

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕСТА РОРШАХА НА ОСНОВЕ ИНТЕГРАТИВНОЙ СИСТЕМЫ В КЛИНИКЕ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

М.А. Ассанович (Гродно)

Аннотация. Настоящее исследование было посвящено оценке психической деятельности больных невротическими расстройствами с помощью теста Роршаха на основе Интегративной Системы. В результате проведенного исследования у невротических больных нами обнаружено значительное количество патопсихологических изменений в основных сферах психической деятельности. Ключевые патопсихологические особенности у больных с данной патологией локализуются в сфере контроля над поведением, самовосприятия и социальной сфере.

Ключевые слова: тест Роршаха, Интегративная Система, больные невротическими расстройствами, патопсихологические изменения.

В последние десятилетия тест чернильных пятен Роршаха признан как метод получения разносторонней информации о поведении человека. Во многом это связано с формированием Интегративной Системы, которая объединила все известные подходы к данному тесту на эмпирически подтвержденной, психометрически проработанной и концептуально обоснованной основе [1].

В настоящее время тест Роршаха на основе Интегративной Системы нашел широкое применение в клинической практике за рубежом как метод многосторонней оценки и анализа тонких и глубоко скрытых нарушений психической деятельности. К сожалению, в отечественной психологии имеется крайне незначительное число исследований с использованием теста Роршаха, а исследования на основе современной Интегративной Системы отсутствуют вообще. В зарубежной клинической психологии имеется довольно значительное количество патопсихологических исследований с использованием теста Роршаха больных шизофренией и аффективными расстройствами. Вместе с тем крайне немногочисленны исследования нарушений психической деятельности больных различными формами невротических расстройств. Здесь же следует добавить, что и в отечественной медицинской психологии патопсихологические особенности больных невротическими расстройствами также изучены недостаточно. Особенно это касается системных дифференцированных патопсихологических исследований больных отдельными клиническими формами неврозов.

Настоящее исследование призвано заполнить указанные пробелы в отечественной клинической психологии. Данная статья посвящена оценке и анализу нарушений психической деятельности с помощью метода Роршаха на основе Интегративной Системы у больных двумя распространенными формами невротических расстройств – тревожными расстройствами и расстройством адаптации. Основным смыслом данного исследования заключается в раскрытии возможностей теста Роршаха на основе современного интегративного подхода в обнаружении системных патопсихологических изменений у больных невротическими расстройствами.

Метод Роршаха в рамках Интегративной Системы представляет собой стандартизированную психодиаг-

ностическую систему, состоящую из следующих взаимосвязанных этапов: процедуры исследования, цифровой обработки протокола и интерпретации результатов исследования [1].

Процедура исследования и технология обработки протокола в целом соответствуют общеизвестной технике тестирования методом Роршаха. Специфические особенности Интегративной Системы обусловлены прежде всего стандартизацией и строгой алгоритмизацией всех этапов тестирования [1].

Все шкалы, предназначенные для интерпретации, сгруппированы в кластеры, которые описывают основные сферы психической деятельности. К данным сферам относятся когнитивная, эмоциональная, межличностная, самовосприятия и сфера контроля над поведением. Всего в рамках Интегративной Системы насчитывается более 90 различных переменных для интерпретации [2].

Интерпретация результатов состоит из нескольких составляющих. Сначала определяется последовательность интерпретации кластеров, содержащих шкалы теста, чтобы выявить наиболее значимые кластеры и упорядочить процесс интерпретации [2]. В значимых кластерах сосредоточена ядерная информация о поведении испытуемого, которая является основой для построения целостной картины психической деятельности субъекта. После формирования кластерной последовательности начинается интерпретация шкал каждого кластера в порядке их следования друг за другом. В каждом кластере шкалы интерпретируются в соответствии с определенной стратегией. Каждая шкала в составе данного кластера отражает определенную психологическую характеристику. Соотношение между значениями шкалы и соответствующей ей поведенческой характеристикой были установлены эмпирически на основе многочисленных повторяющихся экспериментальных исследований. Для каждой шкалы были выделены диапазоны значений, отражающие определенный уровень выраженности соответствующей психологической черты. Внутри данного диапазона все шкалы отражают один и тот же уровень выраженности соответствующей психологической характеристики. Каждая шкала включает диапазон нормальных значений, составленный на основе нормативных данных, и диапазоны, отражающие пато-

психологические изменения. После интерпретации всех шкал во всех кластерах производится интеграция обнаруженных психологических характеристик в целостную картину, в которой выделяются наиболее важные особенности данного испытуемого и выстраиваются причинно-следственные взаимоотношения [1].

