

Секция «Клиническая психология, психосоматика и психология телесности»

Нарушение личности у больных шизофренией

Научный руководитель – Самойлова Майя Владимировна

Селезнева Алена Сергеевна

Студент (специалист)

Сургутский государственный университет Ханты-Мансийского АО, Сургут, Россия

E-mail: Loveislondon@yandex.ru

Доклад посвящен изучению нарушения личности у больных шизофренией. Представлены результаты пилотажного исследования влияния длительного течения заболевания и частоты попадания в психо-неврологический диспансер на количество и качество личностных нарушений и высших психических функций у больных шизофренией.

На сегодняшний день одной из причин неугасающего интереса к проблеме шизофрении является многообразие её клинических проявлений и вариантов течения. Характеризуется дисгармоничностью и утратой единства психических функций (мышления, эмоций, моторики), длительным непрерывным или приступообразным течением и разной выраженностью продуктивных (позитивных) и негативных расстройств, приводящих к изменениям личности в виде аутизма, снижения энергетического потенциала, эмоционального обеднения и нарастающей инвертированности. Разрушительные последствия шизофрении для личности больного, его социального и профессионального функционирования, его семьи, экономические последствия для общества и крайне негативное влияние на показатели здоровья населения в целом делают весьма актуальными вопросы прогноза шизофрении. Важно отметить то, что есть множество работ направленных на исследование личностных особенностей больных шизофренией, но до сих пор на многие вопросы не было найдено ответов. Именно поэтому мы подчеркиваем актуальность нашего исследования, так как в нем мы нацелены на анализ личности больных с учетом всех точек зрения, входящих в данное понятие.

Исходя из актуальности нашего исследования целью нашей работы является исследование нарушения личности у больных с диагнозом шизофрения.

В нашем исследовании мы использовали классическое патопсихологическое обследование, которое включает в себя клиническую беседу, наблюдение за больным в процессе общения и выполнения заданий (оценивается реакция больного на предъявляемые методики, на экспериментатора и обстановку в целом, так же на его мимику, эмоциональный фон и на внешний вид), ознакомление с историей болезни (катамнез) и ряд стандартных методик (заполнение пропущенных в тексте слов (Текст Эббингауза), толкование пословиц, методика «Заучивание десяти слов», пиктограмма). [5].

В нашем исследовании принимали участие 6 здоровых людей и 6 пациентов с диагнозом шизофрения. Взрослые больные шизофренией, находящиеся на стационарном лечении в клинике. Выборка осуществлялась по принципу сходных форм заболевания, половой принадлежности и возрастным критериям. Между исследованными больными, а также здоровыми добровольцами не было существенных различий в возрасте и образовании. В нашем исследовании приняли участие и мужчины и женщины.

На основании проведенного нами исследования, мы можем сделать общие выводы:

В процессе нашего практического исследования нам удалось выполнить все поставленные задачи:

Во-первых, мы можем отметить, что существуют качественные и количественные особенности личности в двух группах испытуемых - больных шизофренией и здоровых людей.

У здоровых людей отмечается критичность к своей деятельности, активны и у них не возникает сложностей в понимании и удерживании инструкции. Доступность всех основных операций мышления: (анализ, синтез, сравнение, абстракции, обобщении). Они способны понимать переносный смысл логико грамматических конструкций. Так же у них нет проблем с непосредственным запоминанием и долговременной памятью. Личностные показатели испытуемых находятся в норме. Мотивационно-потребностная сфера не страдает.

У больных шизофренией наблюдается множественные нарушения:

Нарушения мотивационно-потребностной сферы: нам удалось выявить с помощью контент-анализа, что в основном у больных шизофренией нарушен смыслообразующий мотив и так же наблюдаются нарушения структуры иерархии мотивов.

Нарушение личности: в большинстве случаев отмечается резонерство, бредовые идеи, снижение критичности, абулия, сверхценные идеи, соскальзывание и снижение интересов.

