекса только что возникших ощущений с энграммами, столь велики, что интрапсихически они будут восприниматься как усилия, затрачиваемые на сравнение.* Это интрапсихическое восприятие незавершенного приравнивания комплекса сиюминутных ощущений к имеющимся энграммам придает восприятию характер истолковывающей активности.

Далеко не все ответы наших испытуемых являются истолкованиями в подобном смысле. Большинство больных с органическими поражениями (сенильная деменция [старческое слабоумие], прогрессивный паралич) и эпилепсией, множество больных шизофренией и большинство маниа-

---

* Экфорировать — от *греч.* ekphorie, обозначающего мнестический процесс, воспоминание (*Прим. перев.*).

** Ойген Блейлер (1857–1940) — профессор психиатрии Цюрихского университета (1898–1927) и директор знаменитой клиники «Бургхельцли», которой он стал руководить после своего учителя Августа Фореля. Вместе с заведующим одним из отделений клиники К. Г. Юнгом Блейлер был первым представителем академической науки, ставшим приверженцем и защитником фрейдовского психоанализа. Вместе с Фрейдом Блейлер издавал первое психоаналитическое периодическое издание — Jahrbuch für psychoanalytische und psychologische Forschungen (Ежегодник психоаналитических и психопатологических исследований) (*Прим. перев.*).

*** Engramm (*греч.*) — надпись, в психологии под энграммой подразумеваются следы в памяти от сохраняющихся впечатлений («дремлющие» образы памяти) (*Прим. перев.*).

кальных больных, почти все слабоумные и огромное количество людей, обладающих вполне нормальным рассудком, даже не догадываются о том, что с их стороны осуществляется такая психическая активность, заключающаяся в сравнении образов. Вместо того чтобы истолковывать случайные образы, они действительно их видят. Эти испытуемые могут даже поразиться тому, что другие люди видят на таблицах не то же самое, что и они. Это легко понять, так как в случае этих испытуемых и речи не может быть о каком-либо истолковании, ведь они здесь воспринимают реальный объект. Они столь же мало догадываются об усилиях, затрачиваемых ими на ассоциативное сравнение, как это бывает, когда, например, нормальный человек мгновенно узнает знакомого ему человека или, не задумываясь, определяет, что перед ним находится дерево. Наверное, стоит допустить, что существует определенный порог, перейдя который восприятие, неосознаваемая психическая активность, затрачиваемая на сравнение, превращается в истолкование, в понимание того, что на это сравнение нами затрачиваются усилия. У слабоумных больных (в том числе страдающих старческим слабоумием) и маниакальных больных этот порог располагается очень высоко.

Там, где этот порог находится очень низко, мы увидим противоположное: даже самое простое, наиболее повседневное восприятие интрапсихически будет восприниматься как огромное усилие, затрачиваемое на сравнение. Такое встречается у педантичных людей, которые в процессе восприятия пытаются добиться наибольшего соответствия между комплексом получаемых в данный момент ощущений и существующими у них энграммами. Еще ярче это обнаруживается у некоторых депрессивных больных, для которых психические усилия, затрачиваемые на сравнение, становятся настолько обременительными, что они вообще ни к чему не могут прийти, и все, воспринимаемое ими, кажется им «изменившимся», «чуждым». В нашем эксперименте педанты и депрессивные больные пытаются выискать на предъявляемых им тестовых таблицах такие детали, которые выступают с наибольшей реалистичностью и ясностью, хотя и в этом случае подобные испытуемые довольно часто говорят: «Я совершенно точно знаю, что я просто истолковываю то, что вижу, а на самом деле здесь нечто другое».

Нормальные испытуемые чаще всего будут спонтанно утверждать, что они «истолковывают» образы, которые видят на таблицах.

А те из испытуемых, кто отличается врожденной или приобретенной интеллектуальной неполноценностью, наоборот, будут склонны «узнавать» знакомые им образы. Данный факт указывает на то, что различия между истолкованием и восприятием связаны с ассоциативным (интеллектуальным) аспектом. То, что ответы людей, находящихся в веселом расположении духа, скорее будут носить характер истинного восприятия, а у больных, находящихся в депрессивном состоянии, — характер истолкования, говорит также о том, что обнаруживаемые здесь различия не определяются исключительно ассоциативными процессами, а на границе между восприятием и истолкованием включаются в работу аффективные факторы.

