

# Лев Семенович Выготский

## *Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства*

### 1.

Педологическое исследование трудновоспитуемого ребенка находится в чрезвычайно своеобразном положении. Исследователи быстро сумели овладеть общей методикой, как она сложилась в последние годы в нашей теории и практике, и не без успеха стали применять эту методику. В результате удалось справиться с рядом относительно простых, но практически важных задач, которые были поставлены перед педологией требованиями жизни. Но очень скоро эта методика исчерпала все возможности и обнаружила сравнительно узкий круг своего приложения. Неожиданно для самих исследователей дно в стакане, из которого они пили, оказалось гораздо ближе, чем они предполагали, и представлявшие безграничными возможности педологической методики на деле очень быстро исчерпали себя, так как эта методика, взявшая без труда первые и самые легкие препятствия на своем пути, оказалась бессильной преодолеть барьер более серьезных задач, выдвинутых перед ней самим ходом исследования. Поэтому методика переживает сейчас глубокий кризис, разрешение которого должно определить все ближайшие этапы в развитии педологического исследования трудного детства.

Если кризис окажется неразрешенным, радикальное развитие педологического исследования в этой области натолкнется на величайшие препятствия в виде практической бесполезности, ненужности или малой продуктивности его результатов. Если из кризиса будет найден выход, методика педологического исследования трудного детства встанет тем самым перед грандиознейшей исторической задачей, с которой она одна только по праву и может справиться. Таким образом, подъем или затухание кривой развития нашей методики зависит от исхода того кризиса который она переживает. Поэтому правильный анализ кризиса совершенно необходим для того, чтобы выяснить все вопросы дальнейшего существования и развития педологии трудного детства.

Мы постараемся в кратком анализе показать, что в самом кризисе нашей методики заключена возможность его разрешения и преодоления, возможность подъема всей педологической методики на высшую ступень, превращения ее в действительное средство добывания подлинно научного знания о природе и развитии трудного ребенка. Существование кризиса заключается в том, что педология трудного детства подошла к тому решительному историческому моменту в развитии всякой науки, когда ей предстоит, сделав огромный прыжок, перейти от простой наукообразной эмпирии к истинно научному способу мышления и познания. Педологии трудного детства предстоит сделаться наукой в истинном и точном смысле этого слова. Кризис вызван тем, что в своем развитии эта область знания подошла к решению таких задач, которые возможны только на пути действительного научного исследования. Таким образом, выход из кризиса заключается в превращении педологии трудного детства в науку в буквальном и точном смысле этого слова.

Если мы спросим себя, чего же не хватает нашей методике, чтобы стать действительным средством научного исследования, если мы захотим докопаться до

скрытых корней переживаемого кризиса, мы увидим, что эти корни заложены в двух различных областях: с одной стороны, в теоретической педологии трудного детства, с которой методика связана теснейшим образом, а с другой — в общей методике педологического исследования нормального ребенка, на которую также опирается специальная методика трудного детства. Рассмотрим оба момента.

Начнем с небольшого воспоминания. Оно само по себе не может иметь серьезного значения, но вместе с тем послужило отправной точкой для развития изложенных в настоящей статье мыслей и поэтому может стать конкретной иллюстрацией, освещающей центральный пункт интересующей нас проблемы. Несколько лет назад в практической работе мне довелось вести педологическую консультацию по трудному детству вместе с опытным клиницистом-психиатром. На прием был приведен трудновоспитуемый ребенок, мальчик лет 8, только что начавший ходить в школу. В школе с особой резкостью проявились те особенности его поведения, которые были заметны уже и дома. По рассказам матери, ребенок обнаруживал немотивированные сильные приступы вспыльчивости, аффекта, гнева, злобы. В этом состоянии он мог быть опасен для окружающих, мог запустить камнем в другого ребенка, мог наброситься с ножом. Расспросив мать, мы отпустили ее, посоветовались между собой и снова позвали ее для того, чтобы сообщить ей результаты нашего обсуждения. "Ваш ребенок, — сказал психиатр, — эпилептоид". Мать насторожилась и стала внимательно слушать. "Это что же значит?" — спросила она. "Это значит, — разъяснил ей психиатр — что мальчик злобный, раздражительный, вспыльчивый, когда рассердится, сам себя не помнит, может быть опасен для окружающих, может запустить камнем в детей и т. д.". Разочарованная мать возразила: "Все это я сама вам только что рассказала".

Этот случай памятен для меня; он заставил впервые со всей серьезностью задуматься над тем, что же получают родители или педагоги, приводящие детей на консультацию, в диагнозах и ответах специалистов. Надо сказать прямо, что получают очень мало, иногда почти ничего. Чаще всего дело ограничивается тем, что консультация возвращает им их же собственный рассказ и наблюдение, снабженные какими-либо научными терминами, как это было в случае с ребенком-эпилептоидом. И если родители, педагоги не находятся под гипнозом этого научного термина, они не могут не разглядеть того, что их, в сущности, обманули. Им дали то же самое, что только что получили от них, но снабдили это ярким, большей частью иностранным и непонятным ярлычком.

Само собой разумеется, нельзя впасть при этом в крайнее упрощение и вульгаризацию. Несомненно, понятие "эпилептоид", которым определил ученый-клиницист ребенка, неизмеримо более содержательное и богатое, чем те скудные непосредственные наблюдения и знания, которые имела мать о ребенке. В понятии "эпилептоид", как бы мало разработанным оно нам ни казалось; заключены, как в зерне, в зародышевой форме многие закономерности, управляющие тем явлением, отражением которого служит данное понятие. Однако беда не в том, что содержание научного понятия не дошло до матери, не в том, что оно еще недостаточно развитое и содержательное, беда в том, что это понятие само по себе не есть то, что может разрешить практические задачи; возникшие перед матерью трудного ребенка и заставившие ее обратиться в консультацию.

Неудовлетворенность определением, можно сказать, объясняется тем, что современное учение о психопатических конституциях еще недостаточно разработано, а потому мы волей-неволей должны примириться с уровнем развития той или иной проблемы и терпеливо ждать, пока наука не сделает значительных успехов в этом вопросе. Причина неудовлетворенности, можно полагать, в том, что даже то научное содержание, которое современная клиника вкладывает в определенное понятие, не дошло до матери. Здесь корни трудности заложены не в

самом понятии, а в неумении или невозможности передать это понятие неподготовленному человеку. Но то и другое объяснение, думается нам было бы одинаково неверно. Нам думается, что, если бы перед нами стоял человек, могущий вполне и до самого конца понять все научное содержание данного диагноза, и если бы самое состояние учения об эпилептоидах было чрезвычайно развито, все же в основном мать, о которой я рассказал, осталась бы права. Разумеется, оба эти момента, т. е. развитие самого понятия и степень его понимания, существенны в определении практической успешности данного диагноза, но не они решают дело. Дело решает то, что мысль исследователя была направлена мимо цели. Эта мысль не отвечала на центральный вопрос, который заключался в самой ситуации, и оказалась бессильной прибавит что-нибудь к тому, что было известно до научного диагноза, принести хотя бы крупицу практической пользы: тому, кому хотела помочь. Мать не считала ребенка больным, психиатр тоже не сказал, что ее ребенок болен, но мать искала не медицинского, а педологического диагноза, хотя, вероятно, слово "педология" она понимала не больше, чем слово "эпилептоид". Она не знала, как быть с ребенком, как реагировать на его вспышки, как избавиться от них, как сделать возможным для ребенка посещение школы. На все эти вопросы диагноз не давал никакого ответа.

Если мы обратимся от частного случая к огромному большинству наших консультаций, если мы проанализируем огромное большинство тех диагнозов, которые ставились в консультациях, мы увидим, что все они бьют мимо цели, почти все они совершают ту же самую ошибку, что и диагноз психиатра, о котором я рассказал. Сложность же заключается в том, что само понятие педологического диагноза до сих пор не выяснено. У нас чрезвычайно много труда затрачивается на теоретическую разработку проблем педологии. Множество людей работают над практическим применением педологии к задачам жизни, но нигде, вероятно, отрыв теории от практики внутри самой научной области не оказывается таким большим, как в педологии. Педологи измеряют и исследуют детей, ставят диагнозы или прогнозы, дают назначения, но никто еще не пытался определить, что такое педологический диагноз, как его надо ставить, что такое педологический прогноз. И здесь педология пошла по худшему пути: по пути прямого заимствования у других наук, подменяя диагноз педологический диагнозом медицинским, или по пути простой эмпирии, пересказа в диагнозе другими словами того же самого, что было заключено в жалобах родителей, в лучшем случае сообщая родителям и педагогам сырые данные отдельных технических приемов исследования (вроде умственного возраста по А. Бине и т. д.).

Причины такой беспомощности — в неразработанности самой общей педологии, которая, по суровому определению П. П. Блонского, до сих пор является винегретом различных сведений и знаний, но недостаточно оформленной наукой в собственном значении этого слова.

Но сам Блонский заключает свою "педологию" (которая несомненно сыграла историческую роль в развитии нашей науки и которая претендует, по его собственным словам, именно на то, чтобы оформить педологию как науку) примером практического приложения педологии к жизни. "Мне кажется, — говорил он в заключении, — нельзя более кстати закончить эту книгу, как рассказать то, что произошло в тот день, когда я ее заканчивал" (1925, с. 317). В этом заключении он рассказывает о том, как в начальной группе первой ступени учительница выделила для педологического исследования трех наиболее трудных детей. "Мы взяли этих детей на педологическое обследование, и вот сегодня мы получили первые данные, — рассказывает Блонский. — Тестирование Володи дало умственный возраст 5,2. Значит, неудивительно, что наш пятилетка не может усвоить грамоту и школьные порядки. Митя имеет мать-эпилептичку и сам страдает припадками. Естественно

предполагать, что его зеркальное письмо имеет источником кортикальные дефекты в области соответствующих центров или проводящих путей на почве эпилепсии... Шура — отец запойный алкоголик, т. е. циклотимик... у ребенка обильная течь из уха, и он почти оглох... Так даже самое поверхностное обследование сразу нам дало понимание детей, а, значит, и знание воспитания их. Педагогические назначения: для Володи — интеллектуальное воспитание по дошкольному методу Монтессори и хлопоты о переводе его в учреждение с дошкольным режимом; для Мити — укрепление физического здоровья, избегание всякого нервирования и поощрение удач в прямом письме без торможения его за зеркальное письмо; для Шуры — лечение уха, надежда, что шизоидный возраст смягчит циклоидность, ровное обращение и в случае сильного возбуждения успокаивающие лекарства (там же, с. 317-318).

Правда, сам Блонский оговаривается, что пока это самые общие педагогические назначения, подробный педологический анализ даст более детальные педагогические назначения. Но нас интересует не степень детализации, а само направление, в котором идет педологический анализ. Из чего он складывается в данном случае? Из того, что арифметически, суммарно выводится умственный возраст с помощью тестов, из того, что выяснено, что у Шуры отец — запойный алкоголик и циклотимик, мать — невероятно болтливая, подвижная и бестолковая женщина, т. е. гипоманиакальный циклоид; у ребенка обильная течь из уха, и он почти оглох; иными словами, перед нами полуглухой гипоманиакальный циклоид. Нам думается, что достаточно трех данных диагнозов и тех педагогических назначений, которые основаны на них, для того, чтобы увидеть: по существу мы здесь имеем то же самое, что в приведенном выше диагнозе опытного психиатра.

Итак, первая трудность, определяющая кризис, переживаемый методикой исследования трудного детства, заключается в невыясненности основных понятий, связанных с педологическим исследованием ("диагноз", "прогноз", "назначение" и т. д.). Педология еще не установила точно, что она должна исследовать, как должна это определять, что должна уметь предвидеть, какие советы должна давать. Без выяснения этих общих для всякого педологического исследования вопросов невозможно выйти за пределы того жалкого и скудного эмпиризма, в котором погрязла сейчас наша практическая методика. Ответить на эти вопросы педология сможет, если она действительно последовательно продумает свои основные теоретические положения до самого конца и сумеет сделать из них правильные практические выводы.

Вторая трудность, определившая кризис, лежит, как уже сказано, не столько в общей методике педологического исследования, сколько в педологии трудного детства. Состояние педологии трудного детства напоминает сейчас состояние психиатрии до Э. Крепелина, т. е. до создания научной системы психиатрической клиники. Эта историческая параллель кажется в высшей степени поучительной, ибо она позволяет нам не только утешаться, сознавая, что другие науки переживали сходное с нами положение, но и прямо указывает, как выйти из этого положения, или, вернее, каким путем другие науки в свое время преодолели аналогичный кризис и в чем, следовательно, заключается задача, стоящая перед педологией сейчас.

Как известно, психиатрия до Э. Крепелина основывалась на внешнем описании отдельных проявлений душевных заболеваний. Психозы, говорит О. Бумке об этом периоде в развитии психиатрии, классифицировались тогда по чисто внешним проявлениям и отдельным симптомам вроде тех, какими кашель или желтуха являются в учении о внутренних болезнях. Ясно, что таким способом нельзя было доискаться природы и внутренней связи отдельных душевных расстройств, точно так же, как на этом пути немислимо было найти ни излечения этих болезней, ни предотвращения их. Крепелин первым создал систематику психических болезней,

сделавшую проявление болезни, ее симптомы лишь признаками, обнаружениями, за которыми скрывался настоящий патологический процесс, определяемый не только проявлением болезни в данный момент, но ее происхождением, течением? клиническим исходом, анатомическими находками и другими моментами, которые, будучи взяты вместе, образуют полную картину настоящей болезненной формы. Таким образом, говорит Бумке, крепелинская система душевных болезней вскоре после того, как она была осмеяна и признана, прошла триумфальным шествием через весь мир, и неудивительно поэтому, что вместе с коренным поворотом основной точки зрения психиатрии, вместе с переходом от проявлений болезни к ее сущности были заложены самые основы научной психиатрии. Бумке добавляет, что мы опираемся на Крепелина даже в тех случаях, когда высказываемые взгляды сильно отличаются от его собственных.

В эту аналогию, думается нам, стоит углубиться. Достаточно только мысленно перенестись в ту эпоху психиатрии, о которой говорит Бумке, чтобы увидеть, что она в точности напоминает современное состояние педологии. Тогда психиатрический диагноз базировался на отдельном симптоме, и психиатр распределял душевные болезни по рубрикам: галлюцинация, бред, — подобно тому как в донаучную эпоху клиника внутренних болезней определяла болезни так: кашель, головная боль, ломота и т. д. Если мы перенесемся мысленно в положение врача той эпохи, мы увидим, что он по необходимости должен был ставить диагнозы точь-в-точь такие, какие часто ставит сейчас педолог. Приходил больной, жаловался на кашель, ученый врач, вероятно, называл кашель по-латыни и с таким диагнозом отпускал пациента. Если наивный больной просил разъяснить, что означает мудреное название, он, наверное, в ответ узнавал то же самое, что незадолго перед тем сообщил врачу. Так точно, если психиатру больной или его родственники рассказывали о том, что он слышит в тишине не слышимые ни для кого голоса или видит в пустом пространстве диковинные вещи, не видимые для нормальных людей, врач определял заболевание как галлюцинацию, а т вопрос, что значит галлюцинация, вероятно, отвечал: это значит что больной слышит вокруг голоса или видит несуществующие вещи и т. д.

Эта аналогия имеет не только внешнее, но и более глубокое внутреннее основание, вскрыть которое мы должны, ибо без этого не найдем правильного методологического решения интересующего нас вопроса, не поймем, каким образом медицина и психиатрия перестал и ставить такие диагнозы, не поймем, чего не достает современной педологии, чтобы она оказалась в состоянии перейти от таких диагнозов к истинным. диагнозам. Сущность заключается в том, что один из современных психологов обозначает как различие между фенотипической и каузально динамической точкой зрения на явления. Старая ботаника, по словам этого автора, распределяла растения на определенные группы по форме листьев, цветов и т. д., сообразно их фенотипическому сходству. Однако оказывается, что од ни и те же растения могут иметь совершенно различный вид в зависимости от того, произрастают ли они на равнине или в гористое местности. Часто наблюдающееся огромное различие во внешнее виде фенотипически идентичных живых существ в зависимости от их пола, стадии их развития и своеобразных окружающие условий, в которых они развиваются или развивались, привело биологию к выработке наряду с феноменологическими понятиями понятий, которые можно было бы обозначить как кондиционально-генетические.

Каждое явление не определяется на основе своего вида в данный момент, но характеризуется как известный круг возможностей такого рода; оказывается, что только при наличии определенного комплекса условий, или, можно сказать, определенной ситуации, возникает данный фенотип. Биология давно на опыте узнала, что два фенотипически одинаковых образование или Процесса могут вовсе

не быть подобными друг другу каузально-динамической стороны, т. е. по своим причинам и действиям. Напротив, физика и недавно биология показали, что, одной стороны, фенотипическое подобие может сочетаться с каузально-динамическим глубочайшим различием и, с другой сильное фенотипическое различие может наблюдаться при теснейшем каузально-динамическом родстве двух явлений или процессов.

Таким образом, мы вправе заключить, что не только проблемы развития толкают науку на переход от фенотипических к генотипическим связям, но и исследование проблемы причинности и реальных связей всевозможного рода всегда в конечном счете предполагает переход к образованию соответствующих понятий в биологии, в физике и математике, в истории и экономике. Это положение имеет не меньшее значение и для психологии. При решении вопросов о возникновении и исчезновении, о причинах и условиях и прочих реальных связях оказывается, что психические комплексы и события также недостаточно определены своими феноменальными особенностями. Здесь также возможны случаи теснейшего родства между образованиями, которые развиваются на совершенно различной почве и по совершенно различным закономерностям. К. Левин (3), которому принадлежат только что приведенные мысли, дает ряд психологических примеров, подтверждающих это положение.

И до тех пор, пока наука не становится на этот путь, пока она погружена исключительно в исследование внешнего проявления вещей, она остается на уровне эмпирического знания и не может быть наукой в настоящем смысле этого слова. Такой была медицина, когда она определяла болезни по симптомам и кашлявшему человеку говорила, что у него кашель, а жалувавшемуся на головную боль — что у него головная боль. Она выражала в объяснении другими словами то же самое, что содержалось в вопросе, и, подобно мольеровскому врачу, объясняла усыпительное Действие опия тем, что он обладает усыпительной силой. Мы видим, таким образом, глубокие методологические основы того самого вопроса, который был перед нами поставлен в приведенном выше воспоминании. И не случайно простая женщина указала на основной методологический порок целой науки, когда обратила внимание ее представителей на то, что определения не углубляются дальше внешнего проявления вещей и, следовательно, бессильны чем-нибудь обогатить, что-либо добавить к знаниям всякого наивного наблюдателя, следящего за этим внешним проявлением.

Но самое худшее заключается в том, что при таком положении дела наше знание не только не поднимается до уровня настоящей науки, но и прямо ведет нас к ложным выводам и умозаключениям. И это вытекает из того, что сущность вещей не совпадает прямо с их проявлением. Кто судит о вещах только по их случайным проявлениям, тот ложно судит о вещах, тот неизбежно придет к неверным представлениям о действительности, которую он изучает, и к неверным практическим указаниям о воздействии на эту действительность. Кто будет отождествлять всякий кашель и всякую головную боль, тот свалит в одну кучу явления, не имеющие между собой ничего общего, тот составит себе ложное представление о действительности и никогда не найдет средства излечить кашель. Все дело в том, что наука изучает связи, зависимости, отношения, лежащие в основе действительности" существующие между вещами.

Возьмем простой пример. При господстве фенотипической точки зрения в биологии до Ч. Дарвина кита относили к рыбам, но не к млекопитающим, потому что по внешнему строению тела, всей своей жизнью в воде, т. е. фенотипически, он имеет гораздо больше общего с акулой, щукой, чем с оленем и зайцем, хотя генотипически, т. е. с точки зрения развития тех реальных связей, которые определяют его жизнедеятельность, кит есть млекопитающее, а не рыба. Тот, кто

признавал кита рыбой, клал в основу этого убеждения верное само по себе наблюдение, но и умел правильно истолковать это наблюдение.