Стимульно-инструктивную ситуацию теста Роршаха на основе Интегративной Системы можно квалифицировать как проблемную, процесс решения которой испытуемым отражает как его текущее психическое состояние, так и значимые для психологической адаптации стилевые психологические особенности. Из этого следует, что основной концепцией данного теста является концепция проблемно-решающего поведения [2].

Для настоящего исследования были выбраны две группы невротических больных по 48 человек в каждой.

Группа больных тревожно-фобическими расстройствами состояла из 28 мужчин и 20 женщин в возрасте 25–40 лет, группа больных расстройством адаптации – из 30 женщин и 18 мужчин в возрасте 23–40 лет. В контрольную группу вошли 46 здоровых людей в возрасте 25–45 лет.

Обработка данных проводилась на основе статистики двухвходных таблиц частот с определением достоверности межгрупповых различий в частоте признака с помощью точного метода Фишера.

Анализ результатов исследования здоровых лиц показал, что частота нормальных шкальных значений в контрольной группе в целом преобладала в диапазоне частот 0,7–0,97 ($p < 0,01–0,001$). При этом значения большинства шкал Интегративной Системы соответствовали нормальным значениям с частотой 0,75 и выше ($p < 0,001$).

Ключевые психологические особенности невротических больных обеих групп сосредоточены в сферах поведенческого контроля, социального поведения, самовосприятия и эмоциональной сфере. Исходя из этого патопсихологические изменения у обследованных больных следует рассматривать в кластерной последовательности: контроль и толерантность к стрессу – социальная сфера – самовосприятие – эмоциональная сфера – когнитивная сфера.

Патопсихологические изменения в сфере контроля над поведением у больных невротическими расстройствами

Контроль над поведением подразумевает сознательную способность субъекта организовывать свое проблемно-решающее поведение в соответствии с ситуационными требованиями. От уровня поведенческого контроля непосредственно зависит степень толерантности к стрессу. Чем выше уровень контроля, тем субъект устойчивее к воздействию психосоциального стресса. Сниженный контроль над поведением, являясь патопсихологическим показателем, обуславливает склонность к импульсивному принятию неадекватных решений и предрасполагает к общей

дезорганизации поведения. При этом субъект становится уязвимым к воздействию стресса, который может быть любая повседневная проблемная ситуация [2].

В результате проведенного исследования установлено, что у большинства обследованных больных невротическими расстройствами обнаруживается достоверное снижение контроля над поведением ($p < 0,001$). При этом сниженный контроль значительно чаще отмечается в группе больных тревожными расстройствами (83%, $p < 0,01$).

Общими факторами, способствующими снижению поведенческого контроля в обеих группах больных, являются влияние ситуационного стресса у подавляющего числа испытуемых и повышенный уровень фрустрирующих переживаний, который достоверно чаще встречается у больных расстройством адаптации (67%, $p < 0,05$).

Группа больных тревожно-фобическими расстройствами отличается тем, что у половины испытуемых ($p < 0,01$) отмечаются ограниченные психологические ресурсы. Это приводит к устойчивому снижению контроля над поведением и толерантности к стрессу. Ограниченные ресурсы свидетельствуют о наличии более глубоких и длительных трудностей адаптации.

Патопсихологические изменения в социальной сфере у больных невротическими расстройствами

Анализ данных настоящего исследования выявил, что общими патопсихологическими изменениями для обеих групп больных являются копинг-дефицит и неадекватная социальная перцепция. Копинг-дефицит обнаруживается у половины обследованных больных ($p < 0,001$). Данный показатель в контексте Интегративной Системы отражает наличие признака социальной незрелости, которые обуславливают трудности установления зрелых взаимоотношений с окружающими и общую некомпетентность в социальном взаимодействии. С одной стороны, социальная незрелость является одним из факторов, который в значительной степени способствует снижению контроля над поведением и толерантности к стрессу. С другой стороны, социальные трудности служат источником для развития вторичных депрессивных расстройств [2].

