

Психодиагностика

УДК 159.922.76 + 616.895.8
ББК Ю974.55

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДИКИ РОРШАХА В ИССЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Е.А. Киселев

В статье описаны результаты исследования диагностической способности методики Роршаха и значения её структурных показателей для верификации нарушений перцептивно-когнитивных процессов, прогноза социального функционирования у больных параноидной шизофренией.

Ключевые слова: шизофрения, методика Роршаха, перцептивно-когнитивные нарушения, прогноз социального функционирования.

Изучение познавательной деятельности больных шизофренией привело в настоящее время к выделению общего радикала нарушений процессов восприятия и мышления – ухудшения избирательности получаемой информации и сведений, привлекаемых из памяти на основе прошлого опыта. Вероятность актуализации знаний, которые в аналогичной ситуации привлекаются психически здоровыми, уменьшается, в то время как увеличивается вероятность актуализации так называемых латентных знаний. Больные шизофренией, таким образом, склонны к восприятию менее вероятных зрительных стимулов и использованию в мышлении нестандартных свойств предметов и явлений (Критская, 1991). Такие нарушения обуславливают трудности, которые испытывают больные в обыденной жизни, ограничивают социальное и профессиональное функционирование, а степень нарушений является также предиктором потенциала для социальной реабилитации больных.

Методика Роршаха как средство измерения особенностей когнитивного структурирования (включая процессы внимания, восприятия, памяти, принятия решений и логического анализа) и как мера тематического воображения, вовлекающего процессы ассоциации, тематической проекции и символизации (Бурлачук, 1979), позволяет выявить при шизофрении сочетание тонко-дифференцированных оригинальных и совершенно абсурдных ответов, повышенную частоту «особых феноменов» (фабулизация, контаминации, ссылки на себя и на предшествующий ответ, смешение

фигуры и фона с плохой формой, конфабуляторные ответы, аутистическая логика, странные вербализации, символические ответы, амбивалентность и др.), а также отклонения в содержательной стороне ответов, свидетельствующие о тревоге, враждебности, агрессии, ипохондрических установках и сексуальных расстройствах и пр. (Белый, 2005, с. 168).

Большим достоинством методики является стабильность получаемых результатов. Ответы одного и того же испытуемого при повторных испытаниях подвержены весьма незначительным изменениям. При этом отмечается точное соответствие между изменениями, зафиксированными в протоколе, и теми изменениями, которые действительно происходят в личности испытуемого, например, вследствие психоза (Гживак-Качинская, 1976, с. 8).

Цель исследования: оценить диагностическую способность методики Роршаха и значение её структурных показателей для верификации нарушений перцептивно-когнитивных процессов, прогноза социального функционирования у больных параноидной шизофренией.

Материалы и методы исследования

Выборку составили 56 испытуемых с диагнозом параноидной шизофрении (32 мужчины и 24 женщины в возрасте от 19 до 50 лет, находящихся на стационарном и амбулаторном лечении в государственном бюджетном учреждении здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа «Новоуренгойский психоневрологический диспансер»

(ГБУЗ ЯНАО «НПД»), в том числе 16 человек – в психотическом состоянии (с бредовой, галлюцинаторно-бредовой симптоматикой) и 40 человек – без психотической симптоматики, на этапе устойчивой ремиссии на фоне медикаментозной терапии.

В качестве группы контроля выступили 20 психически здоровых испытуемых (11 мужчин и 9 женщин в возрасте от 18 до 38 лет).

Подвыборки исследования были выделены по следующим критериям:

1) в зависимости от течения заболевания: пациенты в психотическом состоянии (N=16), пациенты в период ремиссии (N=22);

2) пациенты в период ремиссии с разным уровнем социального функционирования: 1-я группа – больные с низким уровнем социального функционирования и адаптации. Критерии включения в группу: утрата трудоспособности; наличие инвалидности; исполнение низкоквалифицированной деятельности; наличие дефицитарной симптоматики и выраженных затруднений в контактах; наличие в анамнезе повторных госпитализаций; (N=15);

2-я группа – больные с незначительно сниженным социальным функционированием и адаптацией. Критерии включения: сохранение трудового статуса или его улучшение; незначительные нарушения семейной и коммуникативной адаптации; (N=15).

Психодиагностическим инструментарием выступала «Методика чернильных пятен» Г. Роршаха.