То же самое, что произошло в биологии, когда Дарвин создал свою гениальную эволюционную теорию и тем дал возможность перейти от фенотипической к кондиционально-генетической точке зрения, пережила или должна пережить каждая наука. То же самое должна проделать сейчас педология.

Мы пришли, таким образом, как будто к неутешительному выводу. Значит, педологии не хватает своего Дарвина, значит; выход из кризиса заключается в ожидании гениального мыслителя. Кто думает, что это так, тот снова судит по внешние проявлениям вещей, тот в самой аналогии, которую мы анализировали выше, не усматривает ее внутренних существенных оснований, тот скользит по поверхности, тот неизбежно окажется недалевидным пророком, каким оказался У. Джемс (4), когда пессимистически оценивал современную ему психологию и говорил, что она ожидает своего Галилея, который превратит ее в науку. В отношении психологии мы видим, что она уже вступила на тот путь, который в свое время проделали биология и физика хотя не дождалась еще своего Галилея

Рядовому современному исследователю-психологу ясно, что сущность тех вещей, которые изучает психология, и их внешних проявления, их феноменальный облик неидентичны между собой. Между тем педология до сих пор еще не осознала этой мысли. До сих пор еще педологию определяют очень часто как науку о симптомах. "Оказывается, — говорит, например, Болонский, — что количественный рост материи в организме вызывает ряд изменений в этом организме, в его конституции и его поведении, причем той или иной рост материи определенно связан с теми или иным изменениями в конституции и поведении. Совокупность этих изменений я называю возрастным симптомокомплексом. В детстве расчленяется, как узнаём, на ряд различных эпох роста, каждая из которых, в свою очередь, расчленяется на ряд отдельных фаз и стадий. Каждой из этих эпох, фаз и стадий присущ особый возрастной симптомокомплекс. Педология изучает симптомокомплексы различных эпох, фаз и стадий детского возраста во временной последовательности и в их зависимости от различных условий. (1925, с. 8-9).

Мы видим, что в этом определении сделана теоретическая попытка принципиально закрепить за педологией в качестве прямого объекта ее исследования симптомокомплексы, т. е. группы внешних признаков. Эта принципиально феноменологическая точка зрения неизбежно, как показано выше, должна привести нас к установлению ложных связей, к искажению реальности, в неверной ориентации для действия, поскольку она судит в действительности и лежащих в ее основе связях, отождествляя их с симптомами.

Мы не решились бы утверждать, что в мире не существует никакой науки, объектом исследования которой были бы симптомы. Объектом научного исследования всегда является то, что обнаруживает себя в симптомах. Наука же занята в основном теоретическим ответом на вопрос о сущности, о действительной природе того объекта, который она изучает по его внешним проявлениям. Что только это и обязательно, что педология может стать наукой и до прихода ее собственного Дарвина, как нельзя лучше можно видеть из приведенной выше аналогии с развитием научной психиатрии. В исторической судьбе психиатрии с экспериментальной ясностью показано, каким образом возможен переход эмпирического знания в действительно научное без того однако, чтобы одновременно с этим переходом была решена основная задача данной науки — разгадка сущности изучаемого ею объекта. Э. Крепелин (5), при всей гениальности, не был Дарвином, он не создал в психиатрии ничего, что могло быть поставлено наравне с эволюционной теорией. О сущности психических заболеваний он не сказал ничего, он превратил их в икс и тем не менее дал нам возможность научно

оперировать с этим иксом и научными средствами приближаться к его познанию. Изучить путь Крепелина в психиатрии — значит наметить ближайшую и совершенно реальную программу действий, необходимых для превращения педологического исследования из эмпирической регистрации симптомов в научный метод познания действительности.

Сущность, основа того изменения научной работы, которое было произведено в Области психиатрии Крепелином, заключается в том, что ему удалось перевести психиатрическое познание и мышление с фенотипической точки зрения на кондиционально-генетическую, но без решения вопроса относительно природы тех процессов, к изучению которых он приступал. Крепелин не обладал в области познания психических болезней тем, чем является эволюционная теория в современной биологии, и тем не менее создал совершенно научную биологическую клинику психических болезней. Таким образом, он на практике показал, что метод истинно научного мышления в основном решает вопрос о сущности и природе тех процессов, которые изучает клиника с позиций эволюционной теории. Напротив, самый путь к решению этого вопроса зависит от усвоения научного метода мышления. Крепелин и был Дарвином современной психиатрии, но без эволюционной теории.

Вместо теории, которая в области психиатрии заменяла бы эволюционную теорию, он поставил икс. Он сделал то что в истории научной мысли неоднократно уже оказывалось ключом к решению основных методологических проблем в самых различных областях знания. По счастливому выражению И. В. Гёте, он проблему сделал постулатом. Если основная проблема научного исследования в данной области — это вопрос о природе, сущности психической болезни, то Крепелин постулировал, что такая сущность психических болезней и есть реальное основание того, что мы наблюдаем в клинике в качестве картины симптомокомплекса, течения и исхода данного заболевания. Не умея ближе определить сущность этого заболевания, он оставил его гипотетической величиной, поступая совершенно так же, как поступаем мы в алгебре, обозначая ряд величин иксом, игреком, зетом, что не только не мешает нам производить с этими неизвестными величинами совершенно определенные математические действия — складывать, умножать, делить, возводить в степень, извлекать корень, но что является единственным путем к раскрытию этих иксов.

Э. Крепелин составил ряд таких уравнений для психиатрии, не решении этих уравнений психиатрическая клиника действительно встала на научный путь. От изучения симптомов, до признаков явлений она перешла к изучению сущности душевных заболеваний и этим создала ту стройную и прочную система психических болезней, которая навсегда оставила позади себя симптоматическую классификацию и диагностику. Психиатрия выделила такие клинические формы, как шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, не зная еще сущности процессов, которые лежат в основе этих заболеваний. Но тем не менее она перешла, как уже сказано, на истинно научный путь в мышлении; сделав поворот от изучения симптомов к исследованию того, что лежит за симптомами, т. е. от внешнего проявления вещей к изучению их внутренней сущности.

То же самое должна сделать современная педология, если она хочет овладеть научным методом мышления. Она должна от изучения симптомокомплексов перейти к изучению процессов развития, обнаруживающих себя в этих симптомах, и нет никакого оснований предполагать, что процессы развития нормального ненормального ребенка, механизмы образования трудновоспитуемости не могут быть выделены таким путем, каким шла клиника при выделении психических болезней. Есть все основания полагать, что существует известное, более или менее ограниченное число основных и главных типов механизмов, форм детского развития



и трудновоспитуемости. И вот создать педологическую клинику трудного детства и означает эмпирически и теоретически выделить и описать богатства их каузально динамических связей во всей полноте их кондициональногенетической обусловленности, основные типы, механизмы и формы развития нормального и аномального ребенка.

Задача Крепелина — педологии трудного детства требует от нас коренного пересмотра одной из центральных проблем с которой имеет дело педология, именно типологической проблемы. У нас обычно в решении этой проблемы идут дедуктивным путем. Берутся все формы ненормальности и трудновоспитуемости и затем с помощью нехитрой схемы разделяются на отдельные классы и виды. Так из типологии трудного детства мы узнаем, что есть нормальные, социально запоздалые и дефективные дети, что эти последние делятся на детей с общей реактивной нестойкостью, детей-церебропатов, детей с дефектами органов чувств, детей-калек. Внутри этих групп обычная типологическая схема строится чисто дедуктивным путем, исходя из того, какие возможны комбинации, определяющие типы ненормального ребенка. Примером приема классификации может служить обычная типологическая схема.

Как легко видеть, рассуждение, лежащее в основе такой схемы, чрезвычайно простое. Есть хорошая и плохая среда, и есть хорошие и плохие задатки, а дальше существует столько типов трудновоспитуемых детей, сколько может быть арифметических комбинаций из четырех элементов по два: хорошая среда и плохие задатки, хорошая среда и хорошие задатки, плохая среда и хорошие задатки, плохая среда и плохие задатки. Главное же та формальная пустота, абстрактность и бессодержательность подобной схемы; самый путь ее построения — путь антинаучный, схоластический, принципиально противоположный тому пути, с помощью которого создавалась научная классификация в биологии и психиатрии. Научная классификация биологии была создана на основе происхождения видов не умозрительным, а опытным путем. Так точно и психиатрия да и всякая медицинская клиника никогда не составляли нозологических классификаций на основе чистой комбинации всех возможных сочетаний болезнетворных факторов.

Надо идти путем изучения реальной действительности, путем выделения и описания отдельных форм, механизмов, типов 'детского недоразвития, детской трудновоспитуемости, накопления этих фактов, проверки их, теоретического их обобщения и приучиться к мысли, что выражение "отсталый ребенок" так же мало говорит современной педологии, как выражение "больной" мало говорит современной медицине. То и другое имеет чисто негативное содержание, указание на то, что перед нами человек, неблагополучно развивающийся в одном случае и не обладающий полнотой здоровья — в другом.

Но задача научного познания заключается в том, чтобы определить природу этой отсталости, или этой болезни. Точно так же указание на плохую или хорошую среду еще решительно ничего не говорит педологу, занятому исследованием реального процесса детского развития, как указание на инфицированную среду еще ничего не говорит врачу о природе заболевания.

Таким образом, перед современной педологией встает задача вместо статической, абстрактно построенной типологии создать динамическую типологию трудновоспитуемого ребенка, типологию, основанную на изучении реальных форм и механизмов детского развития, обнаруживающих себя в тех или иных симптомокомплексах. Если мы с этой точки зрения обратимся к практике современной диагностики развития, то увидим, что она ни в какой мере не отвечает этим требованиям. Возьмем в качестве примера интересную работу К. Шнейдера "Коллективный диагноз", одну из немногих работ, посвященных теоретическому выяснению основного понятия практической педологии. Диагноз в педологии, говорит

этот автор, надо понимать немного иначе и, пожалуй, несколько шире, чем в медицине. Педиатр или психоневролог, например, при постановке диагноза констатирует дефект, какое-либо заболевание. Для этого он мобилизует главным образом те симптомы и этиологические моменты, которые связаны с данным заболеванием. Иначе диагностирует педолог. Он старается установить своеобразие детского развития в данный момент. Его интересуют не отдельные симптомы или их комплексы (синдромы), а взаимная их связь и обусловленность в механизме всего детского развития и условия, его определяющие. Он должен дать, по выражению Блонского, цельную симптомокомплексную картину с этиологическим анализом.

Не подлежит никакому сомнению, что основная задача, высказанная Шнейдером, определена правильно. Однако если мы обратимся к тому, как осуществляется в этой же статье постановка педологического диагноза, то увидим, что на практике мы еще очень далеки от тех требований, которые сами выдвигаем. В проработке педологической проблемы, по мысли автора, диагноз составляет один из наиболее важных элементов накопления научно-исследовательского материала, и вместе с тем этот диагноз он находит возможным ставить путем привлечения всего коллектива амбулатории, участвовавшего в обследовании, к разбору полученных данных. Шнейдер и называет полученный диагноз коллективным. В практике Шнейдера в коллективном диагнозе участвовало минимум пять лиц: педолог, педагог, педиатр, психоневролог, антрополог и технический секретарь. Фактически этот состав всегда дополняется еще одним, по крайней мере, лицом, близко стоящим к ребенку (родители, школьный врач или педагог), и нередко, кроме того, другими работниками учреждения, педологами, обследовавшими детей, врачами, специалистами.

Если мы рассмотрим с научной стороны этот коллективный диагноз, то увидим, что он ни в какой мере не является тем, о чем мы только что говорили, формулируя наши требования в теоретической форме.

Мы не станем приводить первой части этого диагноза, которая названа педологическим анализом, где собран материал, необходимый для диагноза, а приведем то, что является, с точки зрения автора, специфическим диагнозом. Шнейдер называет такой диагноз педологическим синтезом. Он полагает, что неблагополучие в сфере активности интеллектуальных функций (слабое внимание, заторможенность ассоциации), по-видимому, находится в связи с повышенной нервной возбудимостью, с одной стороны, и несовершенством анализаторов (слабое зрение, аденоиды) — с другой. Слабая школьная продуктивность является результатом пониженной способности к длительной умственной работе. Домашнее воспитание (телесное наказание, брань и ссоры родителей) не благоприятствует, а затрудняет развитие этой способности

Достаточно проанализировать подобный диагноз, чтобы увидеть: он кратко повторяет те же самые данные, которые приводились до фактического исследования? ничего не прибавляя к ним нового, кроме проблематичного ("по-видимому") отношения и связей между фактическими явлениями и ничего не говорящего констатирования (слабая школьная продуктивность является результатом пониженной способности к длительной умственной работе). Перед нами снова диагноз мольеровского врача, который в объяснении другими словами пересказывает то же самое, что требовалось объяснить. Такой диагноз является не педологическим синтезом, но простым конспектом педологического анализа, т. е. простым конспектом собранного фактического материала.

Отсюда понятно, что советы, заключающиеся в третьей части исследования, не содержат в себе решительно ничего такого, что не могло бы быть получено и без педологического диагноза. Лечебно-профилактические советы сводятся к следующим: первое — лечить нос (удалить аденоиды), второе — подобрать очки

для постоянного ношения, третье — состоять на учете в диспансере, четвертое — ежедневно гулять 20 минут перед сном. Социально-педагогические советы сводятся к двум: первое — не перегружать домашней работой и второе — проводить индивидуальные школьные занятия на воспитание внимания и ускорение ассоциативных процессов.

Что наиболее замечательно и в диагнозе и в практическом назначении? Полное отсутствие всяких намеков на развитие, т. е. отсутствие как раз того? что в теории выдвигалось в качестве основного требования к педологическому диагнозу. Ведь все это можно с одинаковым успехом применить и к взрослому человеку. В результате ничего специфического для ребенка, для детского развития на данном этапе, а следовательно и для педологии как науки мы не находим. Между тем, по правильному замечанию А. Гезелла, диагностика развития совершенно самостоятельная научная задача, которая должна быть разработана научными средствами, Гезелл задается вопросом: где должна быть сосредоточена подобная точки зрения имеют отношение к оценке условий развития.

А. Гезелл видит одно из преимуществ термина "развитие" именно в том, что он вынуждает нас не делать особенно резкого различия между телом и психикой. Он правильно говорит, что диагностика развития никогда не должна ограничиваться только психической стороной развития; она должна обнимать все явления развития, ибо идеальный психологический диагноз никогда поможет быть поставлен самостоятельно, без всякого отношения к подкрепляющим и дополняющим данным. Термин "развитие" не делает лишних различий между вегетативным, чувствительно-двигательным и психическим развитием, он ведет к научному и практическому согласованию всех данных критериев развития. Идеально полный диагноз развития охватывает все явление психического и социального порядка в связи с анатомическими физиологическими симптомами развития. "Отсюда следует, — говорит Гезелл, — что научные основы диагностики развития имеют одинаково врачебный и психологический характер в тесном смысле этого слова. (1930, с. 365).

Так как психиатрия — один из общепризнанных основных отделов медицины, то можно спросить: нельзя ли представить психиатрию в таких рамках, чтобы она включала в себя задачи и практику диагностики развития? Многие соображения говорят в пользу этого. "Но есть много оснований, — продолжает Гезелл, — по которым вся область диагностики развития должна быть теснее приурочена к педиатрии. Эти основания не только логического, ж и практического свойства" (там же, с. 366). Исторически правда он признает, что главными задачами педиатров были диагностика и лечение болезней, но весь ход современной педиатрии выдвигаем на первое место предупреждение и контроль. Эта задача так важна, что в ее сферу втягиваются не только больные, но и слабые, даже нормальные дети. Эта задача так важна, что она иногда охватывает психологические и функциональные стороны развития. Надзор за правильным кормлением ребенка становится естественной основой более широкого и столь же постоянного контроля за его развитием.

Логическая противоречивость последнего утверждения Гезелла, очевидна сама собой. Понимая, что задачи диагностики развития гораздо шире, чем задачи педиатрии, он, исходя из ложного положения, будто диагностика развития должна быть отнесена к одной из уже существующих областей, делает свой выбор в пользу педиатрии, забывая, что если педиатрия составляет органическую часть более широкой области, то вся эта область должна получить самостоятельное научное развитие, что и осуществляется в педологии; педиатрия же должна развиваться как одна из педологических дисциплин, которая строит диагностику и лечение болезни, предупреждение заболевания и охрану здоровья ребенка на общем учении о законах и динамике его развития. В этом отношении Гезелл обнаруживает характерную для

многих исследователей тенденцию к стихийному выходу за пределы собственной компетенции, не решаясь методологически осознать необходимость создания новой научной дисциплины-педологии. Подобно другому мольеровскому герою, эти авторы говорят педологической прозой, сами того не сознавая. Они занимаются педологическим исследованием, не называя его педологическим.

Однако полное решение проблем диагностики развития может быть достигнуто только на основе последовательного и достаточно глубокого решения основного вопроса относительно законов природы процессов детского развития

## 2.

Нам остается перейти ко второму центральному вопросу нашей статьи, именно к суммированию тех попыток, которые были нами сделаны в разное время на основании исследований и которые все были проникнуты одной общей идеей-попыткой перейти от фенотипической к каузальнодинамической точке зрения в методике изучения и диагностике развития. Основным положением, от которого мы отправляемся здесь, является правильное понимание задачи педологического исследования. Эту задачу мы видим во вскрытии внутренних закономерностей, внутренней логики, внутренних связей и зависимостей, определяющих процесс детского развития в его строении и течении. До последнего времени в исследованиях мы уделяли гораздо больше внимания вопросу о динамике и течении процесса развития, чем вопросу о его структуре сущности. Оба вопроса являются двумя сторонами одного и того же целого и не могут быть не только правильно решены, но и верно поставлены один без другого.

Основной принцип исследования развития совершенно правильно формулирует Гезелл: "Высшим генетическим законом является, по-видимому, следующий: всякий рост в настоящем базируется на прошлом росте. Развитие не есть простая функция, полностью определяемая икс-единицами наследственности плюс игрек-единицами среды. Это есть исторический комплекс, отображающий на каждой данной ступени заключенное в нем прошлое. Другими словами, искусственный дуализм среды и наследственности уводит нас на ложный путь; он заслоняет от нас тот факт, что развитие есть непрерывный самообусловливаемый процесс, а не марионетка, управляемая дерганием двух ниточек" (1932, с. 218). В другой книге Гезелл говорит, что как у нормальных, так и у ненормальных детей все стадии органически и безостановочно вытекают одна из другой, подобно действию хорошо слаженной драмы, и если мы хотим понять развязку, мы должны следить за всеми актами.

Таким образом, вскрытие внутренней логики драмы детского развития, динамического сцепления между ее отдельными актами и перипетиями составляет основную задачу методики педологического исследования.

Мы не будем подробно останавливаться на основных и первых этапах нашей разработки педологической методики. Отдельные этапы были освещены в свое время в ряде докладов и работ, к которым мы и отсылаем читателя. Здесь мы для понимания преемственности всех этих этапов и для понимания внутренней логики развития основной, защищаемой нами идеи приведем только главные положения, которые были выработаны на предшествующих этапах. Первые положения привели нас к убеждению, что традиционные методы исследования (шкала Бине, профиль Г. И. Россолимо и др.) основываются на чисто количественной концепции детского развития; по существу они ограничиваются чисто негативной характеристикой ребенка. Развитие ребенка, отраженное в этой методике, мыслится как чисто количественный процесс нарастания качественно однородных и равных друг другу единиц, принципиально замещаемых на любой ступени развития. Год раз вития есть всегда год, идет ли речь о продвижении ребенка от шестилетнего к семилетнему или

от 12- к 13-летнему возрасту.

Такова основная концепция Бине, у которого год развития измеряется всегда пятью показателями, учитывающими как совершенно равнозначную величину определяемый умственный рост ребенка, будь это рост двенадцатого или третьего года жизни. Это основное непонимание центральной проблемы развития и возникающих в ее процессе качественных новообразований приводит прежде всего к ложной установке и в отношении количественной стороны развития. Проблемы развития и его организации во времени представлены здесь в искаженном виде, ибо основной закон, гласящий, что в умственном развитии ценность месяца определяется его положением в жизненном цикле, не учтен. Здесь принят обратный принцип. В умственном развитии ценность месяца определяется независимо от его положения в жизненном цикле.