Нарушение эмоциональной сферы: на первый план выходит аутизм и апатия. Эмоциональные расстройства вместе с искажением процесса обобщения играют определенную роль в том, что ошибочные суждения больных шизофренией в эксперименте не корректируются.

Нарушение в когнитивной-сфере: мы обнаружили, что у больных шизофренией при выполнении методики «заучивание десяти слов» у всех испытуемых сохранно непосредственное запоминание и только у нескольких встречается снижение долговременной памяти. А в методике на опосредованное запоминание «методика пиктограмм» у многих возникают сложности с воспроизведением слов и словосочетаний, это связано с тем, что у них достаточно специфическое мышление и порой рисунки, которые они изображают для запоминания слов и словосочетаний не помогают им дать правильный ответ. Хотя в памятью проблем у них не возникает.

Практически во всех задания отсутствовала критичность к выполняемой деятельности, они не стремились верно, выполнять задания. У большинства испытуемых мышление не последовательное, присутствует резонерство и соскальзывание. Так же в сфере мышления в операциональной стороне отмечается тенденция к конкретизации либо ответам вовсе лишенным смысла. Наблюдаются нарушения операциональной стороны мышления по типу снижения и искажения уровня обобщения.

Нарушения мотивационно-потребностной сферы, личностной и эмоциональной сфер мы выявили с помощью клинической беседы, которая была обработана, при помощи контент-анализа (см. приложение 1). По полученным результатам мы можем отметить, что во всех трех таблицах (см. таблица 1, таблица 2, таблица 3) самый встречающийся по частоте код относится к одному и тому же испытуемому, это пациент который имеет срок заболевания 14 лет и в психоневрологический диспансер попадал 18 раз. Так же коды, которые по частоте встречаемости стоят на втором и третьем месте относятся к пациентам с большим сроком заболевания и частым попаданием в психоневрологический диспансер. Что касается количества встречаемости личностных, эмоциональных и мотивационно-потребностных нарушений, в таблице по каждому испытуемому мы видим, что у Данила наблюдается 14 личностных нарушений из 15, в эмоциональной сфере 4 нарушения из 4-х и в мотивационно-потребностной сфере 4 нарушения из 4-х.

Во-вторых, нам удалось выявить посредством экспериментально-психологического исследования характерные особенности личности при параноидной шизофрении.

В-третьих, мы выяснили, что срок заболевания и частота попадания в стационар действительно способны повлиять на качественные и количественные нарушения личности и высших психических функций.

Таким образом, основная гипотеза нашего исследования полностью подтвердилась: длительность течения заболевания, и частота попадания в психоневрологический диспан-

сер будут качественно и количественно влиять на нарушения личности и высших психических функций.

По итогам пилотажного исследования мы обратили внимание на то, что больные в свои ответы вкладывают личностные переживания, и мы пришли к выводу, что больные уходят в болезнь, чтобы не сталкиваться со своими жизненными проблемами, поэтому мы поставили перед собой новые экспериментальные задачи:

- 1) Расширить критерии анализа
- 2) Дополнить выборку испытуемых
- 3) Более детально изучить личность больных шизофренией

Источники и литература

- 1) Блейхер, В. М., Крук, И. В. Патопсихологическая диагностика, 1986 / В. М. Блейхер, И. В. Крук [<http://scibook.net/patopsihologiya-klinicheskaya/patopsihologicheskaya-diagnostika.html>]
- 2) Зейгарник, Б. В. Патопсихология. / Б. В. Зейгарник [<http://psylib.org.ua/books/zeigb01/>]
- 3) Кемпенский, А. Психология шизофрении. / А. Кемпенский [http://svitk.ru/004_book_book/15b/3289_kempinskiy-psihologiya_hizofrenii.php]
- 4) Критская, В. П., Мелешко, Т. К., Поляков, Ю. Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. / В. П. Критская, Т. К. Мелешко, Ю. Ф. Поляков, Монография. - М.: МГУ, 1991. - 256 с.
- 5) Миронова Е. Е., Сборник психологических тестов. Часть II: Пособие / Сост. Е.Е.Миронова – Мн.: Женский институт ЭНВИЛА, 2006. – 146 с. / Е. Е. Миронова [<http://www.studfiles.ru/preview/5247356/>]
- 6) Самохвалов, В. П. Психиатрия – Ростов н/Д., 2002.
- 7) Снежевский, А. В. Общая психопатология: Курс лекций. Валдай, 1970. / А. В. Снежевский [http://www.talagi.ru/library/sn_0.htm]

Иллюстрации

Приложение 1.