При кодировании результатов исследования использовалась английская система записи с учетом опыта российских исследователей (Белый, 2005; Грязева-Добшинская, 2013). Большинство показателей трактовались по классическим критериям для этой методики (Гживак-Качинская, 1976; Белый, 2005).

В качестве методов математической обработки данных в исследовании использовался Т-критерий Стьюдента. Уровень достоверности коэффициента считали приемлемым при $p < 0,05$. Обработка результатов осуществлялась с помощью стандартной офисной программы Microsoft Office Excel 2007.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ основных показателей, характеризующих перцептивно-когнитивные процессы больных параноидной шизофренией в сравнении со здоровыми, представлен в табл. 1.

Таким образом, продуктивность (R) больных шизофренией была достоверно ниже здоровых, причем такое соотношение наблюдалось как у находящихся в психозе пациентов ($T=2,49$; $p < 0,05$), так и в ремиссии ($T=2,59$; $p < 0,05$), что свидетельствует о слабом реагировании на внешние эмоциональные стимулы, снижении умственных способностей вследствие психических нарушений. При этом общее число интерпретаций у больных в ремиссии было качественно несколько меньшим, чем у больных в психозе.

Больные в психотическом состоянии достоверно реже здоровых интерпретировали мелкие хорошо выделенные детали ($T=2,16$; $p < 0,05$), чаще осуществляли глобальную оценку пятна ($W\%$; $T=2,09$; $p < 0,05$), что указывает на поверхностный, необоснованный синтез, склонность к неоправданным обобщениям, небрежность в умственной работе, отсутствие критичности.

Один из наиболее существенных показателей методики – доля ответов с четкой формой ($F+\%$) – принимает наименьшее значение у больных в психозе ($T=2,06$; $p < 0,05$) и повышается при ремиссии заболевания ($80,6 \pm 1,4$), не достигая уровня результатов по группе контроля ($88,0 \pm 0,9$). Низкие значения этого показателя коррелируют с нарушением категориальной четкости мышления (Белый, 2005; с. 58), а также указывают на неспособность самостоятельно поддерживать высокий уровень качества деятельности, не критичность к качеству собственной продукции (Гживак-Качинская, 1976).

Характерным для основной группы явилось малое число ответов с участием воображаемого человеческого движения и цвета. В частности, коартированный тип переживания достоверно чаще встречался у больных как в психозе ($T=3,43$; $p < 0,05$), так и в ремиссии ($T=3,03$; $p < 0,05$), в то время как экстратензивный, богатый цветовыми оттенками, тип был представлен достоверно меньше, чем у здоровых ($T=3,59$; $p < 0,05$). Число М-ответов, связываемых с идеаторной и творческой активностью (Белый, 2005, с. 155), оказалось минимальным в группе больных, обследованных в психотическом состоянии ($T=3,39$; $p < 0,05$), и оставалось значительно сниженным у пациентов в ремиссии ($T=2,56$; $p < 0,05$). Эти показатели отражают минимальную активность и реактивность больных в ответ на значимые внешние или внутренние стимулы, формальность, стереотипность поведения.

Таблица 1

Основные показатели методики Роршаха у больных шизофренией
в состоянии психоза и ремиссии в сравнении с группой контроля

Структурные показатели методики Роршаха	Основная группа		Контрольная группа n=20
	Психотическое состояние n=16	Ремиссия n=22	
Общее кол-во ответов, продуктивность (R)	19,1±1,2*	17,8±0,8*	30,1±2,3
Доля целостных ответов (W%)	37,6±2,5*	35,1±1,9	32,2±2,2
Доля ответов на крупные детали (D%)	53,2±2,1	56,1±1,8	55,7±1,9
Доля ответов на мелкие хорошо выделенные детали (Dd%)	4,9±1,0*	5,0±1,0*	8,4±1,5
Доля конфабляций (DW%)	18,1±1,7*	14,9±1,3	3,3±1,3
Доля ответов четкой формы (F+%)	66,7±2,3*	80,6±1,4	88,0±0,9
Индекс реалистичности (Pop)	1,4±0,35*	5,4±0,21	5,4±0,18
Доля оригинальных ответов плохой формы (Og-%)	32,7±2,3*	19,6±1,7*	0,8±0,9
Последовательность интерпретации (%)			
Упорядоченная	47,6*	50,8	76
Свободная	26,9	31,3	24,0
Не определяется	25,5*	17,9*	–
Число ответов по движению (M)	0,73±0,15*	0,97±0,13*	2,5±0,19
Тип переживания М:С (%)			
Экстратензивный	12,7*	11,9*	42,0
Интроверсивный	1,6	1,5	8,0
Коартативный	44,4	49,3	36,0
Коартированный	41,3*	37,3*	14,0
Доля интерпретаций человека (H%)	17,6±1,5	18,3±1,6	19,2±1,4
Доля интерпретации животных (A%)	48,3±2,4	52,9±2,2	49,2±1,9
Доля интерпретаций неодушевленных объектов (Obj%)	16,9±1,4	14,8±1,5	17,0±1,4
Доля анатомических ответов (At%)	30,2±2,2*	44,0±1,4*	12,4±1,8
Особые феномены			
Доля отказов	28,6*	20,9*	0
Доля персевераций	4,5	14,3	0
Доля контаминаций	7,9	5,9	0
Доля деструктивных ответов	32,0*	0	0
Доля абстрактных ответов (Abst%)	11,1	5,9	0