Для профиля Россолимо исходным положением является другое. Единица памяти равна единице внимания независимо от качественного своеобразия психологической функции. В общем итоге, определяющем развитие, единицы внимания подсчитываются наравне с единицами памяти, подобно тому как в голове наивного школьника километры складываются с килограммами в одну общую сумму. Оба эти момента, т. е. чисто количественная концепция детского развития и негативная характеристика ребенка, отвечают практически чисто отрицательной задаче выделения из общей школы неподходящих к ней детей, потому что они не в состоянии дать позитивную характеристику ребенка определенного типа и уловить его качественное своеобразие на данной стадии его развития. Эти методы стоят в прямом противоречии как с современными научными взглядами на процесс детского развития, так и с требованиями специального воспитания ненормального ребенка.

Современные научные представления о развитии ребенка совершенствуются в двух направлениях, внешне противоположных, но внутренне взаимно обусловленных: с одной стороны, в направлении расчленения психологических функций и выяснения их качественного своеобразия и относительной независимости их развития (учение о моторной одаренности, практическом интеллекте и пр.), с другой — в направлении динамического объединения этих функций, вскрытия целостности личности ребенка и выяснения сложных структурных и функциональных связей между развитием отдельных сторон личности. Развитие ребенка есть единый, но не однородный, целостный, но не гомогенный процесс.

Сложность состава в процессе развития не только не исключает, но предполагает первостепенное значение динамического и структурного объединения всех сторон и процессов развития в единое целое.

Основывающиеся на этих положениях системы исследования ребенка, имеющие задачей его позитивную характеристику, могущую лечь в основу воспитательного плана, строятся на трех главных принципах: разделения добывания фактов и их толкования, максимальной специализации методов исследования отдельных функций (в отличие от суммарных методов, стремящихся исследовать все) и на принципе динамического типологического толкования добытых при исследовании данных в диагностических целях. В этом отношении современная психология трудного детства дает в наше распоряжение не только методические принципы, но и реальные представления относительно природы тех процессов детского развития, которые мы изучаем.

Если взять в качестве конкретного примера проблему исследования умственно отсталого ребенка, можно показать на этом призматическом богатстве тех конкретных данных относительно динамического сцепления и движения отдельных функций, о которых мы говорим или выше. Основные принципы динамической характеристики умственно отсталого ребенка были нами сформулированы в свое время в докладе на педологическом съезде. Подробное развитие этих тезисов дано

в нашей работе "Основные проблемы современной дефектологии". Уже там сказано о сложности, неоднородности динамического объединения, замещения, разделения вторичных и первичных моментов — одним словом, сложности структуры умственной отсталости. Идя по тому же пути дальше, мы на психоневрологическом съезде имели возможность доложить результаты наших исследований глухонемого, умственно отсталого и истерического ребенка. Краткое содержание исследований мы снова приводим в этой работе. Мы хотели бы на них остановиться, так как здесь заключена отправная точка дальнейшего развития интересующей нас проблемы.

Основным положением, которое может интересовать нас с методической стороны, является констатирование того факта, что при изучении аномального и трудновоспитуемого ребенка следует строго различать первичные и вторичные отклонения и задержки в его развитии. Основным результатом наших исследований был вывод, что отклонения и задержки в развитии интеллекта и траектория у аномального и трудного ребенка, как правило, всегда связаны с вторичными осложнениями каждой из этих сторон личности или личности в целом. Методологически правильно поставить вопрос о соотношении первичных и вторичных отклонений и задержек в развитии аномального и трудного ребенка — значит дать ключ к методике исследования и методике специального воспитания этого ребенка.

Изучение вторичных осложнений в развитии аномального и трудного ребенка привело нас к установлению весьма важных в теоретическом и практическом отношении конкретных симптомов комплексов, наиболее пластических и динамических по своей природе, которые вследствие этого могут стать основной сферой приложения лечебно-педагогического воздействия. Эти исследования показали, что задержка в развитии высших интеллектуальных функций и высших характерологических слоев личности при олигофрении, глухонемоте и истерии есть вторичные осложнения уступающие правильному лечебно-педагогическому воздействию.

В сущности здесь уже заключена вся проблема в целом. Очевидно, нельзя представить дело таким образом, будто та или иная причина непосредственно порождает из себя решительно все проявления, с которыми мы сталкиваемся и которые мы констатируем в качестве симптомов. Отношение симптома к производящей причине неизмеримо сложнее. Бели прежде полагали, что какой либо дефект, например, глухота или дебильность, непосредственно приводит к появлению всей известной нам картины, характеризующей развитие данного ребенка, то сейчас мы знаем, что отдельные симптомы находятся в различном и чрезвычайно сложном отношении к основной причине. Симптомы не могут быть выведены непосредственно из дефекта, подобно монетам вынутым из содержащего их кошелек. Все симптомы не выстраиваются в один ряд, каждый член которого находится в совершенно тождественном отношении к причине, породившей весь ряд. Утверждать это — значило бы игнорировать процесс развития между тем картина, которую представляет умственно отсталый ребенок, является продуктом развития. А это значит, что он имеет сложный состав, сложную структуру.

В качестве примера приведем анализ структуры личности умственно отсталого ребенка, которая, по нашим наблюдениям может считаться типической для ряда дебилов. Оговоримся заранее, что она ни в какой мере не является обязательным путем для развития всякого умственно отсталого ребенка. Вся суть в динамическом сцеплении отдельных синдромов, в их генетической, функциональной и структурной связи, которая никогда не складывается стереотипно, шаблоннообразно. В центре или в основе всей картины должна быть поставлена еще недостаточно изученная, но все же в главных чертах выясненная картина дебильности, или ядро дебильности, как можно было бы его назвать в отличие от вторичных, третичных

наслоений, надстраивающихся вокруг этого ядра.

Первым и наиболее частым осложнением, возникающим как вторичный синдром при умственной отсталости, оказывается недоразвитие высших психических функций (высших форм памяти, мышления, характера, слагающихся и возникающих в процессе социального развития ребенка). При этом замечателен тот факт, что само по себе недоразвитие высших психических функций не обязательно связано с дебильностью. Но очень часто то и другое встречается вместе, так как между обоими этими явлениями: существует не механическая, а генетическая и функционально-структурная связь, раскрыть которую не представляет особого труда после ряда специальных исследований, посвященных, этому вопросу.

Один из центральных факторов детского культурного развития, как показывает исследование, — сотрудничество. Коллектив как фактор развития высших психических функций выступает на первое место в свете новых исследований. Дебилный ребенок настолько отличается по интеллектуальному уровню от других детей, что происходит его выпадение из детского — коллектива и либо он развивается вне детского коллектива, либо, что бывает чаще, линия его развития в коллективе, линия развития социальной стороны его поведения становится резко замедленной, однообразно тягучей, в связи с тем что его продвижение наталкивается на трудности из-за его слабоумия. Нам приходилось наблюдать множество детей-дебилов; которые годами занимали одну и ту же позицию в детском коллективе, не участвуя активно в его жизни, выпадая из него на каждом шагу. Тем самым обуславливались низшие формы сотрудничества с другими детьми, а следовательно, и недоразвитие социальной стороны поведения и высших психических функций, строящийся в процессе этого развития.

Таким образом, возникает недоразвитие высших психических функций. Оно интересно тем, что хотя и связано с дебильностью, но не непосредственной, а опосредованной связью. Недоразвитие высших психических функций не является прямым и непосредственным следствием слабоумия ребенка, оно является вторичным осложнением, механизм возникновения которого мы пытались схематически только что набросать. Замечателен и другой факт: вторичное осложнение может и не сопровождать дебильность там, где условия развития дебила с самого начала парализуют обе причины, о которых мы говорили выше как об основных факторах, приводящих к возникновению детского примитивизма.

Больше того: нам приходилось наблюдать и такие случаи, когда повышенное культурное развитие дебила, явно не соответствующее развитию его элементарных интеллектуальных функций, являлось как бы центральной сферой компенсации у такого ребенка. Мы склонны думать, что явления аналогичного порядка, правда в односторонней форме, лежат и в основе так называемого салонного слабоумия, самый существенный вывод из только что изложенного тот, что дебил, следовательно, принципиально способен к культурному развитию, принципиально может выработать в себе высшие психические функции, но фактически оказывается часто культурно недоразвитым и лишенным этих высших функций из-за своеобразной истории развития.

Мы видим уже тот факт, о котором мы хотели бы сказать, забегаая вперед, как о центральном по значению для всей области затрагиваемых нами явлений. Этот факт состоит в следующем: различие первичных и вторичных задержек в развитии имеет не только теоретический; но и сугубо практический интерес в том смысле, что вторичные осложнения и задержки оказываются наиболее поддающимися лечебно-педагогическому воздействию там, где непосредственная причина--слабоумие, и, следовательно, прямо вытекающие из нее симптомы не могут быть устранены. Впрочем, о диалектике воздействия на развитие ненормального ребенка в связи со сложностью структуры его личности мы еще будем говорить особо. Перейдем к

рассмотрению других синдромов, с которыми мы встречаемся в истории развития умственно отсталого ребенка.

Очень тесно связана с синдромом недоразвития высших психических функций та своеобразная группа симптомов, которую Э. Кречмер выделяет в детской психологии под именем примитивных реакций, противопоставляя их реакциям личности. Под примитивными реакциями и следует понимать непосредственные аффективные разряды, не интерполированные через сложную структуру личности. Примитивными реакциями Кречмер называет такие, где раздражение от переживания не проходит целиком через интерполяцию развитой целостной личности, но непосредственно реактивно обнаруживается в импульсивных мгновенных действиях или и в душевных глубоких механизмах, например гипобулического или гипонического вида. Как то, так и другое, как импульсивные действия, так и реакции гипобулически-гипонического пласта он находит главным образом у примитивных людей, у детей и у животных. Поэтому он их всех объединяет под названием примитивной реакции.

У взрослых культурных людей подобная примитивная реакция может возникнуть или благодаря тому, что травмирующее влияние поражает и парализует высшую личность, вследствие чего более глубокие филогенетические пласты психики испытывают изолированное раздражение и, так сказать, становясь на место более высоких механизмов, выступают на поверхность. В иных случаях подобные примитивные реакции, по словам Кречмера, имеют место у инфантильных личностей, слабоумных, слабонервных и слабовольных психопатов, пострадавших от травмы черепа, алкоголя или скрытой шизофрении. У таких людей даже несильные переживания вызывают примитивную реакцию. Но и под влиянием обычных жизненных раздражений у подобных индивидов создаются часто примитивные реакции, так что склонность к взрывам, аффектам, внезапным действиям и истерическим разряжениям может стать для них прямо-таки характерологическим стигматом, по убеждению Кречмера.

Замечательны в этом описании примитивных реакций два момента. Один непосредственно связан с педологией и заключается в том, что эти примитивные реакции, как уже сказано, часто составляют нормальное явление детского возраста. Время полового созревания с его душевной неуравновешенностью, с его чрезмерно напряженными аффективными положениями особенно располагает к внезапным действиям. Таким образом, настоящее понимание примитивной реакции возможно только в том случае, если мы рассмотрим ее с точки зрения закономерностей детского развития. Второй момент заключается в том, что эти реакции одинаково часто встречаются как в случаях нормального, так и патологического развития личности. По выражению Кречмера, которое он применяет к другой форме поведения, именно к гипобулическому синдрому, о котором мы будем говорить ниже, данное явление не возникает при болезни, как какая-нибудь диковинная опухоль, как нечто совершенно новое. Напротив, заболевание создает только условия, при которых проявляется и выступает наружу всегда заключенный в нормальной организации доведения механизм. "Таким образом, — говорит Кречмер, — то, что мы у истериков рассматриваем как род болезненного инородного тела, этого беса или двойника целевой воли, мы находим и у высших животных, и у маленьких детей. Для них это-воля вообще, на этой ступени развития она является нормальным и более или менее единственным существующим способом хотеть. Гипобулический волевой тип представляет собой онтогенетически и филогенетически низшую ступень целевой установки. Именно поэтому мы и называем его гипобулическим" (1928, с. 125-126).

Указывая на родство кататонического симптомокомплекса с гипобулическим типом, который содержится в этом комплексе, доведенном до самой острой степени,



Кречмер говорит: "Также и кататонический синдром не является новообразованием, продукцией болезни шизофрении, как бы необыкновенной формы опухолью, появившейся на каком-нибудь участке тела, где раньше ничего не было и где органически ничего быть не должно. Кататония не создает гипобулического комплекса симптомов, она лишь выводит его наружу. Она берет нечто, что является важной нормальной составной частью в психофизическом выразительном аппарате у высших живых существ, она отрывает его от нормального соединения, она изолирует его, она смещает и заставляет его таким образом функционировать чересчур сильно и бесцельно, тиранически. Из того самого факта, что такие разнообразные типы болезней, как военный невроз или эндогенная кататония, имеют те же самые гипобулические корни, вытекает, что гипобулика является не только важной переходной ступенью в истории развития высших живых существ, исчезнувшей впоследствии или просто замещенной целевой установкой, — мы видим, что гипобулика является скорее остающимся органом, отпечаток которого сохраняется в более или менее сильной степени также и в психической жизни взрослого человека (там же, с. 126-127).

Мы видим, таким образом, что в самых разнообразных болезнях может обнажиться генетически более ранний механизм, который на известной стадии развития является нормальной ступенью и который не может быть понят иначе, как в свете развития. Мы видим далее, что этот же механизм этот же комплекс симптомов может следовательно, быть характерологическим стигматом трудновоспитуемости, неправильного развития. В этом отношении мы снова приходим к основному положению нашей методики к пониманию единства закономерностей, обнаруживаемых в патологическом и нормальном состоянии, и выводу, что развитие есть ключ к пониманию распада, а распад-ключ к пониманию развития. Мы еще вернемся к этой проблеме, сейчас же для того, чтобы закончить с описываемым синдромом примитивных реакций, скажем, что к этим примитивным реакциям совершенно справедливо относят как простой, совершающийся без задержки разряд сильных аффектов (его называют эксплозивной реакцией), так и короткие замыкания, когда аффективные импульсы, обходя целостную личность, непосредственно переходят в действие. Вся разница заключается в том, что разряд проявляется здесь не в форме элементарного моторного разряжения, а в форме более сложных действий, в виде самоубийства, убийства, поджога и т. д.

Примечательно, что среди этих действий по короткому замыканию часть реакций происходит без сильного давления аффектов. Следуя мгновенному безразличному побуждению, совершается действие, которое нельзя объяснить ни личностью действующего, ни давлением принудительной ситуации. Здесь проступает не что иное, как отсутствие сопротивления мимолетному, мгновенному импульсу, т. е. тяжкая отколотость этого изолированного проступка от какой-либо интерполяции с традициями целостной личности. Подобного рода аффективно слабые, внезапные действия заставляют нас всегда подозревать серьезный процесс распада или расколотость личности.

Таким образом, мы вправе рассматривать примитивную реакцию как симптом недостаточного развития или начинающегося распада личности.

Особенно легко понять то, что мы имеем в виду, когда говорим о примитивных реакциях, если противопоставить их реакциям личности. Они возникают в тех случаях, когда личность не вполне развита или когда они не встречают со стороны последней полного согласия. Эти реакции неспецифичны для личности они могут встретиться у личности любого типа, хотя отчетливо характеризуют определенный тип личности, а именно — примитивный. Реакции личности специфичны тем, что в их возникновении интенсивно и сознательно участвовала вся личность. Они появляются тогда, когда личность испытывает так называемое ключевое

переживание. Характер и ключевое переживание, говорит Кречмер, подходят друг к другу, как ключ к замку. Такие переживания вызывают у личности реакции, в которых отражаются и получают свое отчетливейшее выражение все специфические особенности данной индивидуальности.

Подобный комплекс примитивных реакций мы находили чрезвычайно часто у дебилов, не только у так называемых эретических, или трудновоспитуемых, дебилов, но в той или иной степени могли наблюдать этот синдром и у более благополучных в характерологическом отношении умственно отсталых детей. Что тип этих реакций не есть Непосредственное следствие самой дебильности, но один из вторичных или даже более отдаленно связанных с первопричиной синдромов, легко видеть из только что сказанного. Примитивная реакция есть реакция, обошедшая личность, следовательно, в этой реакции появляется недоразвитие личности. Так мы и вправе с диагностической точки зрения рассматривать примитивную реакцию; следовательно, перед нами одно из отдаленных последствий дебильности — недоразвитие личности, которое имеет еще ряд проявлений, столь характерных для дебила. Мы назовем некоторые из них для того, чтобы показать наглядно, как при определенном подходе намечается связь между явлениями, которые с первого взгляда не стоят в прямом отношении друг к другу, но при соответствующем анализе оказываются на самом деле явлениями одного и того же порядка

В последнее время де-Грееф подверг чрезвычайно интересному испытанию самооценку дебилов. В прекрасном исследовании он установил, что дебилы обнаруживают чрезвычайно характерный симптом повышенной самооценки, который мы предложили бы назвать симптомом де-Греефа. Если начертить перед дебилем три кружка и объяснить ему, что один кружок означает его самого, второй — его товарища, а третий — учителя, и попросить испытуемого провести прямые линии от этих кружков вниз так, чтобы самая длинная досталась наиболее умному, вторая по длине — второму и т. д., то, как правило, дебил раньше всего проводит самую длинную линию себе самому. Это отсутствие критического отношения к себе, эта повышенная самооценка действительно представляют любопытнейший феномен в истории развития и структуре личности дебила. Де-Грееф правильно связывает это явление с недоразвитием социального понимания дебила. Исследователь остроумно говорит: все то, что выходит за пределы разумения дебила, кажется ему глупостью. Поэтому он так эгоцентричен в оценке собственного ума. Для имбецила, полагает де-Грееф, гений лежит в психологических пределах дебильности. Мы также неоднократно наблюдали у дебилов и особенно у имбецилов наличие этого симптома, но мы дополнили эти наблюдения рядом аналогичных опытов с нормальным ребенком и констатировали, что указанное явление также не есть продукт олигофрении, какая-то необыкновенной формы опухоль, что оно есть простейший симптом недоразвития и относится по существу к тому же кругу явлений, что и примитивные реакции. Наблюдаемое явление свидетельствует о ранней ступени в развитии личности, когда она еще не сформировалась и когда ребенок не только повышенно оценивает самого себя, но и в сравнительной оценке других, в которой он непосредственно не участвует, обнаруживает эгоцентрическое и аффективное стремление строить эту оценку на основе эмоциональной склонности или отнесенности к себе. Нам удалось показать, что ребенок оценивает выше всех того, кого он любит, или кто ближе к нему стоит, или кто ему приятен, не умея еще отделить аффективную оценку от интеллектуальной.

Таким образом, корень того явления, которое наблюдал де-Грееф, есть, по-видимому, аффективный характер детской оценки и самооценки. Возможен еще другой механизм симптомообразования в данном случае: фиктивная компенсация в форме повышенной самооценки как реактивное характерологическое образование в

ответ на трудности, которые ребенок встречает в среде, в ответ на низкую оценку, даваемую ему этой средой. Его считают дурачком — он считает себя умнее всех. В этом отношении, нам думается, де-Грееф глубоко не прав, когда, рассматривая найденные им явления, полагает, будто наличие данного симптома исключает возможность действия компенсаторных механизмов у умственно отсталых детей. Дебил самодоволен, он считает себя умнее всех, следовательно, утверждает де-Грееф, у него не может быть чувства собственной малоценности и возникающей отсюда тенденции к компенсации. Такое заключение кажется нам поспешным.. Именно на почве слабости, на почве чувства малоценности и возникает как продукт компенсации симптом де-Греефа, но только как продукт фиктивной, ложной, субъективной компенсации.