Неадекватная социальная перцепция обнаружена у подавляющего большинства больных в обеих группах (75%, $p < 0,001$). Этот фактор свидетельствует о том, что у данных испытуемых нарушено правильное восприятие и понимание поведения окружающих людей, неадекватны социальные ожидания и притязания. Кроме того, в обеих группах невротических больных чаще, чем у здоровых, обнаруживаются такие признаки, как социальный негативизм, избегание эмоционально близких отношений и склонность к социальной изоляции. Однако выраженность этих признаков различна.

В группе больных тревожно-фобическими расстройствами преобладают признаки социального избегания. К ним относятся избегание эмоционально близких и до-

верительных отношений у подавляющего большинства (75%, $p < 0,001$), а также сниженная способность к сотрудничеству почти у половины испытуемых (42%, $p < 0,01$).

В группе больных с расстройством адаптации преобладают конфликтные социально-психологические тенденции. С одной стороны, значительно повышен уровень негативизма и оппозиционизма (67%, $p < 0,001$, $p < 0,05$). С другой стороны, у трети больных (33%, $p < 0,01$) отмечается склонность к установлению отношений орально-зависимого типа и более чем у половины (58%, $p < 0,001$) – определяется склонность к пассивной позиции и избеганию ответственности в социальных отношениях. Высокий уровень негативизма и социальной пассивности препятствует формированию гибкого поведения и созданию новых стереотипов поведения в условиях стрессовой ситуации. Возможно, с данными факторами связаны наличие выраженного нежелания вступать в социальное взаимодействие и склонность к изоляции у половины обследованных больных с расстройством адаптации (50%, $p < 0,001$). Кроме того, в данной группе чаще, чем в других (42%, $p < 0,001$, $p < 0,01$), обнаруживаются не соответствующие ситуационным требованиям эмпатические проявления, которые могут быть связаны с эмоциональной дезорганизацией.

Патопсихологические изменения в сфере самовосприятия у больных невротическими расстройствами

По данным исследования тестом Роршаха, общими для обеих групп обследованных патопсихологическими признаками являются негативная интроспекция, негативное самовосприятие и незрелая идентичность. Все эти особенности встречаются у половины и более испытуемых в обеих группах, что значительно превосходит уровень данных признаков в группе здоровых ($p < 0,001$).

Негативная интроспекция связана с поиском в самом себе негативных черт, а негативное самовосприятие представляет собой приписывание себе негативных характеристик. Обе эти особенности создают условия для формирования негативного самоотношения у обследованных больных.

Незрелая идентичность вызвана тем, что субъект отождествляет себя не с реальными людьми, а с вымышленными персонажами. Этот фактор генетически связан с описанной выше незрелостью социального поведения больных невротическими расстройствами.

В группе больных тревожно-фобическими расстройствами чаще встречается значительно выраженное по глубине негативное самовосприятие (42%, $p < 0,01$), которое тесно связано с повышенным уровнем негативного самофокусирования у трети испытуемых (33%, $p < 0,05$, $p < 0,01$). Данные больные в чрезмерной степени фиксированы на своих переживаниях, что обусловлено высоким уровнем личностной неудовлетворенно-

сти и негативного отношения к миру. Вместе с тем у половины тревожных больных обнаруживается отсутствие склонности к саморефлексии.

В группе больных расстройством адаптации чаще встречаются нарциссические черты (50%, $p < 0,001$, $p < 0,05$). Повышенный уровень нарциссизма в сочетании с негативной интроспекцией порождает конфликт между завышенной самооценкой и негативным самовосприятием, что способствует повышению уровня саморефлексии (42%, $p < 0,001$). Больные данной группы в чрезмерной степени занимаются самоанализом, что поддерживает у них негативное самоотношение.