Примечание. Знаком «*» обозначены статистически достоверные различия показателей основной и контрольной групп при $p < 0,05$.

Больные в психозе редко обнаруживали упорядоченную последовательность восприятия ($T=2,07$; $p < 0,05$), достаточно часто такая последовательность не определялась в связи с низкой продуктивностью ($T=2,22$; $p < 0,05$).

Исследование показало, что содержание ответов по основным категориям – люди, животные, неодушевленные объекты, – у больных и здоровых практически не различалось. Однако количество анатомических интерпретаций в основной группе оказалось значимо большим, чем в группе контроля, особенно у больных в состоянии ремиссии ($T=2,86$; $p < 0,05$), что, возможно, объясняется ипохондрическими склонностями, озабоченностью

своим соматическим состоянием, которые тормозят умственную производительность.

По категории «популярность – оригинальность» различия в ответах, наоборот, были существенными. Оригинальные ответы неадекватной формы (Og-%) достоверно чаще отмечались у всех больных (в психозе и в ремиссии), чем у здоровых. Индекс реалистичности (Pop) был достоверно ниже у больных в психозе ($T=2,35$; $p < 0,05$), что свидетельствует об их низком уровне адекватности, стандартности восприятия и понимания действительности. При этом значения этого индекса практически одинаковы у больных в ремиссии и в группе контроля.

Было выявлено, что только у больных отмечались так называемые «особые феномены» – персеверации; ответы абстрактного содержания – «рождение чего-то нового», «восстановление справедливости», «переход неживого в живое», «течение энергетических потоков» и пр.; контаминации; деструктивные ответы, например, «раздавленный таракан», «изъеденная матка» ($T=2,93$; $p<0,05$), резонерство, символические ответы, использование неологизмов при интерпретации. Обследованные в психозе больные достоверно часто обнаруживали феномен конфабуляции ($T=2,15$; $p<0,05$), отказы от интерпретации ($T=2,93$; $p<0,05$), что указывает на дезорганизацию мышления.

Сравнительный анализ значений показателей обследуемых основной группы больных выявил тенденцию «нормализации» большинства из них. Наиболее динамичными оказались показатели $W\%$, $F+\%$, $Or-\%$, Por , M .

Такой вывод позволил предпринять исследование структурных показателей, характеризующих перцептивно-когнитивные особенности у больных в состоянии ремиссии, в зависимости от уровня их социального функционирования как вероятных предикторов прогноза.

Полученные результаты оказались достаточно информативными (табл. 2). Так, общая продуктивность больных обеих групп была невелика (в контрольной группе $R=30,1\pm 2,3$), причем наименьшие значения показателя качественно отмечались в группе высокого уровня адаптации. Анализ особенностей локализации ответов больными различных групп показал, что плохо адаптированные пациенты чаще давали целостные интерпретации, в то время как у лиц из группы высокого уровня адаптации отмечалась тенденция к интерпретации крупных деталей, которая связывается с достаточной реалистичностью и практической направленностью интеллекта, способностью выделять главное (Белый, 2005; с. 152).

Пациенты с низким уровнем социального функционирования в целом чаще давали оригинальные ответы низкого качества и реже – популярные ответы и ответы четкой формы ($F+\%$).

Отмечаются качественные различия в частоте встречаемости упорядоченной последовательности у больных 2-й группы (29,4 % против 65,2 %). У больных с низким уровнем адаптации часто определение последователь-

ности было затруднено в связи со значительными колебаниями числа ответов на разные таблицы.