Мы сказали бы, таким образом, что примитивная реакция к симптому де-Греефа принадлежит к одному и тому же синдрому недоразвития личности, но характеризуют его с разных сторон: примитивные реакции-с негативной стороны, с точки зрения несформированности личности; симптом де-Греефа с позитивной стороны, с точки зрения компенсаторного развития личности (в смысле ее повышенной самооценки).

Опять-таки близко к синдрому примитивных реакций, но не сливаясь с ними, стоит третий синдром-синдром недоразвития воли, который прекрасно описан при анализе истерии Кречмером и который мы вместе с ним называем гипобулическим в знак того, что на ранних этапах развития он является нормальной генетической ступенью в формировании воли. Самое замечательное, для этой ранней стадии развития воли то, что в примитивной психической жизни воля и аффект тождественны. Каждый аффект в те же время тенденция, каждая тенденция принимает черты аффекта. Противоположностью гипобулическому механизму, который признается качественно характерным волевым типом, является целевая воля. Таким образом, относительно истериков и вообще людей, проявляющих гипобулию (по верному замечанию Кречмера, гипобулия в патологическом отношении не представляет собой нового создания истерии и вообще специфична для одной истерии), Кречмер правильно говорит что они не слабовольны, но слабоцельны, ибо сущность данного явления есть слабость высшей целевой воли, но не воли вообще.

"Часто ставили вопрос, слабовольны ли истерики. При такой постановке вопроса ответа никогда не получить. Это слабость воли, говорит врач своему пациенту больному абазией, который не может стоять на ногах. Конечно, слабость воли, так как если бы он себя заставил, то встал бы на ноги. Однако не кроется ли в этом нехотении сила воли, сила упорная и непоколебимая, какую многие здоровые, сильные волей люди никогда в жизни не проявляли? Поэтому, короче говоря, такие люди не слабовольны, а слабоцельны. Слабость воли и есть психическая сущность состояния, которое мы называем гипобулией. Только отделяя одну от другой обе волевые инстанции, мы можем понять загадку: человек, не умея управлять собой, но вовсе не бесцельно, употребляет величайшую силу воли для того, чтобы дать картину самого жалкого слабосилия" (Э. Кречмер, 1928, с. 135-136).

Слабоумные дети обнаруживают очень часто черты истерического характера, они предрасположены к этому самой задержкой в развитии. Об этом мы сейчас подробно говорить не будем, скажем только, что у дебилов, вовсе не носящих на себе стигматов истерии, мы наблюдали много раз гипобулические механизмы в поведении, совершенно не носящие черт истерического припадка, но очень близкие к тем формам примитивного типа воли, которые проявляются и у нормального ребенка на ранней ступени развития. Сюда относятся явления негативизма, упрямства и другие гипобулические механизмы, которые, как уже сказано, есть не что иное, как симптомы детского развития: ритмические движения, двигательная буря, негативизм и внушаемость и, наконец, последний и чрезвычайно важный

момент, который Кречмер называет обособлением или расщеплением и который помогает правильно понять интересующую нас проблему. Факт расщепления заключается в том, что отдельные слои или функции, действующие обычно совместно, начинают действовать изолированно даже друг против друга. Это явление имеет особенное значение для понимания здоровой и больной душевной жизни. Составляя основу шизофренического расстройства, эти функции вместе с тем являются основой такой деятельности нормального человека, как абстракция, образование понятий и т. д. При экспериментальном исследовании больных и здоровых шизотимиков удалось установить, что существует типологическое родство между способностью к расщеплению и шизотимическим типом личности. Понятия анализа, абстракции — частичные понятия из общей области психического феномена-расщепления.

Мы видим, таким образом, что способность к расщеплению снова является особенностью как нормальной, так и больной психики. В этом отношении замечательна мысль Кречмера о том, что при лечении шизофрении и пограничных с ней состояний сама природа подсказывает нам путь для психотерапии. Кречмер предлагает использовать имеющееся у больного расщепление для того, чтобы больной все больше дистанцировал эти вещи внутри, откристаллизовывал их от сферы остальной действительности и начал постепенно относиться к ним, как мы. Иначе говоря, мы должны психотерапевтически усиливать расщепление, но по той линии, которая требует отделения грез от действительности.

Все эти гипобулические механизмы мы наблюдаем у умственно отсталого ребенка, часто опять-таки в форме более или менее самостоятельного синдрома находящегося в динамической связи с основным дефектом, появляющегося на разных этапах развития дебильного ребенка, но являющегося как показывают наблюдения обычно третичным или еще более поздним осложнением основного дефекта. Два замечания должны внести окончательную ясность в этот вопрос. Одно из них заключается в том, что как раз для умственно отсталых детей с ясными признаками истерии наиболее характерен не чистый тип гипобулических процессов, а нечто иное: резкий разрыв, резкий конфликт между гипобуликой и сознательной волей, с одной стороны и патологическая форма гипобулических реакций-с другой. В наиболее чистом виде этот синдром выступает именно у детей неистериков. Второе замечание касается того, что данный синдром, как и упомянутые выше синдромы культурного недоразвития и недоразвития личности, часто встречается при развитии дебильного ребенка, но не является обязательным спутником этого развития. Они: могут быть, но могут и не быть, и, хотя они типичны для данного развития, тем не менее они почти никогда не встречаются на одном и том же месте в процессе развития. Это значит, что характер их связей с первопричиной, их удельный вес, их относительное значение их роль в процессе развития никогда не бывают совершенно тождественны.

Сущностью гипобулических реакций является, как уже сказано, недоразвитие воли, непосредственная власть аффекта над поведением, направление волевых процессов не под влиянием мотивов, но под влиянием раздражения. Отсюда успех таких примитивных и в сущности негодных способов воспитания, которые, по правильному выражению Кречмера, заключаются в полутелесных, психически элементарных раздражениях. Только они одни доходят до гипобулики. Способ, которым мы воздействуем на волю при тяжелых случаях истерии, полагает Кречмера подходит под понятие дрессировки. Только постепенно, когда целевая воля начинает развиваться и берет верх над гипобуликой от дрессировки, от физических воздействий переходят к направлению воли посредством мотивов, к тому, что мы называем воспитанием (Э. Кречмеру 1928, с. 125). Часто, отчаявшись в возможности убедить такого ребенка, его стараются попросту принудить, его хотят просто

укротить. Кречмер заключает, что целевая воля проистекает из мотивов, гипобулика реагирует на раздражения.

Трудность раскрытия этого синдрома у умственно отсталого ребенка в том, что синдром не проявляется в открытом конфликте, в антагонистическом направлении по отношению к личности он не действует по отношению к целой личности как инородное тело, как бес или как двойник (это имеет место у истериков), но тем не менее, сущность недоразвития воли и того более раннего механизма, который занимает место воли, остается той же самой.

Наконец, на последнее место из наиболее часто встречающихся вторичных осложнений в развитии дебильного ребенка должны быть поставлены все невротические надстройки, для которых дебил представляет самую благодатную почву. Мы не станем вдаваться сейчас в подробный анализ этих невротических надстроек, так как они принадлежат к числу наиболее хорошо выясненных и изученных пограничных случаев и симптомов. Скажем только, что мы, наблюдая эти невротические надстройки, имеем в виду не типичный детский невроз или психоневроз в его клинической форме. Мы имеем в виду те пограничные, а отчасти и совершенно находящиеся в пределах нормы невротические тенденции, образования, механизмы и сдвиги, которые возникают на основе конфликта, имеющего место почти всякий раз при развитии дебильного ребенка. В первую очередь отметим чрезвычайно низкую оценку, которую получает этот ребенок в окружающей среде, объективные трудности, которые для него непреодолимы, то, что ребенок и объективно и субъективно начинает осознавать свою малоценность, реагировать на нее развитием ряда тенденций, линий поведения, установкой черт характера явно невротических. Наряду с этим и сам по себе факт недоразвития является стимулом к возникновению внутренних конфликтов, которые лежат в основе невротической надстройки. И часто невротическая надстройка выступает в роли фактора, собирающего и организующего, использующего и направляющего остальные синдромы детского недоразвития. Все они как бы становятся на службу невротическим тенденциям, которые дирижируют ими.

Такова в самых коротких словах структура личности дебильного ребенка. Мы не станем сейчас подводить итоги нашему анализу, скажем только, что он с несомненностью показывает, насколько сложна структура умственной отсталости и насколько необходимо ее клиническое изучение.

### 3.

Для большей ясности мы хотели бы указать, что аналогичные сдвиги переживает в наше время и психиатрия, в особенности психопатология детского возраста. И здесь мы наблюдаем стремление перейти от клинической классификации, от неподвижной конституции к динамике и рассмотрению образований патологического характера в процессе развития. В качестве примера приведем исследование Г. Е. Сухаревой: "К проблеме структуры и динамики детских конституционных психопатий (шизоидные формы)" (1930), доложенное на съезде по изучению поведения человека (8). Структурно-аналитическое направление занимает видное место в современных течениях психиатрии. Проблема построения многомерной диагностики, дифференциация в диагностике первичного и вторичного и пр. — все это определенный этап в развитии психиатрической мысли. Новое направление психиатрии оказало влияние также и на учение о психопатиях. Ряд авторов, исходя из разных точек зрения, выдвигают вопрос о необходимости заменить клинко-описательный метод изучения психопатий структурно-аналитическим, конечной целью которого является анализ глубоких связей и соотношений отдельных компонентов психики (построение архитектоники личности, по К. Бирнбауму).

В исследовании Сухаревой сделана методологическая попытка подойти к изучению психопатий иным путем, чем это производила клиника (к которой принадлежит данный автор) в своих прежних работах о детских психопатиях. "Если в ряде работ на детском материале, — говорит Сухарева, — мы ставили своей задачей выделить отдельные нозологические, более или менее отграниченные формы детских психопатий, описать характеризующие их соматопсихические синдромы и тем самым подойти к вопросу их биологической подкладки, то в настоящей работе перед нами стоит другая задача: проанализировать на основании нашего клинического материала динамику отдельных форм конституциональных детских психопатий, проследить, как идет развертывание психопатологической картины в зависимости от роста ребенка и окружающих его социально-бытовых и жизненно-ситуационных моментов" (1930, с. 64-65).

Динамический подход к изучению психопатий неизбежно открывает другую сторону этой проблемы — структуру отдельных форм психопатии. И тут прямое совпадение с тем, к чему мы подошли, идя со стороны педологии, именно сложность интересующей нас структуры. Эта сложность возникает как раз в результате того, что сама психопатия рассматривается в плане динамики, развития. "Прежде всего, — говорит Сухарева, — наше внимание обратил на себя факт сложности этой структуры. Анализируя развитие психопатологической картины в каждом отдельном случае психопатий, мы не могли не отметить неравнозначность отдельных симптомов с точки зрения их патогенеза и механизма их возникновения. Наряду с теми симптомами, которые являются специфическими, основными для данной формы психопатией непосредственным выражением биологической недостаточности, мы отмечали еще ряд добавочных симптомов вторичных реактивных образований, которые должны быть рассматриваемы как приспособления всей остальной личности к данной неполноценности, представляя собой результат действия различных компенсаторных механизмов, приспособляющих данную личность с определенной недостаточностью к данной жизненной ситуации. Только общее направление в развитии этих компенсаторных механизмов, тот путь, по которому идет реакция, зависят от личного предрасположения данного субъекта. Содержание и формы реакций в значительной степени обусловлены внешними моментами: средой, воспитанием, уровнем развития, данной жизненной ситуацией и т. д. От этого постоянного сочетания эндогенного и экзогенного, конституции и констелляции, от комбинации основных первичных симптомов с вторичными реактивными наслоениями получается очень сложная структура психопатологической картины в каждом отдельном случае. Отделить первичные основные симптомы от вторичных добавочных и реактивных образований — основная задача всякого структурного анализа. (там же, с. 65).

Это замечательное совпадение, которое мы могли констатировать между результатами нашего исследования, приведенного выше, и направлением, к которому поворачивает современный анализ психопатий, не случайно. Оно обусловлено двумя моментами: во-первых, тем, что самое учение о психопатиях, особенно о психопатиях в детском возрасте, становится на педологическую почву, т. е. начинает рассматривать проблему характера в динамике, в развитии. Второй момент заключается в том, что сама по себе психопатия, повидимому, более близко, с точки зрения развития, стоит к тому, что мы называем дефектом. В основе психопатии лежит не болезненный процесс, а некоторое пограничное состояние, аномальный вариант личности, или, правильнее сказать, некоторая недостаточность, неполноценность характерологического субстрата личности. Поэтому неудивительно, что динамика развития ребенка с подобной недостаточностью по основным закономерностям совпадает с динамикой развития ребенка,отягченного дефектом. В этом совпадении мы видим одно из сильнейших

доказательств общей методологической правоты нашего исследования.

Возвращаясь к исследованию Сухаревой, надо сказать, что наиболее ранними симптомами шизоидной психопатии оказываются расстройства психомоторики, другие расстройства появляются позже. Несколько позднее обнаруживаются характерные для шизоида особенности в области влечений и эмоциональных реакций, реже, но все же встречаются в дошкольном возрасте элементы психастенической пропорции настроения, слабая способность к выражению эмоциональных переживаний. Замечательно, что характерная для данной возрастной фазы особенность задавать вопросы часто принимает у детей-шизоидов оттенок навязчивости. Так заостряется нормальный симптом развития в общем русле развертывания психопатической личности ребенка.

"Школьный период, — замечает Сухарева, — начало обучения, жизнь в коллективе являются: для шизоидов сильными раздражителями и дают дальнейшее развертывание клинической картины со всеми ее добавочными наслоениями. Здесь отчетливо начинают выступать особенности социальной установки шизоидов. У дошкольников мы не имеем еще резко выраженного аутизма, если здесь есть элементы неуживчивости, отгороженности, то о настоящей замкнутости и скрытности говорить не приходится. Развитие этих черт должно расцениваться как дальнейший сдвиг шизоидной личности, как реакция на недостаточное приспособление к окружающей социальной среде. (там же, с. 67).

Травматизация от соприкосновения с детским коллективом, насмешки и шутки со стороны товарищей вызывают еще большую замкнутость в себе, отход от коллектива. В связи с этим в школе проявляются следующие симптомы: гебефреническое поведение, манерность, гримасничанье, склонность к дурашливости, к нелепым играм. "Появление этих особенностей в школе, — говорит Сухарева, — может быть рассматриваемо не только как определенный возрастной этап выявления шизоидных компонентов, но и как определенная реакция приспособления к школьной среде; ребенок старается занять какую-либо позицию в коллективе, где его не признают и выбирают для него наиболее удобную позицию шута. В школьном периоде появляется ряд новых симптомов, представляющих собой продукт постоянного взаимодействия основные конституциональных особенностей с определенной средой и переживаниями. Из них мы остановимся только на двух, которые наиболее часто встречались в нашем материале: психастеническом и параноидном. Психастенический наиболее часто встречается как реакция на плохую приспособляемость к требованиям окружающей школьной среды у особого типа шизоидов — мягких, податливых, с пониженным жизненным тоном.

Отгороженность от коллектива, постоянные насмешки создают чувство неполноценности, страх перед более сильными товарищами, робость, нерешительность, астеническую установку в отношении к окружающим. Доказательством реактивности этого синдрома служат те из наших случаев, где он является непостоянным и исчезает при перемене ситуации. Еще более ясна реактивность в образовании параноидного синдрома. Наиболее благоприятная почва для его возникновения создается, когда шизоид — эмоционально холодный, астеничный, с повышенной самооценкой и эгоцентризмом попадает в такие условия, которые ранят его самолюбие. Постоянное желание выдвинуться, быть лучше других при сознании своей неполноценности создает тревожный эмоциональный фон, подозрительность, недоверчивое отношение к окружающим. Этот параноидный синдром в более раннем возрасте, мало заметен и делается более выпуклым параллельно росту личности.

Новый сдвиг в развитии личности ребенка этого типа связан с наступлением пубертатного периода" (там же, с. 68-69).

Мы не станем сейчас перечислять осложнения, связанные с периодом полового созревания у детей этого типа, скажем только, что осложнения носят характер симптомов развития, что, как показывает материал, после пубертатного периода наступает сглаживание многих психопатических особенностей: подростки делаются ровнее, и спокойнее. Другими словами, мы можем сказать, что собранный нами катамнестический материал дает право поставить для наших случаев шизоидных психопатий удовлетворительный прогноз как в смысле влияния на них лечебно-педагогического воздействия, так и дальнейшей их судьбы. Те симптомы, которые ближе всего стоят к биологическим корням, представляют собой первичную основу болезненного предрасположения, относятся к числу наиболее ранних. Чем старше ребенок, чем дифференцированное его психика, тем сложнее и богаче у него симптоматология шизоидной психопатии, тем большее место в клинической картине занимают вторичные реактивные и компенсаторные образования. Анализ динамики шизоидных психопатий позволил выделить из сложной картины первичные основные симптомы. Они сводятся к трем: расстройство психомоторики, расстройство влечений и эмоциональных реакций, особенности ассоциативной работы и мышления. Эти основные симптомы — непосредственное выражение биологической недостаточности шизоида. Корни недостаточности, биологическую подкладку ее нужно искать во врожденной неполноценности определенных мозговых систем (экстрапирамидной) и в какой-то аномалии эндокринного аппарата.

Уже в этом пункте следует отметить поразительное совпадение между развитием учения о психопатиях и учением о развитии ненормального ребенка вообще. По-видимому, проблема психопатии разрешается в процессе исследования как проблема развития ребенка с врожденной неполноценностью определенных мозговых систем, со своеобразной недостаточностью и составит часть общего учения о развитии ненормального ребенка, общего учения о пограничных состояниях и переходных формах от болезни к норме. Поэтому неудивительно, что в основное те же самые закономерности движения и построения личности ребенка мы наблюдаем как при олигофрениях, так и при психопатиях. Нам остается обратить внимание на вторую сторону проблемы, именно на связь, которая существует между добавочными реактивными образованиями и основными симптомами недоразвития.

Возвратимся к исследованию Сухаревой. Исследователь задается вопросом, есть ли какая-нибудь связь между реакцией и тем конституциональным фоном, на котором она возникает, можно ли в разнообразии сложных характерологических построений отметить какую-нибудь закономерность. "На основании наших данных, — говорит автор, — мы на этот вопрос должны ответить утвердительно" (1930, с. 71). Чрезвычайный интерес представляют выводы из данного исследования. Оказывается, что шизоидная психика наиболее ранима по отношению к определенным раздражителям. "К таким относятся все те моменты, которые связаны с ущемлением личности больного — его "я" и приводят к конфликтным переживаниям" как-то: суровое воспитание с постоянным принуждением и обидами, всякие тяжелые жизненные ситуации, которые ранят самолюбие и вызывают чувство собственной неполноценности. Нередко отмечали мы также в истории личности наших больных травмирующую роль разных семейных неурядиц: разлад между родителями, спор из-за ребенка, насильственная разлука с кем-либо из них, ревность к кому-либо из членов семьи. (Интересно отметить, что такие факторы, как материальная недостаточность, слабый надзор, связь с улицей, играют здесь значительно меньшую роль, тогда как в группе циклоидных психопатий этим факторам принадлежит первая роль при развитии реактивных состояний) (там же, с. 72-73).

Не только в выборе раздражителей сказывается избирательность психики шизоида, но также и в том, что на эти внешние вредные моменты она отвечает



определенными реакциями. "Наиболее частой формой реакций на нашем материале были различные невротические состояния (мы наблюдали их в 1/3 всех наших случаев). Можно думать, что частота данной реакции у шизоидов не случайна, ибо шизоидная психика (особенности жизни, влечений, отсутствие единства переживаний и слабое их реагирование дает ряд предуготованных механизмов для их возникновения? (там же, с. 73). Эти невротические состояния чрезвычайно разнообразны и простираются от самых легких форм (повышенная раздражительность, расстройство сна, ночные страхи) до тяжелых симптомов навязчивых состояний и истерических реакций.