Патопсихологические изменения в эмоциональной сфере у больных невротическими расстройствами

При анализе значений шкал этого кластера прежде всего обращает на себя внимание достаточно высокая частота ($p < 0,001$) первичных и вторичных депрессивных переживаний в обеих группах больных. Первичные депрессивные переживания связаны непосредственно с внутриличностной дезинтеграцией, а вторичные – обусловлены социальными трудностями больных обеих групп [2]. У больных расстройством адаптации частота первичных и вторичных депрессивных переживаний практически одинакова, а у больных тревожно-фобическими расстройствами достоверно преобладает частота вторичных депрессивных переживаний (42%, $p < 0,01$).

У больных обеих групп значительно повышен ($p < 0,001$) уровень негативных эмоций (чувства беспомощности, вины и неудовлетворенности). В группе больных расстройством адаптации у половины испытуемых повышен уровень дисфорических переживаний. Кроме того, в данной группе уровень неудовлетворенности достоверно ($p < 0,05$; $p < 0,001$) выше, чем в других группах. В соответствии со структурой Интегративной Системы указанные негативные переживания генетически связаны с такими уже рассмотренными выше переменными, как сниженный поведенческий контроль (чувство беспомощности), негативная интроспекция (чувство вины) и негативизм (чувство неудовлетворенности и дисфория).

Общим патологическим признаком ($p < 0,001$) для невротических больных обеих категорий является наличие эмоционального дистресса, более выраженного в группе больных с расстройством адаптации (67%, $p < 0,05$). Состояние эмоционального дистресса является следствием перегрузки негативными эмоциями и свидетельствует о несостоятельности механизмов когнитивной защиты. Состояние дистресса оказывает негативное влияние на механизмы принятия решения и снижает способность к контролю над поведением.

У больных обеих групп обнаруживается выраженная ($p < 0,001$) склонность к избеганию эмоциональных ситуаций. Избегание эмоциональных ситуаций отражает трудности социального взаимодействия невротичес-

ких больных, которые тесно связаны с неумением обращаться со своими эмоциями и чувствами.

Обращает на себя внимание значительно повышенный в обеих группах уровень интеллектуализации ($p < 0,001$; $p < 0,05$), что связано с формированием ложных логических построений с целью защиты от конфронтации с собственными негативными переживаниями. Чрезмерная интеллектуализация усугубляет имеющиеся эмоциональные проблемы и предрасполагает к развитию депрессивных расстройств.

У подавляющего большинства больных обеих групп отмечается тенденция к снижению контроля над эмоциональной экспрессией ($p < 0,001$) в сочетании с достаточно выраженной склонностью к полной утрате эмоционального контроля. Эти данные свидетельствуют о наличии у трети обследованных таких динамических нарушений эмоциональной деятельности как несдержанность, лабильность, поверхностность эмоциональной экспрессии с периодами аффективной взрывчатости. Достоверно более выраженные трудности эмоционального контроля наблюдаются в группе больных с расстройством адаптации по сравнению с группой тревожных больных ($p < 0,05$). Возможно, это является следствием значительной перегрузки фрустрирующими переживаниями.

Сложность переживаний у больных в обеих группах отличается тенденцией к упрощенной конфигурации ($p < 0,01$). Вместе с тем у половины и более из них отмечается склонность ($p < 0,001$) к возникновению периодов скачкообразного возрастания сложности, что может вызывать резкую поведенческую дезорганизацию при встрече со стрессовой ситуацией. В рамках Интегративной Системы сложность переживаний рассматривается как одновременное сочетание различных актуальных переживаний при встрече с проблемной ситуацией. Общим патопсихологическим признаком сложности переживаний у более чем половины больных обеих групп является выраженная амбивалентность (58%, $p < 0,01$), связанная с наличием одновременно как позитивных, так и негативных эмоций. Уровень амбивалентности достоверно выше ($p < 0,001$) в группе больных с расстройством адаптации.

Патопсихологические изменения в когнитивной сфере у больных невротическими расстройствами

Когнитивная сфера включает три кластера, которые отражают три последовательных этапа когнитивной обработки информации при встрече с проблемной ситуацией [2]. Кроме того, здесь же проводится анализ особенностей стилевого поведения обследованных больных.