Критерии оценки для анализа результатов (кодировочная инструкция)

Гендерная принадлежность	Срок заболевания	Наркотическая зависимость	Частота попадания в ПНД	Мотивационно-потребностная сфера	Нарушения личности	Эмоциональная сфера
М Мужчины	А 0-3	+ наличие	а первый раз	2 стремление к социальному одиночеству	D резонерство	(#) аутизм
Ж Женщины	Б 4-6	- отсутствие	б 1-3	3 нарушение структуры иерархии мотивов (эстетические, познавательные)	Х потеря ориентировки во времени	# апатия
	В 7-9		в 4-6	4 ослабление побудительной функции мотива	Г демонстративность	* амбивалентность чувств
	К 10-15		г 7-10	5 нарушение смыслообразующей функции	Н завышенная самооценка	(*) раздражение
			д 8-15		Ж бредовые идеи	
					Л идеи величия	
					Q безразличие	
					W нарушение целеполагания	
					R нарушение целедостижения	
					У истощаемость	
					Н снижение интересов	
					О абulia	
					S сверхценные идеи	
					Z снижение критичности	
					V соскальзывание	

Рис. 1. Приложение 1

Таблица 1. Сводная таблица кодов по нарушению личности.

Код	Кол-во	%
ZAv	9	2,5
DAv	6	1,7
JAv	9	2,5
VAv	2	0,5
QAv	4	1,1
OAv	4	1,1
NAv	1	0,2
JБг	16	4,8
ОБг	4	1,1
SBг	12	3,3
DBг	5	1,4
ZБг	10	2,8
QBг	3	0,8
NБг	3	0,8
GBг	6	1,7
HБг	2	0,5
VБг	6	1,7
XБг	2	0,5
DKд	17	4,8
XKд	2	0,5
ZKд	13	3,6
VKд	14	3,9
GKд	11	3,1
LKд	5	1,4
JKд	16	4,5
SKд	1	0,2
HKд	9	2,5
RKд	3	0,8
WKд	3	0,8
OKд	1	0,2
NKд	4	1,1
QKд	1	0,2
WBг	6	1,7
XBг	3	0,8
SBг	15	4,2
RBг	4	1,1
VBг	8	2,2
ZBг	4	1,1
DBг	5	1,4
OBг	1	0,2
QBг	1	0,2
NBг	3	0,8
ZBв	10	2,8
DBв	12	3,3
QBв	7	1,9
SBв	26	7,3
XBв	4	1,1
VBв	9	2,5

Рис. 2. Таблица 1

Таблица 2. Сводная таблица кодов по нарушению мотивационно-потребностной сферы.

Код	Кол-во	%
5Ав	29	9
4Ав	8	3
3Ав	5	2
2Ав	1	0,2
2Бг	3	1
3Бг	11	3
4Бг	7	2
5Бг	50	16
2Кд	5	2
3Кд	31	10
4Кд	17	6
5Кд	51	17
2Вг	5	2
3Вг	12	4
4Вг	11	4
5Вг	2	0,4
2Вв	2	0,4
3Вв	13	4
4Вв	7	2
5Вв	37	12

Рис. 3. Таблица 2

Таблица 3. Сводная таблица кодов по нарушению эмоциональной сферы.

Код	Кол-во	%
#Ав	4	11
(#)Ав	1	3
(#)Бг	3	8
*Бг	1	3
(*) Кд	6	18
* Кд	1	3
# Кд	3	8
(#) Кд	5	14
*Вг	1	3
(#)Вг	5	14
#Вг	1	3
#Вв	2	6
(#)Вв	2	6

Рис. 4. Таблица 3