Таким образом, можно сделать вывод, что *различия между восприятием и истолкованием являются по своей природе индивидуальными и количественными, а вовсе не принципиальными и не универсальными. Из этого следует, что истолкование может являться лишь особым случаем процесса восприятия. Потому не стоит сомневаться в том, что наш эксперимент по истолкованию форм имеет право называться тестом восприятия.*

О значении фантазии для истолкования образов см. с. 132—135.

II. ФАКТОРЫ ВЛИЯЮЩИЕ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕСТИРОВАНИЯ

1. Подходы к анализу ответов испытуемых

При анализе полученных от испытуемых данных содержание ответов берется во внимание в самую последнюю очередь. Намного важнее стремление экспериментатора разобраться в функционировании у испытуемых процессов восприятия и мышления. Нас в первую очередь интересует *формальная* сторона дела.

Протокол эксперимента исследуется на наличие в нем следующих моментов:

1. Сколь велико число полученных ответов? Какова продолжительность реакции? Как часто испытуемый оказывается неспособным дать ответ на какие-либо таблицы?
2. Определяется ли полученный ответ только формой случайно увиденного им образа, или же повлияли еще и кинестетические ощущения, а может быть, и цвет объекта?
3. Была ли таблица увидена и истолкована целиком, или же испытуемый обратил внимание только на какие-либо ее части; если это так, то на какие именно?
4. Что конкретно увидел испытуемый?

К вопросам, приведенным под пунктами 2, 3 и 4, добавляются дополнительные, о которых будет сказано чуть позднее.

Излагаемые в книге гипотезы опираются на экспериментальные исследования, проведенные при помощи нашей серии тестовых таблиц. Предварительно мы опишем выборку, на которой проводилось исследование:

	Мужчины	*Женщины*	*Всего*
Здоровые образованные люди	35	20	55
Здоровые люди с низким уровнем образования	20	42	62
Больные психопатией	12	8	20
Больные алкоголизмом	8	–	8
Больные с диагнозом «дебильность» и «имбецильность»	10	2	12
Больные шизофренией	105	83	188
Больные маниакально-депрессивным психозом	4	10	14
Больные эпилепсией	17	3	20
Парализованные больные	7	1	8
Больные старческим слабоумием	7	3	10
Больные с атеросклеротической (сосудистой) деменцией	3	2	5
Больные с корсаковским синдромом и сходными состояниями	3	–	3
Итого	231	174	405

Нами было проведено огромное количество экспериментов, в которых мы использовали первоначальные варианты тестовых таблиц. Естественно, мы не можем вносить полученные результаты в только что приведенные данные, так как сравнимые результаты можно получить только в процессе работы с одним и тем же или параллельным (см. с. 66—68) тестовым аппаратом. Как видит читатель, приводимые нами числа обследованных испытуемых еще слишком малы, особенно это относится к необразованным мужчинам и большинству психотических больных. Малое число психотических больных в какой-то мере объясняется относительно однообразным материалом, который может предоставить кантональная психиатрическая больница. Недостаточно большое количество испытуемых объясняется простой необходимостью ограничить их число, пока тестовые таблицы не будут напечатаны в достаточном количестве, чтобы поверхность таблиц не пострадала в результате того, что побывала в сотнях рук.

Так как материал, представленный в этой публикации, предназначен для широкого круга читателей, я приведу некоторые данные из области психиатрии, необходимые для понимания недостаточно хорошо известных психозов.