Кластер «Структурирование»

Данный кластер содержит шкалы, которые характеризуют процессы структурирования информации при

взаимодействии с проблемной ситуацией. Структурирование подразумевает упорядочивание новой информации, установление связей между различными аспектами ситуации и формирование образов на основе определения контуров стимулов [2].

Общими нарушениями когнитивного структурирования у большинства больных обеих групп являются: неэффективная стратегия регуляции внимания, неадекватные уровни организационных усилий и аналитико-синтетической деятельности в сочетании с наличием признаков когнитивной незрелости.

Неэффективная стратегия регуляции внимания у больных невротическими расстройствами включает два фактора. Первым является достоверное ($p < 0,001$) доминирование холистического восприятия у более чем половины обследованных. Холистическое восприятие представляет собой склонность к фиксации внимания на всей ситуации в целом в ущерб обычным и хорошо знакомым аспектам. В контексте уже рассмотренных параметров Интегративной Системы данный фактор может быть связан прежде всего с мотивационными аспектами: с одной стороны, чрезмерной амбициозностью и повышенным уровнем притязаний, а с другой стороны, с нежеланием вникать в основные аспекты ситуации. Второй фактор неэффективной стратегии регуляции внимания заключается в чрезмерной фиксации на необычных и малозначимых аспектах ситуации у более чем четверти обследованных ($p < 0,01$; $p < 0,05$). Данный фактор может быть обусловлен, с одной стороны, неконформными установками восприятия, а с другой стороны, как и холистическое восприятие, нежеланием глубоко вникать в суть проблемной ситуации.

Адекватность организационных усилий нарушена в обеих группах больных, однако структура нарушений несколько различна. В группе больных тревожно-фобическими расстройствами отчетливо прослеживается тенденция к упрощению организационных усилий (42%, $p < 0,001$). Недостаточные организационные усилия свидетельствуют о том, что больные поверхностно воспринимают проблемную ситуацию, избегают проникать в суть проблемы, что способствует формированию ошибочных решений. У больных расстройством адаптации обнаруживаются обе тенденции. Однако сниженный уровень организационных усилий определяется только у четверти испытуемых, в то время как чрезмерные организационные усилия зарегистрированы почти у половины больных этой группы (41%, $p < 0,01$). Чрезмерные организационные усилия отражают стремление данных больных как можно тщательнее и глубже отследить взаимоотношения и связи между различными аспектами проблемной ситуации. Вместе с тем это в значительной степени отягощает восприятие и затрудняет процесс принятия решения.

Аналитико-синтетическая деятельность при обработке информации у больных невротическими расстройствами отличается неадекватным уровнем и наличием признаков когнитивной незрелости. Повышенный уро-

вень данной деятельности практически в равной степени встречается как в группе тревожных больных (42%, $p < 0,01$), так и в группе больных с расстройством адаптации (58%, $p < 0,001$). Однако в группе тревожных больных у трети испытуемых (33%, $p < 0,01$, $p < 0,05$) отмечается и упрощение уровня данной когнитивной деятельности. Повышенный уровень аналитико-синтетической деятельности может отражать достаточно развитые интеллектуальные способности. Упрощенный уровень у трети больных тревожными расстройствами можно рассматривать как следствие, с одной стороны, недостаточных психологических ресурсов, а с другой стороны, сниженной мотивации на преодоление проблемной ситуации в контексте избегающего поведения.

У большинства обследованных больных в обеих группах обнаруживаются признаки незрелости аналитико-синтетических процессов, связанные с трудностями формирования специфического по форме образа. Глубина когнитивной незрелости достоверно более выражена в группе больных с расстройством адаптации ($p < 0,001$), что, по-видимому, обусловлено более выраженными в этой группе негативными эмоциональными влияниями.

Кластер «Распознавание»

В этом кластере содержатся шкалы, описывающие процессы распознавания различных аспектов проблемной ситуации. Распознавание подразумевает процесс согласования нового образа с эталоном в долговременной памяти [2].

Анализ данных показывает, что общими патофизиологическими признаками ($p < 0,001$) в обеих группах больных являются повышенный уровень перцептивных искажений и снижение конвенциональности в распознавании. Искажения в распознавании связаны с формированием образов, которые полностью не соответствуют реальности. Следствием перцептивных искажений являются ошибочные решения и неадекватное поведение.

