

УДК 616.89-082

*И.В.Абрамова***РЕГРЕСС ЛИЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ ИНСТИТУЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.**

Донецкая областная психиатрическая больница, Украина

Ключевые слова: шизофренический дефект, госпитализм

Клинико-эпидемиологические исследования, проведенные в большинстве больниц Донецкой области, свидетельствуют о том, что 40-50% пациентов общепсихиатрических отделений это т.н. «долгосрочные» пациенты с выраженными изменениями личности и социальной дезадаптацией. Контингент этих больных представляет значительные трудности в решении вопросов их социальной реабилитации и улучшения качества жизни. Главной причиной этих трудностей, как правило, является нарастание дефицитарной симптоматики и разнообразные проявления регресса личности [1,5].

К сожалению, до настоящего времени довольно распространенное понятие «дефект личности», характерное для процессуальных за-

болеваний, не стало предметом научного анализа. Окончательно не выяснена природа этого состояния, в частности, соотношение биологических и социальных факторов в его возникновении. Определенные сложности в практической деятельности возникают при попытке описать структурные особенности дефекта личности, оценить его генерализованность и глубину[4].

В течение длительного времени существует необходимость оценить влияние на качество жизни пациентов длительного пребывания их в условиях изоляции и углубить представления о роли современной больничной среды в снижении психических и социальных возможностей больного [6].

Материал и методы исследования

Целью настоящего исследования явилось многофакторное изучение структуры и тяжести регресса личности у больных шизофренией, а также уточнение роли госпитализма в его формировании.

Было обследовано 50 человек, страдающих параноидной шизофренией с различными типами течения. Исследование проводилось с помощью русской версии шкалы SANS (Scale of the Assessment of Negative Symptoms). SANS – одна из наиболее используемых клинических шкал, предназначенных для оценки негативных расстройств при шизофрении [2,3,7]. Использував-

шийся вариант имел 10 пунктов (симптомов), которые объединены в 5 субшкал: 1 эмоциональное уплощение, 2 алогия, 3 апатия- абулия, 4 агедония, 5 патология внимания.

Оценка выраженности симптома проводилась по шестибальной системе от 0 до 5. Процедура использования шкалы предусмотрен дополнительный пункт, оценивающий общую тяжесть негативных расстройств с помощью суммирования значений оценок по всем пунктам шкалы. Продолжительность обследования одного больного составляет от 25 до 40 минут.

Результаты исследования и обсуждение

В числе обследованных оказалось 25 мужчин и 25 женщин в возрасте до 50 лет. По образовательному уровню исследованные больные распределились следующим образом: большинство больных (40 человек) имели среднее или среднее- специальное образование, 4 человека — неполное среднее, 6 человек – высшее образование. Большинство больных к моменту пос-

леднего стационарирования ни разу не состояло в браке (30 человек), 13 человек разведены, и только 7 человек имели семьи. Явную психопатологически наследственную отягощенность удалось проследить у 37 больных(74%), причем в этих случаях близкие или дальние родственники опрошенных страдали шизофренией и лечились у психиатров.

У 24 больных период начала заболевания приходился на возраст до 20 лет, а у 20 – на период 20-30 лет, у 6 – после 30 лет.

Непрерывный тип течения заболевания наблюдался у 43 человек, приступообразный у 7 человек. 90% больных страдает шизофренией более 5 лет. 86% имеют 2 группу инвалидности (43 человека), у 14% трудоспособность сохранена (7 человек).

У всех больных при клиническом исследовании выявлены более или менее выраженные признаки дефекта личности, которые традиционно рассматривались в структуре апато-абулического синдрома. Такая клиническая однородность в описании личностных изменений при шизофрении существенно затрудняет возможность объективной оценки реабилитационного потенциала больных.

Проведенное обследование позволило конкретизировать различные структурные компоненты дефекта личности у больных шизофренией:

28% в структуре дефекта занимает агедония, т.е. сокращение интереса к деятельности, хобби, сексуальной жизни; неспособность установления как близких интимных отношений, так и дружеских;

26% приходится на эмоциональное уплощение, которое включает в себя в различной степени выраженные: застывшее выражение лица, уменьшение спонтанных движений, бедность контакта взглядом, монотонный голос, отсутствие эмоционального резонанса;

20% занимает апатия-абулия, при наличии этого компонента больные не обращают внимания на свой внешний вид, испытывают трудности в устройстве на работу и ее сохранении, становятся пассивными в социальной жизни;

18% занимает алогия: в разной степени выраженные бедность содержания высказываний, остановка мыслей, увеличение латентного периода ответов;

8% приходится на патологию внимания: больные невнимательны в процессе социальной активности, не следят за темой разговора, могут прекратить беседу или деятельность без видимых причин.

Исследованием установлено, что соотношение экспериментально выявленных структурных компонентов дефекта личности является стабильным и практически неизменным при различных клинически выявленных типах психического дефекта: апато-абулическом(70%), аспонтанном(10%), психопатоподобном(20%).