Наиболее часто среди душевных болезней (психических заболеваний) встречается *шизофрения* (Dementia praecox по Крепелину). В большинстве стационарных психиатрических учреждений пациенты с шизофренией составляют две трети всех больных. В качестве основного симптома Блейлер называет расстройство ассоциативных (интеллектуальных) процессов: распад обычных взаимосвязей мыслей; причудливость мышления; нахождение общего там, где его нет; соединение того, в чем трудно обнаружить какие-либо взаимосвязи; игнорирование общепризнанных закономерностей; абсурдные обобщения; применение символического языка там, где легче воспользоваться традиционными понятиями; неспособность противостоять навязчивому представлению. Результатом всего этого будет, с одной стороны, размытость и разорванность многочисленных ассоциативных цепочек, с другой — склонность к персеверациям, т. е. к постоянному застреванию на одних и тех же мыслях; с одной стороны, мы увидим здесь огромный наплыв идей, с другой — их удивительную содержательную бедность. Еще одним из специфических признаков шизофрении является дефект, заключающийся в неспособности человека тонко модулировать свои эмоциональные реакции, застывание аффектов, да и вообще исчезновение эмоциональных контактов. И уж в самых тяжелых случаях это доходит до «эмоциональной тупости», когда складывается впечатление абсолютно полного отсутствия у больного любых аффектов. В качестве дополнительных симптомов могут появляться галлюцинации, бредовые идеи, нелепые движения и действия, манерничанье и тому подобное; эти симптомы могут особенно резко выступать на фоне всех других патологических черт.

Шизофрения имеет четыре формы, потому ее нельзя рассматривать в качестве отдельной болезни, это — целая группа заболеваний, каждое из которых может заменять собою существовавшее у больного прежнее шизофреническое заболевание; болезнь переходит из одной шизофренической формы в другую:

1. *Параноийя.* Здесь полностью господствуют бредовые идеи и галлюцинации, большинство случаев шизофрении с маниями величия и преследования относится именно сюда.

2. *Кататония.* Доминируют «кататонические синдромы»: нелепые движения и позы больного, манерничанье, негативизм (склонность делать противоположное тому, что ожидают другие, а часто и сам больной), импульсивность. Особенно сильно здесь проявляется шизофренический аутизм (по Блейлеру), полное изолирование себя от контактов с внешним миром. Наряду с этим чаще всего здесь встречаются галлюцинации и бредовые идеи.

3. *Гебефрения.* Шизофрения с дополнительными симптомами различного рода, наиболее характерно чрезмерное двигательное возбуждение. Эту болезнь ни в коем случае нельзя причислять к параноiе или кататонии.

4. *Простая форма, Schizophrenia simplex.* Медленно и постепенно прогрессирующая шизофрения, в которой трудно обнаружить упоминавшиеся раньше дополнительные симптомы, болезнь с течением времени неукоснительно приводит к слабоумию.

Маниакально-депрессивное помешательство: включает прежде всего эндогенную депрессию и манию.

Эндогенная депрессия: для нее характерны депрессивное настроение, заторможенность мышления и «центробежной» функции в форме решимости и активности, включая и психическую часть двигательного рефлекса.

Мания: веселое настроение, наплыв идей, стремление к чрезмерно активной деятельности и желание болтать, необычайная легкость и скорость «центробежных» функций, нарушенных у больных эндогенной депрессией.

Корсаковский синдром: возникающий чаще всего в период острого алкогольного делирия органический психоз, характеризующийся глубоким дефектом памяти, который больные пытаются скрыть (в том числе и от самих себя) посредством конфабулирующего * замещения всевозможными выдуманными историями.

Органическими психозами называются те душевные болезни, которые вызываются диффузной редукцией активности мозгового субстрата: кроме корсаковского психоза, сюда относятся сенильная деменция (старческое слабоумие), атеросклеротическая деменция и прогрессивный паралич.

---

* Confabulatio (*лат.*) — заполнение провалов памяти продуктами фантазии (напр. при сенильной деменции) (*Прим. перев.*).

(Более подробно эта информация представлена в «Lehrbuch der Psychiatrie» *Bleuler*, Berlin, 1916).