Снижение конвенциональности в распознавании означает, что образы действительности, сформированные обследованными больными, отличаются от образов у большинства людей по своим формальным характеристикам. Данный признак присущ подавляющему большинству больных невротическими расстройствами в обеих группах. С одной стороны, причиной снижения конвенциональности восприятия могут быть индивидуальные особенности, и в этом случае распознавание действительности хотя и соответствует реальности, но носит выраженный неконформный характер. Другой причиной снижения конвенциональности могут быть рассмотренные выше перцептивные искажения. Основной причиной снижения конвенциональности распознавания в обеих группах являются неконформные особенности восприятия. Вместе с тем у четверти больных тревожно-фобическими расстройствами как причина снижения конвенциональности определяются и перцептивные искажения.

В группе больных расстройством адаптации неконформизм в восприятии значительно более глубоко выражен, чем в других группах испытуемых ($p < 0,001$). Глубоко выраженный неконформизм сочетается со сниженным распознаванием социальных условностей почти у половины испытуемых (42%), что достоверно выше, чем в других группах ($p < 0,001$; $p < 0,01$). Такое сочетание признаков в группе больных с расстройством адаптации отражает наличие неконформных конфликтных установок по отношению к реальности у значительной части больных данной группы.

Кластер «Концептуализация»

Концептуализация (смыслообразование) является третьим этапом когнитивной обработки информации при встрече с проблемной ситуацией и подразумевает образование значений и смыслов при восприятии реальности с последующей организацией их в значимый для субъекта контекст. Концептуализация включает различные умственные процессы, связанные главным образом с мыслительной деятельностью и механизмами принятия решения [2].

Оценка значений шкал этого кластера у больных невротическими расстройствами обнаруживает, что в обеих группах достаточно высок ($p < 0,001$) уровень пессимистического мышления. В контексте Интегративной Системы теста Роршаха пессимизм тесно связан с негативным самовосприятием. Пессимизм способствует формированию негативных ожиданий в отношении результатов собственных действий независимо от объективных условий и прилагаемых усилий. Мышление субъекта в этом случае имеет склонность к узкой направленности, может снижаться уровень абстрагирования, нарушается логичность и корректность мыслительной деятельности. Даже если субъект осознает неадекватность своего мышления, он склонен игнорировать ошибочность своих суждений. Как правило, наличие пессимистических тенденций предрасполагает к дезорганизации мыслительной деятельности. Как уже указывалось выше, глубина негативного самовосприятия более выражена у больных тревожными расстройствами. В этой группе отмечается достоверно более выраженное ($p < 0,001$; $p < 0,01$) влияние пессимизма на мыслительные процессы испытуемых.

Обе группы обследованных больных достоверно различаются между собой сдвигом уровня мотивационного напряжения, обусловленного влиянием неудовлетворенных внутренних потребностей. Неудовлетворенные базовые потребности способствуют формированию определенного уровня непроизвольной мыслительной активности, которая побуждает субъекта корректировать свое поведение в сторону удовлетворения потребностей. В группе больных расстройством адаптации высокий уровень мотивационного напряжения отмечается почти у половины испытуемых (42%), что достоверно превышает частоту этого показателя в других группах ($p < 0,001$; $p < 0,01$). Повышенный уровень непроизвольной мыслительной

активности снижает концентрацию внимания и может приводить к дезорганизации мыслительной деятельности. В группе больных тревожно-фобическими расстройствами, наоборот, у четверти испытуемых отмечается сниженное мотивационное напряжение, что также достоверно выше, чем в остальных группах ($p < 0,001$; $p < 0,05$). Сниженный уровень мотивационного напряжения обедняет мыслительную деятельность и снижает эффективность проблемно-решающего поведения, блокируя мотивацию на преодоление проблемной ситуации.

В группе больных расстройством адаптации повышена склонность к фантазированию (33%, $p < 0,05$) при встрече с проблемной ситуацией и чаще встречаются эпизоды неадекватного смыслообразования (42%, $p < 0,01$). Склонность к фантазированию способствует уходу от реальности, избеганию ответственности и пассивному отношению к проблемной ситуации. Неадекватное смыслообразование связано с тем, что больные данной группы вкладывают в проблемную ситуацию не соответствующий реальным условиям смысл, что приводит к принятию ошибочных решений и снижает эффективность адаптации.