"Другой частой формой реакции шизоида на внешние вредности являются различные характерологические сдвиги, длительные психогенные изменения характера. При изучении этих характере логических сдвигов наше внимание обратил на себя следующий факт: здесь нет резкой грани между психопатической реакцией и психопатическим состоянием, ибо наиболее сильный раздражитель — шизоидная психика — отвечает более сильными реакциями которые во многих случаях являются уже необратимыми, в результате чего изменяется весь структурный план личности и получается картина, которая, в отличие от острых обратимых состояний, может быть охарактеризована как патологическое развитие личности. В наших случаях это патологическое развитие личности шло по двум направлениям: во-первых, по линии обострения основных черт шизоидной психики, во-вторых, по линии проявления новых симптомов, не специфичных для какого либо конституционального типа.

К таким симптомам относятся грубость, озлобленность, жестокость, недоверчивость... Объяснить механизм возникновения этих изменений не представляет затруднения, тяжелые внешние условия восстанавливают шизоида против окружающей среды, он делается недоверчивым, озлобленным; не имея возможности утвердить свое "я" соответствующим путем, он, часто действуя паралогическим способом, аггравировывает все свои отрицательные стороны, нарочно бывает грубым, дерзким. Шизоидные психопаты, которые провели несколько лет в детских домах, плохо поставленных, дают характерную картину такого патологического развития личности. Они более дерзки, грубы, негативистичны, Общий эмоциональный фон более угрюмый, параноидный синдром у них встречается чаще, чем у других шизоидов...

Из приведенного выше структурного анализа шизоидной психопатии можно сделать вывод, что внешний фактор в состоянии модифицировать развитие шизоидного характера, что клиническая картина шизоидной психопатии не представляет чего-либо устойчивого и течение жизни субъекта под влиянием среды и переживаний дает ряд колебаний в ту или иную сторону. Основной путь этих колебаний — направление реакции — находится в пределах данной конституций.

#### Выводы

1. Развитие шизоидных психопатий не должно рассматриваться как пассивное развертывание генетически заложенной недостаточности, это есть динамическое явление, процесс приспособления данной личности к данной среде.

2. Шизоидная психопатия в основных своих симптомах проявляется уже в раннем детстве. Развитие ее симптоматики идет часто неравномерно, дает много толчков и сдвигов под влиянием экзогенных моментов.

3. В картине шизоидных психопатий нужно различать два ряда симптомов; а) основные первичные симптомы, которые являются непосредственными психическими проявлениями биологической недостаточности. б) вторичные симптомы в форме различных реактивных состояний, характерологических сдвигов, представляющие собой результат сложного взаимодействия эндогенных и экзогенных факторов (там же, с. 73-74).

Достаточно взглянуть в это исследование, чтобы увидеть, что его основные результаты совпадают с теми, которые приведены нами выше, сущность их может быть выражена указанием на сложность структуры умственной отсталости или детской психопатии, неоднородность отдельных ее моментов и на динамику развития, которая дает нам в руки ключ к пониманию этой структуры. Правда, часто бывает довольно трудно решить вопрос о происхождении того или иного синдрома, но что развитие ребенка-психопата или умственно отсталого не является пассивным развертыванием особенностей, заложенных с самого начала, но есть развитие в собственном смысле слова, т. е. включает в себя ряд новообразований, — это в свете современных исследований не представляет никаких сомнений.

#### 4.

Нам остается только указать на практическое значение подобного анализа. Может показаться вредной затеей это желание исследователя, отделить первичные синдромы от вторичных, найти законы их сцепления, раскрыть механизмы симптомообразования. Не все ли равно, к какому комплексу относится данный симптом? Не все ли равно, далее, является ли данный комплекс вторичным или третичным образованием? На самом деле все это далеко не безразлично для педагогической и лечебной практики. Жалкое и бедственное состояние современной лечебной педагогики в огромной мере объясняется тем, что она строилась без научного анализа тех явлений, которые она призвана изменять и исправлять. И нам думается, что новая глава в учении о развитии ненормального ребенка может в этом отношении открыть огромные горизонты перед практикой.

Начнем с самого простого соображения. Достаточно известно, что сам по себе дефект, сама по себе задержка развития, которая лежит в основе олигофрении, при настоящем состоянии наших возможностей неустранима. Правда, фаталистические взгляды, которые считают эту задачу навсегда неразрешимой, не выдерживают никакой критики, и прежде всего критики фактов. Мы знаем, что уже сей час по отношению к целой группе олигофрении, к так называемым архаикапиллярным формам слабоумия, выдвигается идея и намечается практика конституционально-причинной терапии, которая способна устранить самую причину задержки и коренным образом изменить состояние. Огромное значение исследований Э. Р. Иенша и примыкающих к нему ученых заключается прежде всего не в той практической пользе, которую уже удалось достигнуть в этом направлении, но в том принципиальном сдвиге, который здесь проделан, в указании на возможность конституционально-причинного лечения детского недоразвития. Практически эти исследования вряд ли в чем-нибудь существенном изменили положение дела. До сих пор еще сам по себе недостаток и непосредственно вытекающие из него симптомы оказываются наиболее тугоподвижными, наименее пластичными, наименее поддающимися воспитательному и лечебному воздействию.

Чем дальше отстоит симптом от первопричины, — тем он более поддается воспитательному и лечебному воздействию. Получается на первый взгляд парадоксальное положение: недоразвитие высших психологических функций и высших характерологических образований, являющееся вторичным осложнением при олигофрении и психопатии, на деле оказывается менее устойчивым, более поддающимся воздействию, более устранимым, чем недоразвитие низших, иди элементарных, процессов, непосредственно обусловленное самим дефектом. То, что возникло в процессе развития ребенка как вторичное образование, принципиально говоря, может быть профилактически предупреждено или лечебно-педагогически устранено.

Таким образом, высшее оказывается наиболее воспитуемым. Впрочем, за этим

внешне парадоксальным положением не скрывается решительно ничего удивительного. В сущности, оно повторяет в новой форме давно известный факт: чем элементарнее и, следовательно, биологически более непосредственно обусловлена данная функция, тем больше она ускользает от направляющего воздействия воспитания. Мы можем в качестве примера, поясняющего нашу мысль, сослаться на все исследования, производимые в последнее время с таким усердием над однойяцевыми и двумяяцевыми близнецами. Сошлемся на исследование С. Левейштейна. Из исследования вытекает основной вывод: чем более независима психофизическая реакция от влияния воли и чем более она разыгрывается в симпатической или парасимпатической системе, тем совершеннее сходство этой реакции внутри однойяцевой пары близнецов, тем более она не поддается влиянию воспитания. И наоборот: чем более наша психомоторная реакция разыгрывается вне этих систем, тем менее она зависима от наследственности, тем более благодатный объект она представляет для лечебно-педагогического воздействия.

В применении к нормальной педагогике это означает, что, хотя известные основные свойства моторики унаследованы, степень овладения моторикой зависит от воспитания. В частности, исследование, посвященное проблеме воспитуемости ненормального ребенка, позволяет автору сделать вывод относительно воспитуемости истерических реакций: истерическая реакция представляет собой благодатный объект для лечебно-педагогического воздействия, и тем лучший, чем раньше начнется перевоспитание, чем меньше законы психофизического привыкания принудительно толкают реакцию в определенном направлении.

Общий результат других исследований над близнецами показывает: чем выше в истории развития стоит какая-либо функция или образование, тем более воспитуемой и перевоспитуемой она оказывается. В частности, Левейштейну принадлежит огромная заслуга экспериментального анализа воспитуемости отдельных сторон и симптомов в развитии ненормального ребенка. Ученому удалось показать, что и в этом отношении общий закон относительно максимальной воспитуемости высших функций по сравнению с низшими всецело приложим в ненормальном ребенку. Левейштейн справедливо ссылается на мнение Г. Ревеша, который на третьем конгрессе по лечебной педагогике указал на то, что благодаря учению Кречмера о биологических типах лечебная педагогика не только приобретает прочное направление, но и узнает границы собственных влияний, ибо, поскольку мы считаемся с границами, заключенными в этом типе, мы оказываемся застрахованными как от неосновательного пессимизма, так и от чрезмерного оптимизма.

С. Левейштейн показывает, что вопрос о границах воспитуемости не решается сплошным, массовым, однородным образом для всех функций, для всех сторон личности, что проблема должна быть дифференцирована в отношении отдельных сторон личности, что в биологическом типе не заложены метафизические границы для развития и воспитуемости во всех направлениях. Поэтому в свете нового учения о развитии ненормального ребенка коренным образом перестраивается и изменяется сложившаяся в традиционной педагогике лечебно-педагогическая работа. Основной догмой старой педагогики при воспитании ненормального ребенка было воспитание низшего: тренировка глаза, уха, носа и их функций, различение запахов, звуков, цветов, развитие сенсомоторной культуры. На этом дети держались в течение десятка лет, и неудивительно, что результаты тренировки оказывались всегда наименее воспитуемые функции, а там, где эти функции все же уступали педагогическому воздействию, это происходило, как показывает современное исследование, вопреки намерению и пониманию самих педагогов, ибо и развитие элементарных функций совершается за счет развития высших психологических функций. Ребенок научается лучше различать цвета, разбираться в звуках,

сравнивать запахи не за счет того, что утончается обоняние и слух, а за счет развития мышления, произвольного внимания и других высших психологических функций. Таким образом, традиционная ориентировка всей специальной части лечебной педагогики должна быть повернута на 180° и центр тяжести должен быть перенесен с воспитания низших на воспитание высших психологических функций.

Исследование не заканчивается на этом общем указании. Мы должны пойти дальше и спросить себя: если структура личности ненормального ребенка представляется столь неоднородной и столь сложной, то где наиболее слабые, податливые пункты этой структуры, которые должны быть в первую очередь атакованы воспитанием? Если цепь умственной отсталости состоит из разнородных с точки зрения развития и сопротивляемости звеньев, то где наиболее слабые места этой цепи, в которых она может быть разорвана? Ответ на этот вопрос снова приводит нас к коренным проблемам психотерапии и лечебной педагогики. Вторичные образования оказываются наиболее слабыми звеньями цепи, они в первую очередь поддаются воздействию.

В виде общего правила можно сказать: чем дальше отстоит синдром с точки зрения своего возникновения и места, занимаемого им в структуре, от первопричины, от самого дефекта, тем легче он при прочих равных условиях может быть устранен с помощью психотерапевтических и лечебно-педагогических приемов. Обратимся к примерам. До последнего времени считалось, что психотерапевтическому воздействию поддаются только психогенные заболевания. И это действительно так, если под лечением подразумевать исключительно причинную терапию, т. е. такую, которая устраняет причину заболевания. В этом случае совершенно ясно: что причинная психотерапия, т. е. лечение, устраняющее причину заболевания, возможна только там, где сама причина является психологическим образованием. Поэтому психоневроз, психогенное реактивное состояние могут быть излечены психотерапевтическим путем, но бредовое состояние тифозного больного или расстройство мышления при афазии, конечно, психотерапевтическим путем излечены быть не могут.

Однако в основе этого взгляда лежит та ошибочная мысль, что всякая терапия есть обязательно причинная терапия и что другие формы лечения, например симптоматическое лечение и лечение, возбуждающее и укрепляющее силы самого организма для борьбы с болезнью, должны быть вовсе заброшены. На самом деле это не так ни в приложении к теории и практике современной медицины, ни, тем более, в приложении к проблеме воспитания. Здесь в проблеме развития наибольшее значение приобретает динамическое сцепление причин, здесь причина отстоит от ее последствий часто настолько далеко и настолько отличается от них, что применять эту идею к проблеме лечебной педагогики значит лишать лечебную педагогику по крайней мере 9/10 тех областей, в которых она с успехом приложила.

В последнее время Кречмер выступил с прекрасной статьей, посвященной проблеме терапии шизофрении и пограничных с ней состояний. Кстати сказать, у этого замечательного психопатолога современности ясно намечаются два различных русла в работах: с одной стороны, русло статического конституционального исследования, с другой — русло динамики развития в понимании и изучении психопатологических состояний. Думается, что эти два русла кречмеровского учения и должны быть нами использованы в первую очередь.

В частности, для нас представляет чрезвычайный интерес методологическая основа той системы психотерапии, которую намечает Кречмер для шизофрении. Эта психотерапия должна исходить из того факта, что одна из существенных причин указанной группы заболевания лежит в наследственных задатках. Болезнь протекает с телесными изменениями и может привести к смерти, в тяжелых случаях приводит к длительным дефектам, которые не поддаются даже сильнейшему

воздействию психотерапии. Отрицать это — значит стать жертвой некритического психотерапевтического оптимизма. Устранить широчайшие корни шизофрении может только телесная конституциональная терапия. Принципиально это вполне возможно, потому что конституция — это не фатум, но биологическая игра сил, в которую можно вмешаться, если знать ее внутреннюю динамику. Эндогенный характер еще не означает фатума, но этот антибиологический фатализм в течение многих лет парализовал психотерапевтическое мышление. Он мешал исчерпать возможности психотерапии и заставлял видеть органический дефект там, где были психогенные арабески, выросшие на почве скудного процесса.

Заслуга Э. Блейера и К.Г. Юнга в том, что они распознали эту сложную психическую реактивную надстройку над основными симптомами шизофрении. Но следует ли из факта признания органической причины шизофрении, что психотерапевтическое воздействие при этой болезни не имеет никакого значения? Так прежде думали, но это совершенно ложное и научно несостоятельное мнение. Мы не должны бездейственно жалеть шизофрена, но по окончании острого сдвига обязаны на основе данного состояния сейчас же формировать нечто новое, ибо практически нас раньше всего интересует не то, что повреждено эндогенно, но то, как это проявляет себя социально. Уже занимаясь проблемой терапии людей с шизофренными задатками, Кречмер отмечает, что здесь наблюдаются типичные задержки в развитии, возникшие в эпоху полового созревания. Здесь имеет место застревание в нормальной фазе протеста, которая есть у всех. Мы не будем сейчас останавливаться на всем богатстве тех моментов, которые разворачиваются в этой проблеме, отметим только один чрезвычайно интересующий нас момент. Обсуждая вопрос о возможности психогенного заболевания шизофренией, Кречмер указывает на то, что во время войны, когда больницы подвергались нападению целой лавины истериков, там отсутствовали шизофреники. Эти статистические соображения, по мнению Кречмера, показывают, какие психические раздражения провоцирует шизофренический процесс. Большая группа угрожающих жизни ситуаций и витальных аффектов (испуг, страх за жизнь, голод, холод, жажда, боль) не являются здесь особенно вредными. Шизофреник удивительно невосприимчив ко всей этой шкале аффектов. Во время войны многие авторы наблюдали каменное спокойствие находящихся в начальной стадии заболевания шизофреников под действием ураганного огня. Если бы витальные аффекты играли сколько-нибудь заметную роль при шизофрении, то статистический результат, о котором мы говорили выше, был невозможен. Другие группы аффектов — эротические и религиозные — занимают большое место в структуре и содержании интересующей нас болезни. Здесь есть место для взаимной игры эндогенных и психогенных моментов, здесь мы снова упираемся и в опрос, в проблему многомерной диагностики. Эта многомерная диагностика приводит нас к установлению многослойности, гетерогенности, неоднородности картины развития личности, все равно-здоровой или больной, и ее настоящего состояния.

С. Левенштейн экспериментально установил следующее положение, По его мнению, существуют поддающиеся и не поддающиеся лечению шизофрены. Поддающиеся — те, которые в психологическом эксперименте обнаруживают истероподобные добавочные моменты. На основе собственного опыта Кречмер подтверждает первую половину этой тезы: именно, что шизофрения с невротоподобной надстройкой имеет гораздо более широкие терапевтические шансы. Важно отметить, что материал Г. Е. Сухаревой говорит о том, что невротические построения у шизоида часто принимают длительное течение, обнаруживают склонность зафиксироваться и плохо поддаются терапевтическому воздействию. Нам думается, что это надо понимать относительно: по сравнению с невротическими образованиями у нормальных или во всяком случае у

непсихопатических личностей. Если же сравнить эти образования с чистыми случаями шизофрении, мы снова убедимся в парадоксальном факте, именно в том, что больные с добавочными явлениями наиболее поддаются лечебному воздействию. Интересно, что больные шизофренией не представляют исключения из общего правила, относящегося одинаково как к больному, так и здоровому ребенку. "Нужно лишь сказать, — замечает Сухарева, — что среди тяжелых форм шизоидных психопатий с малой продуктивностью, с большим количеством невротических надстроек существуют случаи, которые при современном состоянии наших знаний не могут быть отграничены от легких, медленно текущих шизофрений" (1930, с. 70). Нас интересует в данном случае не оценка современного состояния знаний в этом вопросе, но нечто гораздо более глубокое, именно признание того, что Принципиальное отличие между развитием здорового, психопатического и больного ребенка должно быть нами отвергнуто.

Но самое замечательное дальше. Левенштейн прав только в первой половине своей тезы: Больные с добавочными истерическими надстройками наиболее поддаются лечению. Однако часто и эндогенные шизофрении, как говорит Кречмер, доступны терапевтическому воздействию. Каждый органический процесс в нервной системе, поскольку он сохраняет остатки функций не препятствует применению психотерапии. Это подтверждается опытами с трудотерапией в больницах. И в самом деле, представим себе, что вследствие землетрясения, подземного толчка разрушается какое-нибудь сложное здание. Разрушение будет в данном случае идти по законам его внутренней логики, хотя сам процесс разрушения и вызван внешней причиной, ничего общего не имеющей с логикой данной постройки. То же самое верно и в отношении личности. Пусть шизофрения вызвана органическими причинами но поскольку при ней наблюдается распад личности и психики, постольку этот распад должен изучаться по психологическим законам, ибо он совершается по этим законам в действительности. И поскольку органический процесс составляет возможности развития или Функционирования психологических процессов они подлежат психотерапевтическому и лечебно-педагогическому воздействию и направлению.

Спрашивается, что именно должны мы подвергать этому воздействию? наряду с ортопедией психомоторики с упорядочением переживаний, с устроением личности, с закапсулированием отдельных бредовых образований с расщеплением аутистических и реалистических тенденций мы должны заняться, как указывает Кречмер переработкой остатков патологических переживаний, бредовых образований и воспитанием речевого и социального поведения. Таким образом и здесь совершенно ясно указывается на то направление, которое принимает работа психотерапевта. Она заключается не в устранении причин а в борьбе со следствиями. Это умение найти слабые звенья поддающиеся воздействию составляет главную основу всей психотерапии и лечебной педагогики. Так точно, как возможно симптоматическое укрепляющее, компенсирующее лечение, возможны и все подобные виды лечебного воспитания. Борьба с распадом личности можно не только путём устранения причин приводящих к этому, но и путём активного устроения личности, образованием её единства, помощи ей в её борьбе с распадом, стимулирования её развития и т.д.

Э. Кречмер в заключение ставит перед собой вопрос: для какой цели мы лечим шизофренов, какие наличные возможности руководят нами при этом? Исследователь двояко отвечает на вопрос о том, что позитивного можно создать из этих руин: "одна основная цель современной психотерапии ясна: она формирует из всего этого хаоса и обрывков негативизма автоматизмов, причудливых идей полезную рабочую машину. С помощью психотерапии которая дает блестящие результаты, мы можем использовать заложенные в шизофрении тенденции к

психомоторной автоматизации и выработать с помощью продуманного воспитания вместо бесполезных полезные стереотипии, трудовые стереотипии. Это решение имеет логику, последовательность и ясную идею. Кто лично изучал ее в больших больницах, тот должен сказать, что есть что-то отрадное в строгой поступи шизофранных рабочих батальонов. Она имеет стиль. Кроме того, трудотерапия является при легких случаях незаменимым средством для того, чтобы снова пробудить наличные еще остатки, и это относится одинаково и к истерикам, и ко всякого рода невротикам. Без принудительной силы целевой работы их личность теряет твердую основу. Но наряду с этим в логике шизофрена заложены не только задатки стереотипной рабочей машины, но и как раз противоположная линия-линия суверенно понимающего аутизма, для которого нет предрассудков других людей, линия созерцания отдаленного от суеты и работы индийского мудреца. И так как современная жизнь нивелирует все оригинальное и лишь все шизофранные люди храбро держат его знамя, то перед нами открывается и другая линия психотерапии шизофрении. Если мы из массы средних шизофреников выработаем полезные рабочие машины, то из немногих, лучших из них, мы создадим оригиналов, истинных мудрецов. Эта задача создать из постшизофреников снова личность, но не бледный дублет нормальных людей, а специфически шизофрэнную личность, со всеми духовными оттенками этого типа очень трудна. Она вознаграждает затраченный капитал врача лишь в лучшем случае, но зато тогда она полностью вознаграждает его, потому что среди шизофреников, как и среди других людей, мудрые составляют ничтожное меньшинство".