2. Число ответов

Здоровые люди чаще всего дают от 15 до 30 ответов (нередко их бывает больше, однако меньше 15 ответов дается очень редко). Число ответов в большой степени зависит как от аффективных, так и от ассоциативных моментов. Меньшее количество ответов обычно дают депрессивные больные, люди, находящиеся в дурном расположении духа или те, кто вообще не отличается особой уступчивостью, а также испытуемые, излишне честолюбиво относящиеся к качеству сделанной ими работы, а потому и на серию из десяти тестовых таблиц непременно желающими ответить ровно десятью самыми лучшими ответами-истолкованиями. Больше среднего числа ответов дают люди, находящиеся в веселом расположении духа, радующиеся любой предоставляющейся им возможности пофантазировать, заинтересовавшиеся новой для них задачей, а также те, кто излишне честолюбиво относится к количеству сделанной им работы, люди, в душе которых сохранилось желание быть образцовыми учениками.

По самым разным причинам, а чаще всего потому, что умственно отсталые больные радуются кажущейся им столь легкой задаче, количество их ответов почти всегда превышает средний уровень; то же самое можно сказать об эпилептических больных.

Большинство больных с органическими поражениями мозга дают среднее количество ответов, их результат смещается к нижней границе нормы, за исключением тех, кто склонен к конфабуляциям (ложным воспоминаниям), а также больных с прогрессирующим параличом и синдромом Корсакова, количество ответов которых может превышать средние показатели.

Большое количество ответов встречается у больных, находящихся в маниакальном состоянии, в то время как у больных, страдающих эндогенной депрессией, чаще всего показатели средние.

У больных шизофренией число ответов зависит от формы заболевания. У отгороженных больных чаще всего встречается менее 10 ответов, апатичные и инертные больные заканчивают эксперимент, дав всего

10 несодержательных ответов. Их ответы во многом похожи на ответы здоровых людей. У многих больных количество ответов не отличается от нормы; особенно это касается шизофреников, которые еще пытаются сохранять нормальный образ жизни. Но у большинства больных шизофренией мы встречаем огромное число ответов. Даже почти полностью деградировавшие испытуемые, в течение десятилетий страдающие психозом, выдают в эксперименте поразительно разнообразные и многочисленные ответы.

Таким образом, само по себе число даваемых испытуемыми ответов не отличается высокой информативностью.

3. Время реакции

Весь эксперимент занимает в среднем от 20 до 30 минут. Если вы, например, за 30 минут выдаете 20 ответов, то, разделив 30 на 20, получите среднее время реакции — полторы минуты. При этом мы не можем говорить, что каждый ответ следует ровно через полторы минуты. Точные замеры времени реакции возможны разве что после проведения стандартного эксперимента, например, в контрольных опытах.

Разумеется, время реакции будет больше у больных эпилепсией и органическими поражениями, депрессивных больных, а меньше — у людей, находящихся в маниакальном состоянии.

Здесь необходимо отметить, что у больных шизофренией время реакции меньше, чем у всех других испытуемых, включая и здоровых людей. Встречаются больные шизофренией с разорванностью мышления, которые способны даже на то, чтобы за пять секунд выдать четыре или больше ответов на одну и ту же таблицу. И чем разорваннее у них мышление, тем короче будет время их реакции; достаточно того, чтобы они уделили внимание эксперименту.

4. Отсутствие ответов (осечки)

Здоровые испытуемые практически никогда не отказываются отвечать. Иногда, но довольно редко это бывает у невротиков, что обусловливается их заблокированностью в результате воздействия какого-либо психического комплекса. Гораздо чаще отсутствие ответов обнару-

живается у истероидных больных с тяжелой степенью умственной отсталости, которые из-за довольно болезненно выраженной чувствительности к любому обнаруживающемуся у них интеллектуальному дефекту («комплекс интеллектуальности») тщательно проверяют свои ответы, чтобы люди не посчитали их нелепыми. Весьма своеобразно проявляется невозможность дать ответ у больных шизофренией: это случается обычно неожиданно, после того как уже были получены хорошие и разнообразные ответы на другие тестовые таблицы, или тогда, когда больным показывают таблицы, которые не относятся к «трудным». Совершенно невозможно преодолеть психотическую отгороженность больных шизофренией — в остальных случаях их можно уговорить дать хотя бы один ответ на таблицу.