Снижение ясности мышления при встрече с проблемной ситуацией наблюдаются у подавляющего большинства обследованных больных ($p < 0,001$) практически с одинаковой частотой в обеих группах. Однако нарушения последовательности, релевантности и когерентности мышления носят неглубокий характер и обусловлены чрезмерными эмоциональными влияниями на мыслительные процессы. Тем не менее снижение ясности мышления может существенно снижать эффективность проблемно-решающего поведения.

Изменения в сфере стилевого поведения у больных невротическими расстройствами

В контексте Интегративной Системы стилевые особенности поведения испытуемого определяются как тот или иной проблемно-решающий стиль, представляющий устойчивую конфигурацию когнитивно-эмоциональных стратегий взаимодействия с проблемной ситуацией [2].

В результате проведенного исследования установлено, что в группе тревожных больных достоверно чаще,

чем в группе здоровых, встречаются амбитентный (42%, $p < 0,001$) и избегающий (25%, $p < 0,01$, $p < 0,05$) стили, причем избегающий стиль встречается достоверно чаще ($p < 0,05$), чем в группе больных с расстройством адаптации. Амбитентный стиль представляет собой недифференцированный в плане преобладания когнитивных или эмоциональных стратегий поведенческий стиль, когда при встрече с проблемной ситуацией обе стратегии могут актуализироваться одновременно, что требует дополнительных временных и энергетических затрат для принятия эффективного решения. Избегающий стиль отражает наличие устойчивой тенденции к упрощению проблемной ситуации и склонности к уходу от решения проблем и преодоления трудностей. Таким образом, можно утверждать, что в группе больных тревожно-фобическими расстройствами доминируют (67%, $p < 0,01$) неэффективные стили проблемно-решающего поведения, а это способствует устойчивому ограничению адаптационных возможностей.

В группе больных с расстройством адаптации чаще, чем в других группах, встречается экстратенсивный первазивный стиль поведения (25%, $p < 0,05$). Данный стиль свидетельствует о ригидном доминировании в проблемно-решающем поведении эмоциональных стратегий. В случае необходимости субъект не способен переключиться на когнитивные стратегии решения проблем. Это снижает эффективность проблемно-решающего поведения в тех ситуациях, где требуется когнитивный анализ проблемы для принятия правильного решения.

Таким образом, результаты настоящего исследования позволяют сделать следующие выводы.

1. Исследование тестом Роршаха на основе Интегративной Системы позволяет выявить у больных невротическими расстройствами значительное количество патопсихологических изменений в основных сферах психической деятельности. Ключевые патопсихологические особенности у невротических больных локализируются в сфере поведенческого контроля, социальной сфере, сфере самовосприятия и эмоциональной сфере.

2. Тест Роршаха на основе Интегративной Системы представляет собой эффективный метод получения разносторонней, валидной и практически значимой информации о психической деятельности субъекта.

Литература

1. Exner J.E., Jr. A Rorschach Workbook for The Comprehensive Systems: (5th ed.). Rorschach Workshops. Asheville, 2001.
2. Exner J.E., Jr. A Primer for Rorschach Interpretation: Rorschach Workshops. Asheville, 2000.

DIAGNOSTIC CAPABILITIES OF RORSCHACH'S ASSESSMENT ON THE BASIS OF COMPREHENSIVE SYSTEM IN THE CLINIC OF NEUROTIC DISORDERS

M.A. Assanovich (Grodno)

Summary. This study is given up to evaluation of psychic activity of patients with neurotic disorders. The evaluation is done with the help of Rorschach's assessment on the basis of comprehensive system. As a result of this study we have found a great number of abnormal psychological changes in the basic spheres of psychological function of neurotic patients. The main abnormal psychological features of this group of patients according to the research findings are located in the following psychological spheres: control, self-perception and social behaviour.

Key words: Rorschach's test, comprehensive system, neurotic patients, abnormal psychological changes.