Замечательно у Кречмера здесь не разделение двух линий — духовной личности и рабочей машины, а общее методологическое указание на то, что в природе самой больной или патологической личности заложены основания, заложены руководящие образы для ее дальнейшего развития и воспитания. В этом смысле патологическое также не отделено от нормального непреходимой границей.

Для того чтобы покончить с теоретической стороной интересующего нас вопроса, нам остается сказать еще о последнем, что в сущности уже подготовлено всем предыдущим ходом изложения. Самое важное, самое существенное для всего намеченного нами хода рассуждений следующее. Исследователь должен проникнуть не только в мертвую структуру отдельных синдромов, но раньше всего понять законы их динамического сцепления, их связь к взаимозависимости, их отношения. Только тот, кто овладеет этим овладеет внутренней динамикой данного процесса и ключом к практическому решению вопроса о воспитании ненормального ребенка, ибо разгадать связь и отношения динамической зависимости, лежащие в основе сложной структуры личности ненормального ребенка, — значит понять внутреннюю логику этой структуры.

В этом смысле замечательны слова Кречмера относительно шизофрении. К. Ясперс (11) Груле и другие, говорит он, ошиблись, сделав нечувствительность главным критерием душевной жизни шизофреника. Поведение шизофреника бессмысленно так же, как иероглифы египтян, пока они были непоняты. Вместе с Блейлером надо овладеть этим жаргоном и перевести его на немецкий язык. Тогда откроются осмысленные связи и комплексные влияния, которые часто не резко отличаются от соответствующих образований у невротиков. Это же всецело относится и к любому развитию ненормального ребенка. И там умение интерпретировать, расшифровывать иероглифы является основным условием для того, чтобы перед исследователем раскрылась осмысленная картина личности и поведения ребенка. Без этого навсегда закрыт доступ к исследованию такого ребенка и к воздействию на него.

По замечательному выражению К. С. Лешли (12), одним из основных доказательств немеханичности и неатомистичности деятельности Нашей нервной

системы является факт осмысленности, связности, структурности поведения личности даже при патологических нарушениях. В церебральной системе, по его мнению, единство деятельности коренится, по-видимому, еще более глубоко, чем структурная организация. Работая над животными и над больными людьми, он все более и более поражен отсутствием хаотичности в поведении, которую можно было ожидать, судя по размеру и форме поражений. Можно наблюдать большое выпадение сенсорных и моторных способностей, амнезии, эмоциональные дефекты, деменцию, и при всех этих условиях сохранившееся поведение осуществляется в упорядоченной форме. Оно может быть причудливым или может быть карикатурой нормального поведения, но оно не является совершенно неорганизованным. Даже деменция не совершенно бессмысленна: она включает в себе снижение уровня понимания и сложности тех соотношений, которые могут быть поняты. Но то, что больной может выполнить, он выполняет в упорядоченной и осмысленной форме.

Таким образом, даже видимая бессмыслица имеет, очевидно, смысл: "Это безумие имеет свою методику", — как говорит Полоний в "Гамлете". Лешли образно утверждает, что если представить себе экспериментально созданный хаос в поведении, то все равно хаоса не получилось бы. Нервная система, говорит он, обладает способностью к саморегуляции, придающей связный, логический характер ее функционированию независимо от того, каковы нарушения составляющих ее анатомических элементов. Предположим, мы могли бы срезать мозговую кору, повернуть ее и поместить снова задом наперед, связав неудачу с различными волокнами. Каковы были бы последствия этой операции для поведения? С точки зрения традиционных теорий, мы должны были бы ожидать полного Хаоса. С той же точки зрения, которую К. Лешли отстаивает, можно ожидать лишь крайне незначительных нарушений поведения. Исследуемый субъект, может быть, нуждался бы в некотором перевоспитании, хотя возможно, что и этого не было бы, так как мы еще не знаем ни локализации, ни характера организации навыков. Но в течение перевоспитания субъект может обнаружить нормальную способность к пониманию отношений и к рациональной деятельности в мире своего опыта.

Таким образом, задача расшифровки, интерпретации вскрытия разумных, осмысленных связей, зависимостей и отношений составляет главную и основную задачу исследователя в интересующей нас области. В этом отношении, нам думается, задача исследования должна пониматься шире, чем задача обучения технике и методике отдельных опытов. Здесь в гораздо большей степени встает задача воспитания мышления и умения находить связи, чем задача хорошо владеть техникой. Кречмер, указывая на то, что в основе применяемой им методики исследования словесное описание конституций предшествует измерению и должно быть получено всегда независимо от него, говорит, что глаз не должен заранее встречать помехи в данных измерениях. Все зависит от возможности совершенной, художественной тренировки нашего глаза. Отдельные измерения по шаблону, без идеи и интуиции об общем строении, вряд ли могут сдвинуть нас с места. Сантиметр не видит ничего, сам по себе он никогда не может привести нас к пониманию биологических типов, которое является нашей целью. Но раз мы научились видеть, то мы вскоре замечаем, что циркуль дает нам точные красивые подтверждения, дает цифры, формулировки, а иногда важные поправки к тому, что мы обнаружили глазами, по мысли Кречмера. В зависимости от этого, нужно переоценить роль сантиметра и глаза в умении измерять и в умении видеть не только при методике исследования телосложения, но и при методике всякого педологического исследования. Задача методики заключается не только в том, чтобы научить измерять, но и в том, чтобы научить видеть, мыслить, связывать, а это значит, что чрезмерная боязнь так называемых субъективных моментов в толковании и попытка получить результаты наших исследований чисто механическим, арифметическим



путем, как это имеет место в системе Бине, ложны. Без субъективной обработки, т. е. без мышления, без интерпретаций, расшифровки результатов, обсуждений данных нет научного исследования.

## 5.

Нам остается кратко наметить схему педологического исследования так, как мы его понимаем. Мы думаем, что одна из основных ошибок современной педологии — недостаточное внимание к практической работе, культуре диагностики развития. В сущности этому искусству никто не обучает педолога, а огромное большинство наших педологов, занятых теоретической работой, оставляют эту сторону дела в совершенно неразработанном виде.

Здесь педология оказывается в гораздо более жалком положении, чем педиатрия и другие с ней области. Педиатр часто знает в области детской патологии не больше, а меньше, чем педолог в области детского развития. Но педиатр владеет тем, что знает, он умеет практически применить свои знания.

Недавно один из агрономов рассказывал в печати о своем коллеге, попавшем в Америку и принявшемся там за поиски работы. Этот ученый-агроном развернул свои дипломы, стал сообщать о своей подготовке, о стаже, об исследованиях, но его прежде всего спросили, что он умеет делать. Этот вопрос в сущности следовало бы поставить и перед современной педологией. Ей предстоит задуматься над тем, что она умеет делать, и научиться прилагать к жизни мертвый капитал своих знаний. Мы думаем, что в работе над диагностикой развития, над сознанием педологической клиники педология только и сможет окончательно оформиться как наука, но никогда не достигнет этого только на теоретическом пути.

Предлагаемая нами схема педологического исследования в применении к трудновоспитуемому и ненормальному ребенку складывается из нескольких основных моментов, которые мы назовем в порядке их последовательности. На первое место должны быть поставлены тщательно собранные жалобы родителей, самого ребенка, воспитательного учреждения. Начинать надо именно с этого, но и жалобы следует собирать совсем не так, как они обычно собираются (их дают в обобщенном виде и вместо фактов нам сообщают мнения, готовые выводы, нередко тенденциозно окрашенные). В жалобах родителей часто, например, приходится читать: ребенок злой, отсталый. Исследователя же интересуют факты, которые должны указать ему отец или мать.

В этом смысле большое методическое значение приобретают основные принципы исследования характера. Известно, что нужно избегать не только субъективных оценок, но, добавим от себя, и всяких обобщений, принимаемых на веру и не проверяемых в течение исследования. Сам по себе факт, что отец считает ребенка злым, должен быть учтен исследователем, но этот факт должен быть учтен именно в своем значении, т.е. как мнение отца. Это мнение необходимо проверить в ходе исследования, но для этого следует вскрыть факты, на основе которых получено данное мнение, факты, которые исследователь должен толковать по-своему. "Если мы спросим, — говорит Кречмер, — простую крестьянку, был ли ее брат боязливым, миролюбивым, энергичным, то мы часто получим неясные и неуверенные ответы. Если мы, напротив, спросим, что он делал будучи ребенком, когда должен был отправляться на темный сеновал, или как он себя вел, когда происходила драка в трактире, то эта же самая женщина даст нам ясные, характерные сведения, которые благодаря своей жизненной свежести носят на себе отпечаток достоверности. Нужно быть хорошо знакомым с жизнью простого человека, крестьянина или рабочего, и всецело перенестись в нее, причем при расспросах следует остановиться не столько на схеме свойств характера" сколько на его жизни в школе,

церкви, трактире, в повседневной деятельности, и все это на конкретных примерах. Я поэтому особенное значение придаю тому, чтобы по возможности больше расспрашивать в этой конкретной форме" (1930, с. 138).

Существенно учитывать и субъективные показания самого ребёнка. Но и здесь могут быть снова перед нами показания, часто заведомо недостоверные, если их принять как свидетельство об известных фактах. Ребенок может себя рекомендовать не таким, каков он в действительности, он просто может говорить неправду, но сам по себе факт всегда остается фактом, в высшей степени ценным для исследователя. Факт собственной самооценки, факт лжи должен быть учтен и объяснен исследователем.

Нам рассказывали об одном известном невропатологе, который, отрицая всякое значение субъективных показаний, старался застраховать себя от внушающего воздействия жалоб больного я начинал всегда с объективного исследования. Для этого врач придумал прост ой прием: когда он приступал к исследованию больного, то велел ему всякий раз дышать ртом для того, чтобы лишить пациента возможности сказать, на что он жалуется, и что у него болит. Когда больной, естественно, удивленный тем, что врач осматривает не то, что у него болит, пытался сказать, на что он жалуется, исследователь прерывал посетителя и снова напоминал о том, что нужно дышать ртом. В этой утрированной карикатурной форме выражена совершенно ложная тенденция игнорировать субъективные данные. Мы уже указывали в другом месте, что ценность субъективных показаний совершенно аналогична ценности показаний подсудимого и потерпевшего в суде. Всякий судья поступил бы, разумеется, совершенно неосновательно, если бы хотел решить дело на основе жалобы подсудимого или потерпевшего. Но столь же неосновательно пытаться обойтись вовсе без показаний обоих заинтересованных, а потом искажающих действительность лиц. Судья взвешивает и сопоставляет факты, сличает их, толкует, критикует и приходит к известным выводам.

Так поступает и исследователь. Нужно с самого начала усвоить в практическом педологическом исследовании одну простую методологическую истину: часто прямой задачей научного исследования является установление некоторого факта, который не дан непосредственно в настоящем. От симптомов к тому, что лежит за симптомами, от констатирования симптомов к диагностике развития — таков путь исследования. Поэтому представление, будто научная истина всегда может быть установлена с помощью прямого констатирования, оказывается ложным. На этом ложное предположении была основана вся старая психология, которая думала, что психические явления могут изучаться только в их непосредственном усмотрении, с помощью интроспекции. Между тем, как правильно говорит в "Методологическом введении в науку и философию" (1923) В. Н. Ивановский (13), эта идея покоится на ложной посылке.

Окончательное разъяснение этого вопроса связано с введением в психологию понятия бессознательного. В прежнее время психология, особенно английская, часто вовсе отрицала возможность изучения психологических состояний бессознательного характера на том основании, что эти состояния не сознаются нами и, следовательно, мы о них ничего не знаем. Рассуждение это исходит из посылки, безмолвно принимаемой за несомненную, а именно, что мы можем изучать только то и вообще можем знать только о том, что мы непосредственно сознаем. Однако предпосылка эта необязательная, так как мы знаем и изучаем много того, чего непосредственно не сознаем, о чем узнаем при помощи аналогии, построения, гипотезы, выводимого умозаключения и т. д., вообще лишь косвенным путем. Так создаются, например, все картины прошлого, восстанавливаемого нами при помощи разнообразнейших выкладок и построений на основе материала, который нередко совершенно непохож на эти картины. Когда зоолог по кости вымершего животного

определяет его размер, внешний вид, образ жизни и говорит, чем это животное питалось и т. д., все это непосредственно не дано зоологу, им прямо не переживается, а он делает вывод на основании некоторых, непосредственно осознаваемых признаков костей и т. п.

Таким же путем изучается и бессознательное, т. е. по известным его следам, отголоскам, проявлениям в том, что непосредственно сознается. Человеческая личность представляет собой иерархию деятельностей, из которых далеко не все сопряжены с сознанием, а поэтому сфера психического шире сферы сознания (в смысле непосредственного сознания). То, что здесь сказано относительно бессознательного, в полной мере приложимо и к сознательной стороне личности, поскольку и в самосознании далеко не всегда все отражается в совершенно верном, соответствующем действительности виде. Исследователь и при изучении сознательных процессов, при установлении их истинной связи, их подлинных мотивов и их действительного течения должен идти от признаков, от проявлений, от симптомов к лежащей за ними сущности этих вещей. Еще больше это относится к явлениям непсихологического развития. Легко заметить, что в сущности весь этот вопрос связан с тем, который мы затрагивали в начале нашей статьи, говоря о переходе от феноменалистической точки зрения, изучающей только проявления, классифицирующей явления по их внешним признакам, к кондиционально-генетической, изучающей сущность явлений; как она раскрывается в развитии.

Исследователь должен помнить, что, отправляясь от признаков, от данных, от симптомов, он должен изучить и определить особенности и характер процесса развития, который непосредственно не дан ему, но который в действительности лежит в основе всех наблюдаемых признаков. Таким образом, в законченном педологическом исследовании, в диагностике развития задача исследователя заключается не только в установлении известных симптомов и их перечислении или систематизации и не только в группировке явлений по их внешним, сходным чертам, но исключительно в том, чтобы с помощью мыслительной обработки этих внешних данных проникнуть во внутреннюю сущность процессов развития.

Современное педологическое исследование, пытающееся чае на основе механической или арифметической обработки выявленных симптомов и их показателей получить готовый вывод относительно уровня развития, как это имеет место в методах Бине и Россоломо — это исследование пытается, ни много ни мало, экономить важнейший момент во всякой научной работе именно момент мышления.

Педолог, работающий с помощью этих методов, устанавливает некоторые факты, затем обрабатывает их путем чисто арифметических выкладок, и результат получается автоматическим путем, совершенно независимо от его мыслительной обработки. Получается нечто чудовищное, если сопоставить это с научной диагностикой в других областях. Врач измеряет температуру и пульс, исследует внутренние органы, знакомится с результатами химического анализа, изучает рентгенограмму и размышляя, объединяя это в известную стройную картину проникает во внутренний патологический процесс, породивший все указанные симптомы. Но было бы нелепо предположить, что само по себе механическое суммирование симптомов могло дать нам научный диагноз. На этом мы можем покончить с первым пунктом нашей схемы. Вторым пунктом является история развития ребенка, которая должна составить основной источник всех дальнейших сведений основной фон всего дальнейшего исследования. Моменты, из которых складывается история развития ребенка? хорошо известны. Сюда относится выяснение наследственных особенностей среды, история утробного и внеутробного развития ребенка в его главнейших чертах.

Обычно опускается, но с точки зрения интересующей нас темы абсолютно

необходим четвертый момент именно история воспитания личности. Эти важнейшие с точки зрения развития влияния среды, непосредственно формирующие личность ребенка, обычно вовсе опускаются в истории развития, и в то же время подробно перечисляется кубатура помещения, где живет ребенок, порядок смены белья и прочие второстепенные детали.

Общим и существенным для составления научной истории развития ребенка является требование, чтобы вся эта история развития и воспитания была причинным жизнеописанием. В отличие от простой летописи, от простого перечисления отдельных событий (в таком-то году случилось то-то, в таком-то — то-то) причинное описание предполагает такое изложение событий, которое ставит их в причинно-следственную зависимость, вскрывает их связи и рассматривает данный период истории как единое связное, движущееся целое, стремясь раскрыть законы, связи и движения, на которых построено и которым подчинено это единство. Обычно педологическая история развития ребенка складывается из перечисления отдельных моментов, внутренне никак не связанных между собой, сообщаемых просто так, как в анкете, и расположенных в хронологическом порядке. Самое существенное то, что при таком способе изложения не получается главного-истории развития, т. е. связного, движущегося единого целого. Такие описания, скорее, напоминают летописные, чем подлинно исторические, изображения событий и их смены.

Здесь вполне применимо правило, которое устанавливает А. П. Чехов относительно внутренней структуры художественного рассказа. Оно говорит о необходимости решительно все моменты рассказа объединять внутренней связью, например если на первой странице рассказа, описывая обстановку комнаты, автор упомянет, что на стене висело ружье, то обязательно это ружье должно выстрелить на последней странице рассказа, иначе его незачем было упоминать при описании обстановки. В истории развития ребенка каждый приведенный факт также должен точно служить целям целого. Ружье, которое упомянуто вначале, должно обязательно выстрелить в конце. Ни один факт не должен быть приведен просто так, сам для себя. Каждый факт должен быть так прочно связан с целым, чтобы его нельзя было выбросить без разрушения всей постройки.

Идеальная история развития должна разворачиваться с такой же строгой логической закономерностью, как геометрическая теорема. Мы думаем, что на первых порах педологии, только овладевающей искусством научной диагностики развития, было бы не худо позаимствовать от геометрической теоремы немного логической строгости, даже несколько перегнуть палку в сторону геометризации, и во всяком случае помнить, что в начале истории развития должно быть точно сформулировано, хотя бы мысленно для исследователя, что именно требуется доказать, в конце должно быть отчетливо сказано то положение, которое и требовалось доказать. Это должно относиться не только к истории развития в целом, но и к отдельным моментам, из которых она составляется.

Отсюда ясно, что центр тяжести в истории развития ребенка должен быть перенесен с внешних событий, которые может констатировать как всякая няня, так и педолог (когда ребенок начал садиться, говорить и т. д.), на изучение и установление внутренних связей, в которых раскрывается процесс развития. Снова путь от внешнего к внутреннему, от того, что дано, к тому, что задано, от феноменологического анализа явлений к определяющим их внутренним причинам. Е. К. Сепп, клиницист по нервным болезням, считает, что всякая наука вначале проходит период, в котором преобладает описание явлений преимущественно статического характера. По мере накопления материала, происходит его систематизирование по сходству явлений и установление часто встречающихся сочетаний, образующих естественные комплексы. Весь этот период можно назвать

описательным или феноменологическим. Следующий этап по пути развития той или другой научной области — установление внутренней связи между явлениями, установление причинной зависимости путем расчленения сложных комплексных явлений на элементы и воссоздание из элементов всех возможных сочетаний. Отличительные черты этого этапа — анализ и изучение динамики процессов, отдельные моменты которых дают явления, исследованные ранее статически или феноменологически. Надо сказать, что педология, в отличие от медицины, и в чисто описательной области (в медицине она нашла свое наиболее яркое выражение в дифференциальной диагностике болезней) находится на чрезвычайно низкой ступени. Перед педологией стоит задача одновременно с усвоением приемов анализа и динамики процессов поднять и описание на высшую ступень.