5. Соотношение форменных, кинестетических и цветовых моментов в процессе восприятия

Большинство ответов, даваемых как здоровыми людьми, так и больными, полностью определяется формой клякс. Среди имеющихся в памяти визуальных образов испытуемый подыскивает тот, который по своей форме и своим очертаниям наиболее похож на изображенное на таблице целое пятно или какую-либо его часть. Иногда «увиденный» объект не представляется движущимся, он просто является определенной неподвижной формой. Такие «форменные» ответы далее будут обозначаться буквой *Ф*.

Следует также различать ответы «по движению» и ответы «по цвету».

Ответами «по движению» — далее обозначаемыми как *Дв* — являются такие ответы, с помощью которых можно установить, что на испытуемого, кроме формы кляксы, оказывали детерминирующее влияние еще и кинестетические энграммы (образы памяти, в которых сохраняется прежде увиденное, воображаемое или осуществленное самим испытуемым движение). Испытуемый представляет «увиденный» им объект в движении.

Ответы «по цвету» — обозначаемые далее как *Цв* — это те ответы, которые позволяют установить, что не только форма кляксы, но и ее цвет или даже один только цвет, определили ответ испытуемого.

Три этих вида восприятия (включая их соотношение друг с другом), имеют характерные, типичные признаки как у здоровых людей, так и при различных болезнях.

а) Форменные ответы (Ф)

Ответы, которые оказываются детерминированными только формой случайных фигур, составляют большинство даваемых ответов. Они являются ответами по форме. Чтобы исключить возможность произвольных оценок, необходимо использовать статистический подход. В качестве критерия могут рассматриваться такие форменные ответы, которые наиболее часто даются большим числом (примерно сотней) здоровых испытуемых. Так появилась одна из нормированных шкал для оценивания качества увиденных форм, которая является не чем иным, как простым индикатором того, что подобные ответы довольно часто повторяются. В этом случае они считаются ответами с хорошей формой (*Ф+*). Многие из ответов придется обозначить как *Ф+*, хотя по нашему мнению, их никак не отнесешь к хорошей форме. То, что будет казаться более четким, чем найденные таким образом хорошие формы, мы также будем обозначать как *Ф+*, а то, что будет выглядеть менее отчетливым, — как *Ф%*. Несмотря на статически установленную нормированную шкалу, экспериментатор может сам решить, что считать лучшими или худшими по сравнению с «хорошими» нормированными ответами. Наш опыт свидетельствует о том, что можно научиться довольно надежно выявлять, какие формы лучше или хуже нормированных ответов

Если после подсчета форменных ответов определить процентное содержание в них хороших форм, то отличиям в 5% *Ф+* вряд ли стоит придавать особое значение хотя бы потому, что их подсчет будет проводиться чисто эмпирическим путем, и оценивание того, будет ли ответ испытуемого считаться *Ф+,* не может считаться абсолютно объективным. Однако процентное содержание *Ф+* является очень полезным показателем.

Таблица 1, содержащая экспериментальные данные (см. Приложение 1), представляет читателю обзор обнаруженных нами взаимосвязей.

В этой таблице можно найти только средние, *приблизительные* величины. Восприятие образов шизофреническим больным будет зависеть и от того, насколько четко он мог воспринимать предметы до своего заболевания. Довольно неопределенно и обозначение «разумный» (Intelligente).

Тем не менее именно эксперимент по истолкованию увиденных образов позволяет особенно хорошо выявлять отдельные компоненты той целостной конструкции, которую мы называем «интеллектом». Одной из его составляющих является четкость видения предметов.

В каких-либо особых комментариях таблица 1 экспериментальных данных не нуждается. Необходимо только обратить внимание на то, что депрессивное расстройство улучшает качество увиденных образов, а возбужденное, наоборот, его ухудшает. В таблице приводятся результаты по выборке, описанной ранее. Те испытуемые, которые оказались наиболее чувствительными к затрачиваемым ими усилиям для проведения работы по сравнению только что увиденных образов с хранящимися в их памяти энграммами (я имею в виду педантичных людей и больных, страдающих эндогенной депрессией), оказываются в группе людей, которые видят наиболее четкие образы. А те испытуемые, для которых истолкование сразу же превращается в истинное восприятие (такое характерно для маниакальных больных и больных с органическими поражениями мозга, эпилепсией и слабоумием), занимают в нашей таблице нижнюю половину. Четкость и нечеткость восприятия объектов соответствует четкости и нечеткости восприятия процедуры приравнивания, и только у больных шизофренией иногда бывают нарушения этого соответствия.