Существенными оказались различия частоты встречаемости разных вариантов типа переживания. Коартированный тип чаще всего встречался у больных 1-й и, реже, – 2-й группы ($T=2,17$, $p<0,05$), а коартативный, напротив, достоверно чаще отмечался у хорошо адаптированных пациентов ($T=2,05$; $p<0,05$). Такие отношения преимущественно определялись большим числом ответов по движению (M) у больных 2-й группы, не достигавшим, однако, значений контрольной группы. Цветовые ответы чаще встречались у больных с низким уровнем адаптации, что отражало качественно большую, чем в группе высокой адаптации, долю экстратензивного типа переживания (15,5% против 4,5%). Такие интерпретации чаще всего определялись цветом (C) или цветом с участием формы (CF), а также неадекватными толкованиями формы с участием цвета ($FC-$), что традиционно относят к признакам плохо контролируемой и мало адаптивной эмоциональности.

Различия значений большинства других показателей были не столь существенными. В группах было отмечено преобладание разной тематики интерпретаций: больные 1-й группы чаще называли неодушевленные объекты, в пациенты 2-й группы – людей и животных.

Удельный вес конфабуляторных ответов был примерно равным в группах. Отказы встречались чаще у пациентов 2-й группы, обнаруживавших астеническую симптоматику. Отмечается тенденция к увеличению частоты указаний на анатомические образования и у пациентов в группе хорошей адаптации. Явления патологического творчества (абстрактные ответы) качественно чаще были представлены у более адаптированных лиц, что обуславливалось сохранностью их творческой активности.

Полученные данные позволяют более уверенно диагностировать характерные для больных шизофренией нарушения перцептивно-когнитивных процессов уже на ранних этапах заболевания, что имеет большое значение для клинико-психологической и клинической диагностики, адекватного подбора терапии, психокоррекции и прогноза исхода психотического состояния и уровня социального функционирования.

Таблица 2

Показатели методики Роршаха у находящихся в ремиссии больных шизофренией
с различным уровнем социального функционирования

Структурные показатели методики Роршаха	Группы социального функционирования	
	1-я (низкий) n=15	2-я (высокий) n=15
Общее кол-во ответов, продуктивность (R)	16,4±1,7	15,8±0,9
Доля целостных ответов (W%)	37,5±4,6	34,0±2,9
Доля ответов на крупные детали (D%)	52,5±4,2	60,9±2,7
Доля ответов на мелкие детали (Dd%)	4,4±1,3	3,7±1,0
Доля конфабуляций (DW%)	15,3±2,3	12,4±1,9
Индекс реалистичности (Por)	5,0±0,45	5,3±0,34
Доля оригинальных ответов плохой формы (Og-%)	25,5±4,5	16,7±1,9
Последовательность интерпретации (%)		
Упорядоченная	29,4	65,2
Свободная	32,3	17,4
Не определяется	38,3	27,4
Число ответов по движению (M)	0,82±0,29	1,2±0,21
Процент ответов четкой формы (F+%)	75,5±3,1	83,3±1,3
Тип переживания М:С (%)		
Экстратензивный	15,5	4,3
Интроверсивный	5,9	–
Коартативный	20,5*	66,9
Коартированный	51,1*	20,1
Доля интерпретаций человека (H%)	11,5±1,9	16,5±2,0
Доля интерпретации животных (A%)	51,6±5,1	56,0±3,5
Доля интерпретаций неодушевленных объектов (Obj%)	18,6±3,9	14,0±2,4
Доля анатомических ответов (At%)	23,5±3,1	34,8±3,4
Особые феномены		
Доля отказов	11,8	34,8
Доля персевераций	5,8	0
Доля контаминаций	0	8,7
Доля абстрактных ответов (Abst%)	0	5,8

Примечание. Знаком «*» обозначены статистически достоверные различия между показателями групп при $p < 0,05$.

Выводы

1. Процессы отбора ответов в значительной степени детерминированы перцептивно-когнитивными характеристиками испытуемого, идентификация которых составляет цель психодиагностики с помощью методики Роршаха.