В отношении наследственности и среды следует сказать, что оба эти момента также обычно включались в историю развития ребенка без указания на причину, т.е. без подчинения задачам и целям данной истории. Между тем задача педологического исследования — представить наследственность как момент детского развития, и поэтому изучение наследственности в педологии должно идти совершенно не тем путем, каким оно идет в медицине, генетике и других областях. Обычно педолог интересуется наследственностью исключительно с точки зрения патогенных этиологических моментов. При этом наблюдается ряд курьезов, которые, к сожалению, стали шаблонами практической педологической мысли. В истории наследственности указывается, например, что дед и отец исследуемого ребенка страдали алкоголизмом. Педолог привлекает эти данные для объяснения странного поведения ребенка, на которого жалуются, что иногда в классе он без всякой видимой причины бросается на пол, начинает дурачиться, срывает занятия. Педолог рассуждает просто: дед и отец пили, должно же это как-нибудь сказаться на поведении ребенка.

Только что приведенный образец использования в педологии учения о наследственности не представляет исключения. Он, скорее, типичен для построения этой области истории развития и ясно указывает на всю никчемность, бесплодность и неправильность такого пути. Допустим, что в данном случае исследователь был прав, что алкоголизм отца и деда действительно должен быть привлечен для объяснения странностей в поведении их сына и внука. Но какими же бесчисленными соединениями, посредствующими звеньями, переходами связана причина со следствием и до какой степени остается неразрешенной задача исследователя, какая пустота зияет в его истории развития, если он прямо и непосредственно сводит первое и последнее звенья длинной цепи, опуская все промежуточные! Какое страшнейшее упрощение действительности, какая вульгаризация научного метода!

Итак первая задача заключается в том, чтобы влияние наследственности проследить в развитии ребенка через все посредствующие звенья, так, чтобы те или иные явления в развитии ребенка, те или иные моменты наследственности были поставлены в генетическую ясную связь между собой. Второе требование состоит в том, что наследственный анализ в педологии должен быть, неизмеримо шире, чем в патологии. Мы должны интересоваться этим анализом, чтобы выяснить наследование конституционально заложенных черт, проявляющихся в развитии ребенка. Это должно быть одним из основных источников нашего знания детской конституции. Таким образом, педолог обязан не только интересоваться патологическими моментами в наследственности, но и вообще выяснить все наследственные варианты конституции в данном роду.

Обязательным моментом педологического исследования должно сделаться то, что Кречмер называет характерологическим исследованием семьи. Даже в отношении больного нельзя ограничиваться личностью самого больного. "Для характерологии имеет место то же самое, что и для строения тела. Классические

черты конституционального типа иногда ярче обозначены у ближайших родственников, чем у самого пациента. Мало того, где несколько конституциональных типов перекрещиваются в одном пациенте, там мы можем у других членов семьи видеть его отдельные компоненты ясно изолированными и расщепленными. Короче говоря, где мы желаем иметь конструкцию конституции пациента, там мы должны обратить должное внимание на наследственность. Поэтому я уже много лет при более важных случаях заносу в протокол все, что можно узнать о свойствах характера, болезнях и строении тела кровных родственников. Удивительно ясно выступает построение конституции пациента, если мы самое важное внесем в схему в сжатых выражениях..." (Э. Кречмер, 1930, с. 139).

Э. Кречмер приводит пример характерологического исследования среды: "Мы находим в этой семье чистую культуру таких свойств характера, которые мы позже назовем шизотемические. Начиная от здоровых шизотемических характеров... через явно психопатические... и в течение всей жизни стоящие на границе психопатии, вплоть до легкого пресенильного абортивного психоза матери, кончая тяжелой шизофренией сына. Мы видим здесь у этих немногих членов семьи всевозможные переходы и оттенки между болезнью и здоровьем" (там же, с. 139-140).

Таким образом, обычный опрос о наследственности, которому педолог подвергает родителей и который ограничивается установлением наличия психического заболевания, алкоголизма и т. д., совершенно несостоятелен для исследования действительной сложности явлений и отношений, лежащих в основе наследственности.

Даже изучение наследственности больного человека не может ограничиваться изучением только больных индивидов. Исследователь идет по ложному пути если останавливает свое внимание только на больных индивидах семьи. "В нашем случае, — говорит Кречмер о приводимом им примере, — он должен был бы сказать что мы видим здесь полиморфное унаследование психоза, поскольку от эпилептического отца происходит циркулярный сын. В биологическом отношении это довольно неудовлетворительный способ мышления. В действительности ход наследования здесь совершенно иной. Такое вылавливание только болезненных указаний никогда не дает нам картины наследственности в целом" (там же, с. 145).

Современное генетическое исследование, с одной стороны имеющее дело с проблемой конституции, с другой — с исследованиями близнецов, дает в руки исследователя величайший материал для глубочайшего конституционального анализа личности ребенка в отношении наследственности. Изучение близнецов указывает на динамику развития наследственных черт; изучение психопатических конституций с точки зрения наследственности на сложнейшие законы построения, расщепления, перекрещивания и сочетания в передаче даже основных характерологических синдромов. Например, исследование устанавливает, что в группе эпилепсии имеется большое число различных генов, которые могут то соединяться, то расщепляться, давая разные клинические формы.

Исследователь должен помнить, что факты наследственности в их динамике проявляются, как в целом, только в характерологическом исследовании данной семьи, но отнюдь не в изучении отдельных избранных ее членов. Изучение наследственности в том виде, в каком оно ведется до сих пор, совершенно аналогично тому, как если бы, изучая физическое развитие или состояние человека, мы учли не весь его организм в целом, а только состояние одного или двух органов, ибо отдельные члены семьи которых мы учитываем, являются такими частями динамического генетического целого, которые представлены только в семье.

Такое сложное характерологическое исследование семьи должно лечь в основу конституционального анализа личности ребенка. Но этим задача не ограничивается. Возникает необходимость пронаблюдать эти наследственные данные в истории

дальнейшего развития ребенка, проследить их судьбу и установить основных законы связи между определенным наследственным задатком с линией последующего развития ребенка. Сказанное относится не только к сфере характера, но и к физическому развитию ребёнка, в частности его росту. В качестве примера укажем на исследование Л. С. Гешелиной, выясняющие влияние наследственного и средового моментов на рост детей. Правильное конституциональное изучение роста ребенка, этого относительно простейшего явления требует изучения наследственных и средовых влияний, а послед нее возможно только с помощью изучения всей семьи.

Следующий момент, на который нужно обратить внимание, — изучение наследственных влияний в единстве со средовыми. При этом отдельные моменты и показатели среды не могут быть просто свалены в кучу путем беспорядочного перечисления, исследователь должен представить их как структурное целое, сконструированное с точки зрения развития ребенка. Изучение среды в истории развития ребенка никогда не явится окончательным и полным, если мы не примем во внимание то же самое, о чем говорили и в отношении наследственности.

Как алкоголизм деда иногда прямо объясняют поведение внука, так те или иные семейно-бытовые моменты (теснота помещения, плохие отношения между родителями, наличие дурных примеров и пр.) ставят в непосредственную зависимость с жалобами на поведение ребенка. При этом опять-таки считается, что достигнуто удовлетворительное научное объяснение, когда указано на бросающийся в глаза средовой момент. Ребенка приводят к исследователю с рядом жалоб на трудновоспитуемость, идущих от семьи и школы. Исследователь устанавливает тяжелые экономические, жилищные и моральные условия в семье. Анализ закончен. Но ведь такой же анализ способен дать любой сосед-обыватель, который в подобных случаях обычно говорит: "Да вы посмотрите, как люди живут-то!"

Задача педолога отнюдь не ограничивается таким обывательским констатированием связи между тяжелыми условиями жизни и трудновоспитуемостью ребенка. Научный подход тем и отличается от житейски-эмпирического, что он предполагает вскрытие глубоких внутренних зависимостей и механизмов возникновения того или иного средового влияния. До тех пор пока это не сделано, до тех пор пока не показано, как, каким путем, через какие посредствующие звенья, с помощью каких психологических механизмов, действуя на какие стороны процесса развития, данные средовые условия привели к данным явлениям трудновоспитуемости, задача научного анализа совершенно не осуществлена.

Говоря о сложной структуре развития личности психопатического ребенка, мы приводили данные относительно влияния среды на детей-психопатов шизоидного типа. Мы видели, что такие моменты, как материальная необеспеченность, голод, нужда, витальные аффекты, угроза для жизни, страх, испуг, слабый надзор, связь с улицей, играют относительно незначительную роль в накоплении дальнейших синдромов трудновоспитуемости в данной группе детей. В группе циклоидных психопатий этим факторам принадлежит первая роль при развитии реактивных состояний. Напротив, все те моменты, которые связаны с ущемлением личности больного и приводят к конфликтным переживаниям (суровое воспитание с постоянным принуждением и обидами, семейные неурядицы, разлад между родителями, спор из-за ребенка, разлука с кем-либо из родителей, ревность к кому-либо из членов семьи, тяжелые жизненные ситуации, ранящие самолюбие), оказываются в высшей степени травмирующими моментами по отношению к детям шизоидного типа.

Замечательно и то, что не только существует избирательность в различных средовых влияниях, но что существует и определенная форма реакции детского

развития на те или иные средовые условия. В 1/3 всех случаев, которые описывает Сухарева, отмечается, что наиболее частой формой реакции на данные условия среды были различные невротические состояния. "Можно думать, — говорит автор, — что частота данной реакции у шизоидов не случайна, ибо шизоидная психика (особенности жизни, влечения, отсутствие единства переживаний и слабое их отреагирование) дает ряд предуготовленных механизмов для их возникновения. (1930, с. 72). Но очевидно, что у других детей того же типа аналогичные условия вызывали совершенно другую реакцию. И задача педолога не констатирование тех или иных вредоносных моментов, но установление динамической связи между теми или иными моментами среды и той или иной линией в развитии ребенка. Вскрытие связей и механизма развития остается и здесь главной и основной задачей, без разрешения которой педологическое исследование не может быть названо научным исследованием.

Сюда примыкает и вопрос относительно воспитания. Как уже сказано, эта сторона дела обычно обходится молчанием в истории развития ребенка. Между тем она едва ли не самый важный момент во всем том материале, которым может располагать исследователь. Обычно в характеристике воспитания отмечаются только какие-нибудь исключительные моменты вроде телесного наказания, да и то в самых общих словах. Между тем воспитание понимаемое в самом широком смысле этого слова, должно в сущности быть основным стержнем, вокруг которого строится все развитие личности ребенка. Данная линия развития должна быть понята как необходимое логическое следствие данной линии воспитания. Таким образом, без научного изучения воспитания педолог никогда не сумеет построить научную картину детского развития. Воспитание, само собой разумеется, должно пониматься отнюдь не только как обучение, как намеренно создаваемые родителями воспитательные меры, применяемые по отношению к ребенку. Речь идет о воспитании во всем объеме и значении этого слова, как оно понимается современной педагогикой.

Мы уже приводили положение А. Гезелла, который говорит: что высшим генетическим законом является, по-видимому, следующий: всякое развитие в настоящем базируется на прошлом развитии. Развитие не простая функция, полностью определяемая гено-единицами наследственности плюс игрок-единицами среды. Это исторический комплекс, отображающий на каждой данной ступени заключенное в нем прошлое. Другими словами, искусственный дуализм среды и наследственности уводит нас на ложный путь, он заслоняет от нас тот факт, что развитие есть непрерывный самообуславливаемый процесс, а не марионетка, управляемая дерганьем двух ниток. Мы вторично приводим это положение, потому что оно представляется нам центральным по значению для практической педологии. К сожалению, в нашей практике история развития ребенка обычно излагается именно с точки зрения ложного дуализма среды и наследственности; практическая педология редко умеет взять то и другое в их единстве, и ребенок в этом изображении представлен именно как марионетка, управляемая дерганьем двух ниточек, а его развитие разворачивается, как драма, направляемая двумя силами.

Умение представить наследственность и среду в единстве может быть достигнуто только с помощью практического применения к изучению конкретного развития ребенка того закона, который Гезелл назвал основным законом всей педологии, именно закона, показывающего, что развитие есть самообуславливаемый процесс, где синтезированы влияния среды и наследственности. Это значит, что всякий новый этап в развитии ребенка педолог должен изобразить как вытекающий с логической необходимостью из предшествующего этапа. Должны быть раскрыты логика самодвижения в развитии, единство и борьба противоположностей, заложенных в самом процессе. Не следует понимать всякий новый этап в развитии



ребенка как новый продукт взаимного перекрещивания икс-единиц наследственности плюс игрек-единиц среды. Раскрыть самодвижение процесса развития значит понять внутреннюю логику, взаимную обусловленность, связи, взаимосцепление отдельных моментов из единства и борьбы заложенных в процессе развития противоположностей. Развитие, по известному определению, и есть борьба противоположностей. Только такое понимание обеспечивает действительно диалектическое исследование процесса детского развития.

Следующий раздел нашей схемы — симптоматология развития. Задача раздела — представить как бы педологический статус, определить уровень и характер развития, который достигнут ребенком на настоящий момент. В качестве вспомогательных ценных сюда входят и все другие сведения, могущие характеризовать состояние ребенка и уровень его развития; но эти сведения должны включаться не иначе, как под педологическим углом зрения. В качестве примера таких данных можно назвать медицинский диагноз, педагогические сведения об успеваемости, подготовку и воспитание ребенка и пр. Но центральное для всего раздела — проблема симптоматики, т. е. научного констатирования, описания и определения симптомов развития.

В этом отношении наша практическая работа отстоит чрезвычайно далеко от идеала. Достаточно сказать, что в умении установить известные факты и педологически их квалифицировать наше исследование очень сильно отстало от соответствующего клинического исследования. В качестве примера мы могли бы назвать несколько моментов, с которыми приходится очень часто сталкиваться на практике. Так, у ребенка констатируется в характере замкнутость. Без дальнейшего анализа отсюда делается умозаключение или выдвигается предположение о шизоидном складе его личности. Между тем дальнейший тщательный анализ фактов, которые привели к выводу о замкнутости ребенка, показывает, что эта замкнутость по степени выраженности вовсе не занимает переходное место между патологической замкнутостью при соответствующем психозе и совершенно нормальной замкнутостью, встречающейся при определенных переживаниях у нормального человека, т. е. что самый характер этой замкнутости вовсе не позволяет отождествлять ее с той замкнутостью которая может рассматриваться как симптом психопатического состояния, пограничного между душевной болезнью и здоровьем. Дальше удастся установить, что эта замкнутость не является той замкнутостью, которая так характерна для психопатической структуры личности, но в истории развития ребенка она вполне мотивированна, объяснима и дифференцирована в отношении отдельных комплексов переживаний.

Таким образом, тщательное исследование фактов показывает, что неумение описать, определить, педологически квалифицировать явление приводит к обозначению его тем же именем, что в другие явления только внешне сходные с данным, а отсюда общий ярлычок уже совершенно механически, по простой ассоциации будит воспоминания о психопатии, ставя процессы припоминания и ассоциативных тенденций на место процессов мышления, рациональной обработки фактов, которые на самом деле должны стоять в исследовании, на первом плане. Уже на этом примере мы видим, как важно уметь установить самый факт, описать его какая огромная культура нужна для этого и как нужно заранее знать, что именно в факте должно быть отмечено и описано. В приведенном примере собиратель фактов упустил самое важное — степень выраженности и характер связи с остальными симптомами, мотивированность, т. е. место данного симптома внутри целого синдрома.

Но еще важнее обратить внимание на второй момент, связанный с симптоматологией развития, именно на момент педологической квалификации наблюдаемых явлений и фактов. Очень часто в нашей практике под видом симптома

развития на самом деле фигурирует житейское наблюдение, отмеченное случайным названием, которое попадает в лист педологического исследования непосредственно из лексикона наблюдавшего это явление обывателя. В результате мы встречаем такие определения и обобщения как упрямство, злость, совершенно не зная характера тех фактов которые лежат в основе этого обозначения, и их педологической квалификации. Между тем самое простое наблюдение показывает что один и тот же факт не только имеет бесконечные степени выраженности, но и совершенно различное значение в зависимости от того, в составе какого синдрома он встречается и из каких моментов складывается. Короче говоря, часто то, что под общим названием сходит за явления одного и того же порядка, на самом деле оказывается при ближайшем рассмотрении двумя различными фактами, которые спутаны или смешаны из-за ненаучного подхода к ним. Если мы возьмем такие очень частые в практике трудного детства явления, как детский онанизм, недержание мочи, капризы, мы увидим, что обычно исследователь тщетно бьется над тем, чтобы вышелушить самое зерно факта из обволакивающей его шелухи всяких ярлыков, обозначений, обобщений.

В этом отношении, как уже сказано, медицинская клиника ушла далеко вперед по сравнению с педологией. Ни один врач не удовлетворится простым указанием на то, что у больного выступила сыпь и что с больным случаются припадки. Характер сыпи, характер и природа этих припадков нуждаются в детальном, тщательном, научном описании для того, чтобы данный припадок мог рассматриваться как симптом эпилепсии или истерии, данная сыпь могла рассматриваться как симптом сифилиса или скарлатины.

Вот этого научного определения симптомов и педологической квалификации наблюдаемых явлений и недостает в первую очередь современному педологическому исследованию. Мы уже указывали на тот механический, арифметический суммарный характеру с помощью которого современная психометрия часто получает свои симптомы. Мы, конечно, не можем рассматривать коэффициенты умственного развития иначе, как один из симптомов, но самый способ определения такого симптома является в высшей степени характерным для современной педологии. Как помнит читатель, этот симптом получается на основании автоматического суммирования, простого подсчета ряда совершенно разнородных фактов путем сложения и вычитания килограммов и километров, которые принимаются за равновеликие и эквивалентные единицы. Это относится не только к проблеме измерения в педологической симптоматологии, но в равной мере и ко всякому качественному описательному определению того или иного симптома развития. Некоторые педологи особо говорят о симптоматологическом диагнозе, понимая под ним одну из последовательных ступеней, по которым идет развитие диагностической методики в педологии, так же как и в области медицинской диагностики, опыт которой в значительной мере используется и педологией. Но надо сказать, что и при симптоматологической или эмпирической диагностике научное определение симптомов развития остается чрезвычайно малоразработанным. В связи с проблемой симптоматологии развития стоит и вопрос об оценке тех или иных показателей развития, о выведении индексов, о сравнении состояния ребенка с теми или иными постоянными стандартными величинами. Так как научное исследование развития началось сравнительно недавно, то вопрос этот оказывается чрезвычайно малоразработанным.

В современной педологической практике принято различать два основных направления исследования, то, что Гезелл называет нормативной и клинической психологией. Задача нормативной психологии с нашей точки зрения, чисто вспомогательная. Это — одна из проблем симптоматологии развития. Задача научного изучения симптома не только описание его, но и определение его с точки

зрения отклонения от постоянных величин. Так, не только сырые данные роста, веса, окружности груди и других антропометрических величин, но и выведение индексов, показателей и прочих относительных величин, оценка отклонения в сигмах того или иного признака от стандартной величины-все это входит в задачи симптоматологии развития.

Мы совершенно согласны с Гезеллом, который подчеркивает, что существует большая разница между психологическим измерением и психологическим диагнозом. Поясним это следующим образом: психологическое измерение относится к области установления симптома, диагноз относится к окончательному суждению о явлении в целом, обнаруживающем себя в этих симптомах, не поддающемся непосредственно восприятию и оцениваемом на основании изучения, сопоставления и толкования данных симптомов.

Мало диагностических методов, которые действовали бы автоматически. Есть, например, анализ крови и кардиограммы, которые дают немедленное и точное определение болезни, но и в медицинской диагностике существует правило, что все клинические данные должны быть взвешены и истолкованы в совокупности. Если так бывает при соматических диагнозах, то это должно быть справедливо и для психологической диагностики, а при современном уровне психометрической техники это должно быть вдвойне справедливо. С этой точки зрения, Гезелл строго различает психометрическое и клиническое исследование в диагностике умственного развития. Но психометрическое исследование только один из моментов установления симптомов, без которых не может быть правильно определен и сам диагноз. "Клиническая психология — это вид прикладной психологии, которая пытается путем измерения, анализа и наблюдения сделать правильное определение умственной структуры субъекта. Ее цель — истолковать человеческое поведение и определить его границы и возможности..." (А. Гезелл, 1930, с. 297-298).