б) Движущийся образ (*Дв*) – ответ по движению

Ответами по движению (*Дв*) являются те ответы испытуемого, которые детерминируются как восприятием *очертаний пятен, так и кинестетическими компонентами.* Испытуемый представляет увиденный им объект в движении. Так, на тестовой *Таблице I* могут быть увидены два образа ангелов с развевающимися крыльями; на *Таблице II* — два шута на карнавальном шествии, танцующих друг с другом на согнутых коленках; на *Таблице III* — два склонившихся друг перед другом официанта и т. д. Часто уже во время проведения эксперимента по поведению испытуемого можно догадаться, участвуют в процессе восприятия кинестезии * или нет: испытуемый сам повторяет движение, которое он вкладывает в обнаруженный им на тестовой

* Kinesthesis (*греч.*) — чувствительность (восприимчивость) по отношению к движениям (*Прим. перев.*).

таблице образ, или хотя бы частично увиденный объект будет замечаться в непроизвольных иннервациях *, которые характерны для соответствующего движения образа, найденного испытуемым.

Но не стоит соблазняться таким простым решением, что любое названное движение увиденного образа или движение, продемонстрированное самим испытуемым, обязательно должно относиться к кинестезии. Встречаются испытуемые, которые перечисляют немалое число движущихся объектов, и, несмотря на это, увиденные ими предметы нельзя причислять к кинестетическим ответам. Такие ответы, как «утка, входящая в воду», «собака, гоняющаяся за бабочками», «летящая птица», «аэроплан в полете», «извергающая огонь гора» и т. п., в большинстве случаев не являются *Дв*-ответами. Это форменные ответы, учитывающие только очертания образа, а то, что испытуемые упоминают при этом движение, является лишь ораторским приукрашиванием ответа, *вторичной* ассоциацией. Именно так мы должны расценивать ответ, высказанный испытуемым даже тогда, когда он умудряется каким-то образом продемонстрировать движение увиденного им предмета. На самом деле речь здесь идет только о вторичном, ассоциативном пробуждении называемого испытуемым движения, которое вряд ли можно назвать достаточно прочувствованным. Наверное, нужно заранее сказать о том, что будет до конца понятно читателю только из последующего изложения. *Степень проявляемых испытуемым движений в реальной жизни еще не отражает степени той кинестезии*, которую он ощущает в процессе восприятия. *Скорее наоборот: «кинестетик» редко проявляет себя в реальной жизни движениями (его моторика «стабильна»), а живой, подвижный человек беден на кинестезии, обнаруживаемые в эксперименте.* Эта закономерность уже была выявлена в наших исследованиях и по-прежнему нуждается в теоретическом обосновании, но каждый может легко убедиться в сказанном на собственном опыте.

В качестве правила читатель может принять следующее. Кинестезии могут рассматриваться в качестве реально существующих только тогда, когда были увидены фигуры людей или животных, движения которых похожи на человеческие (медведи, обезьяны).

* Innervation (от *лат.* слов in + nervus) — проведение нервом возбуждения к отдельным частям тела или органам (*Прим. перев.*).

Но даже тогда, когда были увидены люди, далеко не всегда речь идет о *Дв*-ответах. Нельзя упускать из виду вопрос, является ли движение, о котором говорит испытуемый, *первичным вкладом* в детерминацию высказанного ответа. Действительно ли речь идет об *ощущении испытуемым движения?* Может быть, вначале испытуемым были восприняты только контуры объекта, а затем — вторично — в них уже было внесено движение?