2. Методика Роршаха расширяет возможности психологической диагностики в клинике и позволяет объективно выявить специфические нарушения перцептивно-когнитивных процессов у больных параноидной шизофренией. При этом характерными для них являются малая продуктивность (низкие значения индекса R, отказы, персеверации), склонность к необоснованному синтезу и неоправданным обобщениям при интерпретации, снижение способности выделять главное, ослабление критичности

мышления (высокие значения показателей W% и низкие – D% и Dd%), снижение категориальной четкости мышления и способности самостоятельно поддерживать высокий уровень качества деятельности (низкий F+%), снижение реалистичности мышления, стандартности восприятия и понимания действительности (высокий Og-%; конфабуляции, снижение Por, ослабление упорядоченности перцепции), ослабление активности и реактивности на значимые внешние либо внутренние стимулы, стереотипность и формальность в поведении (преобладание коартированного и коартативного типов переживания), наличие особых феноменов: контаминаций, персеверации, патологической «вербализации» (резонерство, неологизмы, символические ответы), абстрактных и деструктивных ответов.

3. По мере уменьшения выраженности или исчезновения патологического (психотического) состояния уменьшается и его влияние на процесс отбора ответов, при этом значения отдельных показателей методики у больных параноидной шизофренией становятся устойчивыми во времени.

4. Ряд характеристик методики Роршаха при исследовании больных шизофренией могут рассматриваться как имеющие прогностическое значение: а) благоприятные показатели упорядоченности перцепции, коартативный тип внутреннего переживания, высокая доля ответов четкой формы ($F\% > 80$); б) неблагоприятные показатели нарушения качества эмоциональных контактов, высокая доля оригинальных ответов плохого качества и отказы от интерпретации.

Литература

1. Белый, Б.И. *Тест Роршаха. Практика и теория* / Б.И. Белый; под ред. Л.Н. Собчик. – СПб.: ООО «Каскад», 2005. – 240 с.
2. Бурлачук, Л.Ф. *Исследование личности в клинической психологии* / Л.Ф. Бурлачук. – Киев: Высшая школа, 1979. – 176 с.
3. Гживак-Качинская, М. *Руководство по методу Роршаха* / М. Гживак-Качинская; пер. с польск. И.В. Куцевича. – М.: Всероссийский центр переводов, 1976. – 147 с.
4. Грязева-Добшинская, В.Г. *Атлас Роршах-статистики* / В.Г. Грязева-Добшинская. – Челябинск, 2013. – 43 с.
5. Критская, В.П. *Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание* / В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков. – М.: Изд-во МГУ, 1991. – 256 с. – <http://ncpz.ru/lib/54/book/16>

Киселев Евгений Александрович, клинический психолог, ГБУЗ ЯНАО «Новоуренгойский психоневрологический диспансер»; аспирант кафедры социальной психологии, Поволжская государственная социально-гуманитарная академия, Самара, evgeny_ki@mail.ru

Поступила в редакцию 13 сентября 2013 г.

Bulletin of the South Ural State University
Series "Psychology"
2014, vol. 7, no. 2, pp. 29–34

DIAGNOSTIC OPPORTUNITIES OF THE RORSCHACH TEST FOR STUDY OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

E.A. Kiselev, Novy-Urengoy psychoneurological clinic, Novy-Urengoy, Samara State Academy of Social Sciences and Humanities, Samara, Russian Federation, evgeny_ki@mail.ru

There are research results of diagnostic opportunities of the Rorschach Test, structural indicators' significance for verification of perceptual cognitive disorders and for prediction of social frustration of patients with paranoid schizophrenia.

Keywords: schizophrenia, Rorschach Test, perceptual cognitive disorders, prediction of social frustration.

References

1. Bely B.I., Sobchik L.N. (Ed.) *Test Rorschacha. Praktika i teoriya* [Rorschach Test. Practice and Theory]. St. Petersburg, LLC "Cascade", 2005. 240 p.
2. Burlachuk L.F. *Issledovanie lichnosti v klinicheskoy psichologii* [Study of Personality in Clinical Psychology]. Kiev, High School, 1979. 176 p.
3. Gzhivak-Kachinskaya M. *Ręczna metoda Rorschacha*. 1976.
4. Gryazeva-Dobshinskaya V.G. *Atlas Rorschach-statistiki* [Atlas Rorschach statistics]. Chelyabinsk, 2013. 43 p.
5. Kritskaya V.P., Meleshko T.K., Polyakov U.F. *Patologiya psikhicheskoy deyatel'nosti pri shizofrenii: motivatsiya, obshcheniye, poznaniye* [Pathology of Mental Activity in Schizophrenia: Motivation, Communication, Cognition]. Moscow, MSU Publ., 1991. 256 p. Available at: <http://ncpz.ru/lib/54/book/16>

Received 13 September 2013