Как только в психологической процедуре выдвигается элемент ответственной диагностики, психологическое измерение как таковое отступает на второй план. Психометрия дает только отправную точку для анализа или намечает канву для составления картины. Клинические или диагностические методы требуют не только точного измерения, но и творческого истолкования. Вот почему компетентный психолог-клиницист должен накопить из первых рук большое количество опытного материала в отношении как средних, так и исключительных объектов. Он должен построить из этого опыта рабочие идеи, которыми может манипулировать в каждом случае и в каждой его частности. Психоклиническая диагностика нуждается в сравнительном нормативном методе. Термин "нормативный" в данном случае обозначает то! тип психологии, который систематически вырабатывает объективные стандарты и описательные формулировки для сравнительной оценки умственных способностей и возможностей. Клиническая психология может быть определена как применение психологических норм к изучаемым случаям развития или поведения. Нормативность и является чертой различия между клинической психологией и психиатрией. Этот термин оттеняет также различие между чисто психометрической процедурой и сравнительной дифференциальной диагностикой.

Хотя Гезелл говорит все время о проблеме умственного развития, но методически все это может быть распространено и на диагностику развития в целом. Целью Гезелла и является установить диагноз хода развития. Он собрал в последовательном порядке 10 схем развития, из которых каждая включает в среднем 35 признаков. На основе этой хорошо разработанной симптоматологии умственного развития в раннем возрасте и можно ставить диагноз хода развития. Как подчеркивает сам Гезелл, понятие развития центральное, потому что оно в одинаковой степени приложимо к физическому и психическому развитию ребенка.

А. Гезелл детально останавливается на отдельных моментах клинического

исследования, которые мы сейчас не будем рассматривать подробно. Он начинает с подхода к ребенку, прослеживая общий ход исследования, и заканчивает вопросами, имеющими с первого взгляда чисто техническое значение, но в сущности увенчивающими всю проблему педологической симптоматологии. Касаясь вопроса об отношениях между матерью и ребенком во время эксперимента, рассматривая эти отношения, Гезелл указывает на то, что самый факт изменения поведения ребенка в присутствии матери должен сделаться проблемой клинического исследования. Тесная связь между диагнозом развития и родительским руководством служит основанием для принятия отношений матери и ребенка за составную часть всей клинической задачи.

## 6.

В сущности всем тем, о чем мы сказали выше, мы подготовили уже переход к следующему пункту нашей схемы, к педологическому диагнозу. Это центральный, узловый момент, во имя которого разворачиваются все предшествующие моменты и исходя из которого могут строиться все последующие. Как в фокусе, в проблеме педологического диагноза сходятся все проблемы педологической клиники. Это основное, руководящее понятие, поэтому в нем нужно разобраться. То, что было сказано до сих пор, имело целью строго разграничить обычно отождествляемые в практической работе проблемы симптоматологии и диагностики развития, поставить то и другое в правильное отношение друг к другу, показать, что установление симптомов автоматически никогда не приводит к диагнозу, что исследователь никогда не должен допускать экономию за счет мыслей, за счет творческого истолкования симптомов.

Если мы обратимся к диагностике в собственном смысле слова, мы увидим, что современная практика различает несколько видов диагностики развития. Гезелл называет дифференциальную и описательную диагностику. В основе описательной диагностики лежит убеждение в том, что описательный метод позволяет избежать многих ошибок абсолютных психометрических определений и воспользоваться преимуществами сравнительного метода. "Если наш способ, — говорит автор, — на первый взгляд грешит неопределенностью, он зато отличается клинической конкретностью и ясностью, которые сопутствуют описательным и сравнительным формулировкам. Мы надеемся, что метод сравнительных оценок будет более способствовать обоснованным клиническим заключениям, нежели автоматические итоги и выкладки. Сравнительный метод принуждает исследователя призвать на помощь весь свой прежний опыт при решении данной задачи. Он также помогает ему систематизировать свой опыт по мере его накопления. Методика имеет одно общее свойство для всех субъектов — нормальных, субнормальных, вышесредних, молодых, взрослых: она имеет сравнительный характер. (1930, с. 340).

Окончательная оценка состояния развития делается на основании внимательного рассмотрения числа и характера положительных и отрицательных результатов, сравнения поведения ребенка с той или иной возрастной схемой развития. Но окончательная оценка должна выводиться не механическим путем складывания и классификации буквенных оценок, а путем обсуждения и оценки всей картины поведения и на основании выработанного самим исследователем нормативного мерил для данного уровня развития.

Одна из существенных опасностей, которая грозит педологической диагностике, — чрезмерная общность и неопределенность клинических выводов, которые здесь делаются. Для того чтобы избежать этого, Гезелл требует отдельных выводов по четырем крупным областям поведения, а именно в области двигательной, речевой, приспособления и социального поведения. Как уже сказано, мы в свое время

предложили для трудновоспитуемого ребенка еще более дифференцированный план исследования отдельных функций. Не вдаваясь сей час в обсуждение того, какие пункты должны быть в этом дифференцированном исследовании отмечены, скажем только, что сам по себе принцип максимально специализированного исследования отдельных функций, несомненно, в высшей степени важен.

Другой вид диагностики, так называемая дифференциальная диагностика, строится на основе того же сравнительного метода исследования "При нашей клинической работе, — говорит Гезелл, — мы стараемся держаться правила производить как можно больше сравнений, насколько нам позволяют время и место, и ж делать решительного заключения, пока нами не получены достаточные данные для этой сравнительной оценки. Надо признать что возможны некоторые случаи, когда даже и дальнейшему наблюдению, ряду повторных исследований; "... повторные исследования быстро накапливают материал, требуется лишь несколько месяцев, самое большое — один год, чтобы получить важные дополнительные данные" (там же, с. 344-345).

Здесь затрагивается в высшей степени важный момент педологической диагностики, заключающийся в том, что, в отличие от медицинской диагностики, педологическая диагностика не может и не должна базироваться на амбулаторном исследовании как на основной форме педологического изучения ребенка. Ряд повторных срезов с развития ребенка, ряд симптомов, полученных в живом процессе развития, как правило, всегда необходимы для постановки диагноза или для его дальнейшей проверки. Поэтому педологический диагноз, как правило, никогда не должен ставиться лишь предположительно. Имея сравнительную оценку, мы должны сопоставить между собой различные виды или данные поведения. Таким образом, мы получим возможность создать аналитическую оценку.

"...Диагноз развития не должен заключаться только в получении ряда данных путем тестов и измерений. Диагностика не есть процесс численного определения... Осторожное заключение не становится бессодержательным, если оно выражается в описательных пояснениях и сравнительной формулировке. Данные испытания и измерения составляют объективную основу сравнительной оценки. Схемы развития дают мерило развития. Но диагноз, в истинном смысле этого слова, должен основываться на критическом и осторожном истолковании данных, полученных из разных источников" (там же, с. 347).

Как мы уже говорили, хотя речь идет все время о диагностике умственного развития ребенка, но тем не менее диагноз развития, разумеется, "не ограничивается измерением интеллекта. Он основывается на всех проявлениях и фактах созревания... Синтетическая, динамическая картина тех проявлений, совокупность которых мы называем личностью, также входит в рамки исследования. Мы не можем, конечно, точно измерить черты личности. Нам с трудом удастся даже определить, что мы называем Личностью, но, с точки зрения диагностики развития, мы должны следить за тем, как складывается и созревает личность" (там же, с. 347-348). "Термин "развитие" не делает ложных различий между вегетативным, чувствительно-двигательным и психическим развитием. Он ведет к научному и практическому согласованию всех доступных критериев развития... Идеально полный диагноз развития обнимает собою все явления психического и нервного порядка в связи с анатомическими и физиологическими симптомами развития... Будущее развитие антропологии, физиологии и биохимии несомненно снабдит нас нормами для более правильной оценки уровня развития" (там же, с. 365).

Другие различия в диагностике развития, как уже говорилось, связаны с различием последовательных ступеней в развитии диагноза. А. А. Невский различает симптоматический, или эмпирический, диагноз, который ограничивается констатированием определенных особенностей или симптомов, и на основании

этого непосредственно строит практические выводы. В качестве примера он приводит комплектование вспомогательных школ, когда очень часто единственным критерием для отбора детей является низкий психологический профиль или низкий показатель одаренности по одному из существующих тестовых методов. Иными словами, на основании отдельных симптомов ставится практический диагноз умственной отсталости. Между тем даже в клинической психиатрии практика диагноза умственной отсталости (олигофрения, дебильность), построенная на основании более или менее всестороннего врачебного исследования, служит по существу лишь симптоматическим диагнозом, во всяком случае до тех пор, пока не удастся установить и причины отсталости ребенка.

Нам думается, что симптоматический, или эмпирический, диагноз не есть научный диагноз в собственном смысле слова. Ошибочность его не только в том, что он не устанавливает причин, но и в другом. Дело в том, что многие действительно научные клинические диагнозы также не устанавливают причины, тем не менее они являются научными диагнозами. Это относится к таким заболеваниям, причины которых нам неизвестны (рак, шизофрения).

В этом смысле и психиатрический диагноз олигофрении будет научным диагнозом, если даже сразу не удастся установить причину, вызвавшую олигофрению, и выяснить, является ли она результатом заболевания эндокринного аппарата, или связана с внутриутробным повреждением зачатка, или появилась как результат алкогольной дегенерации.

Суть дела, очевидно, не в причинах. Научная диагностика может быть установлена и тогда, когда причины того процесса который устанавливается в диагнозе, нам еще неизвестны. Суть дела в том, что при научном диагнозе мы на основании известных симптомов, идя от них, констатируем некий процесс, лежащий в основе этих симптомов. Поэтому, когда Э. Крепелин установил понятие олигофрении, он указал на самую сущность процесса лежащего в основе симптомов, в которых он обнаруживается. Исследователь определил ее как общую задержку психического развития, и это основа для истинного научного диагноза. Ошибкой является попытка видеть диагноз в установлении ряда симптомов или фактических данных. Практические недостатки такой диагностики настолько ясны и настолько обусловлены самой ошибочностью постановки вопроса, что на них подробно останавливаться не следует. Невский совершенно справедливо сравнивает такого рода диагностику развития с диагнозами которые ставила примитивная эмпирическая медицина, констатируя у больного кашель или малокровие и принимая эти симптомы за самую сущность болезни.

Вторая ступень в развитии диагностики приводит нас к этиологической, или причинной, диагностике. Невский видит ее особенности в том, что она строится на учете основных факторов, на основе вскрытия причин, на основе того, что мы учитываем не только наличие определенных симптомов, но и вызывающие их причины. Принимая во внимание необычайную сложность в переплетении отдельных факторов и в комплексном характере их действия, педологический диагноз должны не просто констатировать те или иные статические состояния, но вскрыть определенный динамический процесс.

Снова мы видим недостаточное развитие того, какой процесс подлежит вскрытию в диагнозе. Что статистическое состояние есть проблема симптоматологии, а не диагностики развития, это мы выяснили выше, но и динамический процесс изменения симптомов еще не составляет диагноза развития в собственном смысле. Только определение процесса развития, обнаруживающего себя в характерных симптомах, может явиться действительным фундаментом педологического диагноза. Ошибки этиологического диагноза обычно вытекают из двух источников. Во-первых, как мы уже указывали, очень часто этиологический анализ понимается

чрезвычайно упрощенно: указываются самые отдаленные причины или общие и малосодержательные формулы, вроде преобладания биологических и социальных факторов и пр. Во-вторых, источником ошибок служит незнание ряда причин, в частности ближайших причин, определяющих явление, и указание на отдаленные причины, которые непосредственно не определяют данное явление, а определяют его лишь в конечном счете. Из-за чрезвычайной сложности причинного анализа мы считаем необходимым выделить его в схеме в особый пункт и вернемся к нему ниже.

Пока скажем, что попытка некоторых авторов непосредственно связать картину симптомокомплекса с этиологическим анализом, минуя диагноз, неизбежно приводит к тому, что центральный, узловый и определяющий пункт всего педологического исследования исчезает. Третья ступень в развитии диагностики определяется Невским как типологическая диагностика. Имея целью вскрыть пути, по которым развитие пойдет в дальнейшем, мы должны стремиться к определению того или иного типа развития, того или иного пути, по которому это развитие должно пойти. Процесс развития всегда разворачивается в том или ином плане, он совершается по тому или иному типу, другими словами, все многообразие индивидуальных ситуаций можно свести к определенному количеству типичных ситуаций, и, таким образом, наша диагностика заключается в определении типа детской личности в динамическом смысле этого понятия.

Здесь указан чрезвычайно важный момент, который затемнен ссылкой на типологическую проблему. Обычно у нас она понимается как проблема конституциональная или, во всяком случае, дифференциально — педологическая. Мы предпочитаем говорить в данном случае о педологической клинике детского развития вообще и о педологической клинике трудного детства в частности как о научных основах педологического диагноза. Это значит, как мы разъяснили выше, что, говоря о задаче (сходной с задачей Крепелина в психиатрии), которая стоит сейчас перед педологическим исследованием, мы ведем речь не о выделении дедуктивным путем некоторого количества типичных форм детского развития и установлении такого типологического диагноза, а о клиническом выделении и описании основных форм течения процесса детского развития и образования детской трудновоспитуемости, на базе которых только и может ставиться конкретный педологический диагноз. Для того чтобы поставить диагноз эпилепсии или шизофрении, нужно иметь самое понятие эпилепсии или шизофрении, и величайшей трудностью на пути педологической диагностики является отсутствие подобных понятий. В этом и заключается проблема Крепелина в педологии. Создать клинику детского развития и детской трудновоспитуемости значит создать систему понятий, отражающих реальные объективные процессы детского развития и образования трудновоспитуемости, на основе которых только и возможна научная диагностика развития, ибо своеобразие того способа научного мышления и исследования, который мы применяем в диагностике, заключается в том, что мы изучаем данное конкретное явление с точки зрения определения его принадлежности к той или иной клинической картине развития.

Поэтому не всякое исследование можно считать диагностическим. Диагностическое исследование предполагает готовую, установленную систему понятий, с помощью которой определяется самый диагноз, с помощью которой данное частное явление подводится под общее понятие эпилепсии, шизофрении и т.д. Было бы неправильно сказать, что современная педология вовсе лишена системы понятий. Скорее эта система чрезвычайно мало разработана, и это происходит из того, что педология пренебрегала до последнего времени вопросами практической диагностики. Поэтому между тем, что она знала, и тем, что она умела делать, во всех областях возникал огромный разрыв, огромное расхождение. Если

бы педология действительно мобилизовала все то, что она знает о детском развитии, и применила это к проблеме практической диагностики, она располагала бы уже сейчас некоторой, правда чрезвычайно малоразработанной, системой понятий, которая должна была бы лечь в основу научного диагноза. Пусть первые педологические диагнозы будут описательны, полны еще не установившихся, недостаточно определенных и четких положений, пусть они имеют еще колеблющиеся контуры, но пусть вместе с тем они с самого начала будут методологически и методически правильно поставлены, т.е. будут диагнозами в истинном смысле слова.

Следующий момент в схеме педологического исследования — вскрытие причин, не только определяющих данное явление в конечном счете, но и ближайшим образом определяющих его. Мы выше говорили достаточно об ошибках, которые обычно здесь делаются, и поэтому нет надобности подробно останавливаться на этом пункте; достаточно сказать, что центральная проблема этиологического анализа — вскрытие механизма симптомообразования: как развился, с помощью какого механизма возник и установлен, как причинно обусловлен данный симптом. Путь исследования описывает здесь как бы круг, который начинается с установления симптомов, далее загибает от этих симптомов к процессу, лежащему в их центре, в их основе, и приводит нас к диагнозу; далее он снова должен повести нас от диагноза к симптому, но уже раскрывая причинную мотивировку и происхождение этих симптомов. Если наш диагноз верен, то он должен доказать свою истинность с помощью раскрытия механизма симптомообразования, он должен сделать нам понятной ту внешнюю картину проявлений, в которых обнаруживает себя данный процесс развития. И если диагноз всегда должен иметь в виду сложную структуру личности, о чем мы также говорили выше, и определять ее структуру и динамику, то этиологический анализ должен раскрыть нам механизм того динамического сцепления синдромов, в которых обнаруживается эта сложная структура и динамика личности.

Выше, когда мы говорили о среде и наследственности, мы указывали, в какой мере простое констатирование тех или иных моментов из области действия этих факторов далеко отстоит от причинного анализа наследственности или среды. Мы говорили также, что этиологический анализ всегда должен показывать, как данный этап в развитии обусловлен самодвижением целого, внутренней логикой самого процесса развития, как этот этап неизбежно вытекает из предшествующего этапа развития, а не складывается как механическая сумма из новых на каждом этапе воздействий среды и наследственности. Поднять этиологический анализ развития на действительно научную высоту — значит прежде всего искать причины интересующих нас явлений в процессе развития, раскрывая его внутреннюю логику, самодвижение.

На следующих двух моментах, заключающих нашу схему, мы можем остановиться лишь бегло, так как их понимание подготовлено всем изложенным. Пятый момент — прогноз, умение предсказать на основе всех проделанных до сих пор этапов исследования путь и характер детского развития. Снова надо указать на тот жалкий характер, который обычно носит установление прогноза в педологическом исследовании. Бессодержательность, сведение к общим формулам, пользование двумя-тремя трафаретами, абстрактный характер — вот что обычно отличает этот прогноз. Между тем содержанием прогноза должна явиться вся полнота процесса развития, как она отражена в диагнозе, со всей сложностью структуры и динамики частности, существенным моментом прогноза является разбивка его на отдельные периоды. Педолог должен уметь предсказать, что произойдет с процессом развития через год, как будет разворачиваться ближайший возрастной этап (например, школьный возраст у дошкольника или половое созревание у школьника), каков будет



окончательный исход процесса развития, какова будет, наконец, зрелая личность, насколько можно судить по настоящему моменту. Прогноз, более чем какой-либо другой момент в нашей схеме, требует длительных и повторных наблюдений, т. е. данных, накапливающихся в процессе динамического исследования.

Наконец, шестой, и последний, момент-это педагогическое или лечебно-педагогическое назначение, во имя которого только и строится педологическое исследование, но которое обычно оказывается чрезвычайно бедным, бессодержательным, абстрактным, ибо, как указано выше, оно часто возвращает педагогу только то, что само от него получил. Поэтому такие стереотипные формулы педагогических назначений, как индивидуальный подход или вовлечение в коллектив, решительно ничего не говорят педагогу, ибо, во-первых, они не указывают, каким способом это осуществить, а во-вторых, не говорят ничего о том, какое конкретное содержание должно быть вложено в индивидуальный подход и в вовлечение в коллектив. Педологическое назначение, если оно хочет быть выводимым из научного исследования и само составлять его наиважнейшую практическую часть, которая одна только и может доказать истинность исследования в целом, должно быть конкретным, содержательным, давать совершенно определенные, четкие, ясные указания относительно мероприятий, применяемых к ребенку, и явлений, которые должны быть устранены у ребенка этими мероприятиями.

Как мы указывали, бедность нашей лечебной педагогики, и в частности практической педагогики вообще, в применении к аномальному ребенку заключается отчасти в том, что на основе педологического исследования никогда не культивировались специальные приемы и средства педагогического воздействия, которые могут строиться только на основе научного понимания ребенка. Назначение вносит критерий практики во все педологическое исследование, является его конечной целевой установкой, оно сообщает смысл всему исследованию. И мы убеждены, что действительное культивирование педагогических назначений, вытекающих из богатого, содержательного научного клинического изучения ребенка, приведет к небывалому расцвету всей лечебной педагогики, всей системы индивидуально-педагогических мероприятий. Педагог должен знать, получив назначение, с чем именно в развитии ребенка он должен бороться, какие для этого привлекаются средства, какой ожидается от них эффект. Только зная все это, он сумеет оценить результат своего воздействия. Иначе педагогическое назначение по своей неопределенности будет еще долго соперничать с педологическим прогнозом.

=====