В этом отношении важна тестовая *Таблица III*. Чаще всего на нее дается следующий ответ: «Два официанта, которые вдвоем несут ведерко со льдом для шампанского» или что-нибудь подобное. При этом черные, расположенные внизу по бокам, похожие на рыб образования подразумеваются в качестве их ног, которые не совсем хорошо стыкуются с туловищем. Вероятнее всего, для преодоления этого ощущения (отделенности ног), для видения целостной человеческой фигуры необходимо участие первичного кинестетического момента. Потому и расцениваются эти ответы как кинестетически обусловленные. Но очень многие испытуемые хотя и дают на эту таблицу ответ «двое мужчин», в качестве ног указывают не то, что подразумевается нами (в виде рыбообразных фигурок), а показывают на «руки» «официантов, держащих ведерко со льдом для шампанского». Такие испытуемые вначале замечают только мужские головы и шеи, и все это в результате восприятия их контуров, а уж потом домысливают (конфабулируют) все остальное, так что им удается прекрасно обойтись без кинестезий любого рода.

Другие испытуемые часто говорят: «Это нарисованные мужчины, карикатуры». Такие ответы почти никогда *не* причисляют к *Дв*-ответам. Можно услышать и такое: «Это скелеты». И это тоже, судя по моему опыту, почти никогда *не* относится к кинестетическим ответам.

Как убедился читатель, иногда довольно трудно выяснить, о чем конкретно идет речь — о *Дв* или *Ф*. Разумные испытуемые могут с достаточной степенью уверенности сказать, было ли в их ответах влияние кинестезии или нет; но никогда не следует опрашивать испытуемых во время проведения эксперимента, это можно делать только после его завершения. В противном случае их внимание будет сконцентрировано на кинестетической стороне ответов. Ясности в оценивании *Дв*-ответов можно добиться с помощью осторожных расспросов, даже при работе с необразованными и больными людьми. В других трудных и запутанных случаях решение о *Дв*

или *Ф* принимается на основе сравнения образа, увиденного испытуемым, с явными *Дв*- и явными *Ф*-ответами. Всегда необходимо исходить из явно установленных *Дв*, сравнивая с ними проблемные ответы испытуемых, и, конечно, не забывать о чистых *Ф*-ответах.

Встречаются испытуемые, которые могут кинестетически сопереживать не только людям и схожим с ними животным, но вообще животным, растениям и даже геометрическим фигурам, отдельным линиям. В таких случаях решение о том, нужно ли относить образы, увиденные испытуемыми, к категории *Дв*, не вызывает особенных трудностей, так как обычно мы имеем дело с испытуемым, наделенным хорошими интроспективными способностями, который может сам предоставить для нас необходимые сведения.

Очень большую поддержку при выявлении *Дв*-ответов оказывает накопленный экспериментатором опыт, работа с определенным, всегда одним и тем же, диагностическим материалом (вариантом теста). Скорость овладения этим психодиагностическим методом будет у всех разной в зависимости от кинестетических способностей обучающихся. Не следует забывать, что искусство экспериментатора будет определяться прежде всего умением правильно выявлять *Дв*-ответы. Именно здесь будет оказывать наибольшее влияние структура личности экспериментатора, и здесь, безусловно, скажется присущий ему тип восприятия. В самых трудных случаях следует также обращаться к статистическим данным, чтобы избежать ложных субъективистских выводов по аналогии, хотя, конечно, слишком жесткая ориентация на схематические выводы без интуитивных решений может привести к потере значимой информации.

Количество *Дв*-ответов у здоровых и больных отличается большим разнообразием, в диапазоне от 0 до 15, редко можно встретить большее число *Дв*-ответов. (См. в Приложении 1 таблицу 2 экспериментальных данных).

Но и таблица 2 также является довольно приблизительной, из нее можно увидеть только следующее.

У здоровых людей количество *Дв* зависит от продуктивности интеллектуальной деятельности, богатства ассоциаций, способности к обнаружению новых ассоциативных взаимосвязей. У испытуемых, склонных к стереотипным поступкам и действиям, а также у больных слабоумием, мы не увидим *Дв*.

Те же самые закономерности мы встречаем и у больных шизофренией: чем продуктивнее интеллектуальная жизнь у такого больного, тем боль-