Более сложные закономерности установлены при оценке тяжести дефекта. Среди исследова-

ных больных у 2 человек (4%) наблюдалась незначительная степень дефекта(до 50 баллов), у 32 человек (64%) – умеренная степень выраженности (51-80 баллов) и у 16 человек (32%) – выраженная степень (81-115 баллов).

У больных с длительностью заболевания до 5 лет в основном (78%) наблюдался умеренно выраженный дефект, у 22% он был незначительным, тяжелых изменений личности не было. У больных с давностью заболевания от 6 до 10 лет и более наблюдались достоверно более глубокие уровни регресса личности.

Среди больных, находившихся в психиатрической больнице менее пяти лет, у 2 человек (6%) имеется незначительно выраженный дефект, у 23 человек(70%) – умеренная степень и у 8 человек (24%) – выраженная степень дефекта. В случаях более длительного пребывания в условиях общепсихиатрического отделения при относительно одинаковой длительности болезни, существенно увеличивается число пациентов с выраженными изменениями в психике (до 38%, $p<0,01$) и практически отсутствуют больные с незначительной выраженностью дефекта. Анализ полученных данных позволяет сделать два практически важных вывода:

- регресс личности у больных шизофренией начинает формироваться на начальных этапах, в дебюте болезни и к пятилетнему периоду он в основном завершает свое формирование;

- в формировании дефекта помимо патогенетических механизмов болезни существенную роль играют депривационные факторы окружающей среды или так называемый госпитализм.

Среди обследованных больных лишь у 7 человек не наблюдалось признаков госпитализма. Шизофренический дефект у этих пациентов был или незначительный, или умеренно выраженный. У остальных 43 человек с явными признаками госпитализма отмечена значительно большая глубина дефицитарных расстройств (у 64%- умеренная, а у 36% - значительная степень выраженности). Таким образом, длительное пребывание в общепсихиатрических отделениях, принудительное совместное проживание, утрата личной жизни, пассивное участие в своей судьбе оказывают более деструктивное влияние на личность пациентов, чем собственно психическая болезнь. Можно также предположить, что начальные проявления регресса личности обусловлены собственно патологическим процессом, тогда как его дальнейшее углубление связано с продолжительной социальной депривацией в условиях стационара.

В ходе проведенного исследования выяснилось, что на степень выраженности дефекта не влияет ни наследственная отягощенность, ни семейное положение, ни возраст начала заболевания. В то же время установлена зависимость глубины дефекта от типа течения заболевания. Среди пациентов с непрерывным течением шизофрении у 2% отмечается незначительная степень выраженности психического регресса, у 61% - умеренная степень и у 37% - выраженная степень изменений. Для больных с приступообразным типом течения характерна меньшая глубина дефекта. Этим подтверждается известный

клинический факт о большей злокачественности непрерывной прогрессивности заболевания.

Таким образом, полученные экспериментальные данные о структуре и тяжести дефицитарных расстройств у больных шизофренией позволяют, с одной стороны, более объективно оценить особенности регресса личности пациента, а, следовательно, его адаптивные возможности; с другой стороны показывают определенную роль условий стационарной среды в формировании этих нарушений. Это является аргументом в пользу более широкого использования альтернативных форм психиатрической помощи.

И.В.Абрамова

РЕГРЕС ОСОБЛИВОСТІ В УМОВАХ ІНСТИТУЦІАЛІЗОВАНОЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Донецька обласна клінічна психіатрична лікарня, Україна

Роботу застосовано на результатах дослідження 50 хворих, страждаючих на параноїдну шизофренію. Надана соціально-демографічна характеристика досліджених. Вказана залежність глибини вираження шизофренічного дефекту від терміну хвороби, типу течії шизофренії та часу знаходження у стаціонарі. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 1999. — № 2 (6). — С. 113-115).

I. V. Abramova

RECOURSE OF THE PERSON IN CONDITIONS OF THE INSTITUCIONAL PSYCHIATRIC HELP

Regional clinical psychiatric hospital, Donetsk, Ukraine

The work is based on outcomes of an inspection of 50 patients with by paranoid schizophrenia. The social and demographic characteristic of the patient is given. The dependence of the depth of schizophrenic defect the from of disease's duration the type the currence of schizophrenia and time conducted in hospital is shown. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 1999. — № 2 (6). — P. 113-115).

Литература

1. Бахрах Л.Л. Биопсихосоциальное наследие деинституционализации. Вісник Асоціації психіатрів України.- 1994. Вып.1. С. - 76-81.
2. Бочаров А.В., Мазо Г.Э. Обзор психиатрии и мед. психологии.- 1994. Вып.1. - С. - 72-76.
3. Бочаров А.В. Социальная и клиническая психиатрия. - 1994. - Вып. 3. - С. - 40-43.
4. Вовин Р.Я. Шизофренический дефект.- СПб, 1991. С. - 6-29.
5. Красик Е.Д., Логвинович Г.В. Госпитализм при шизофрении.- Томск, 1983. - С. - 8-27.
6. Сидней Блох, Пол Чодофф. Этика психиатрии.- 1998. - С. - 220-235.
7. Andreasen N.C. Scale of Assessment of Negative Symptoms (SANS)- Iowa citi, 1981

Поступила в редакцию 12.05.99г.