

УДК 76.29.52

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И СПЕЦИФИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ

А.А. Ловкис, И.В. Реверчук

кафедра психиатрии и нейронаук Высшей школы медицины Балтийский федеральный университет им. И. Канта, г. Калининград, Россия

Научный руководитель – д.м.н., профессор И.В. Реверчук

Резюме: специфическое расстройство личности и шизофрения по сегодняшний день остаются важным объектом общественного здравоохранения, недостаточно признанным и финансируемым, с плохо организованным лечением. Прямые и непрямые затраты на лечение одного пациента в год включают в себя стоимость лечения, госпитализацию, отпуск по болезни и потерю трудоспособности и составляют почти 17,5 тысяч евро. Кроме этого, пациенты с специфическим расстройством личности склонны к риску, связанному с их импульсивностью – злоупотреблению психоактивными веществами, несчастным случаям и распространению заболеваний, передающихся половым путем. В связи с карантинными ограничительными мерами, мы можем столкнуться с трудностями, связанными с выявлением механизмов агрессии. Мы зачастую исследуем только внешние проявления агрессии, забывая о внутренних мотивах, а глубинное психологическое содержание механизмов агрессии на данный момент не является полностью изученным. Проведено исследование выборки пациентов мужского пола с диагнозами «параноидная шизофрения» и «специфическое расстройство личности», находящихся на стационарном и амбулаторном лечении в государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Психиатрическая больница №2» Калининградской области. Для проведения исследования применялись клинико-психологические методы (беседа, направленная на сбор психологического анамнеза и выявление биосоциальных характеристик больных, оценка актуального психического статуса) и психометрическое обследование (опросник Басса-Перри, Hand-тест, Я-структурный тест Аммона, методика «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях CISS»). Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакетов программ SPSS 11.0.1 с применением критерия Манна-Уитни и коэффициента корреляции Спирмана. Среди обследуемых пациентов показатели физической агрессии, гнева и враждебности были выше в группе больных специфическими расстройствами личности по сравнению с другими экспериментальными группами. У больных шизофренией с длительностью заболевания от 5 до 10 лет и от 10 лет выявлено повышение показателей деструктивной и дефицитарной агрессии. Больные специфическими расстройствами личности и шизофренией с длительностью заболевания до 5 лет продемонстрировали нормальные показатели всех видов реализации агрессии (конструктивной, деструктивной и дефицитарной). Наиболее выражено самоотношение у больных шизофренией с длительностью заболевания до 5 лет на основании шкалы аутосимпатии, самоинтереса, самоуверенности и самопринятия. Шкала самообвинения наиболее выражена у больных с специфическими расстройствами личности. Шкалы самоуважения и самопонимания – у больных шизофренией с длительностью заболевания от 10 лет. Больные шизофренией с длительностью заболевания от 5 до 10 лет продемонстрировали средние показатели по всем шкалам. В стрессовых ситуациях (опросник CISS) больные специфическими расстройствами личности демонстрируют склонность к эмоционально-ориентированному копингу (ЭОК), а шизофренией – к проблемно-ориентированному (ЭОК) и копингу, ориентированному на избегание (КОИ).

Ключевые слова: параноидная шизофрения, специфическое расстройство личности, биопсихосоциальная модель психической патологии, динамическая психиатрия, агрессивность, конструктивная агрессия, деструктивная агрессия, дефицитарная агрессия.

**PSYCHOPATHOLOGICAL STRUCTURE OF PATIENTS' PERSONALITY
SCHIZOPHRENIA AND SPECIFIC DISORDERS
PERSONALITIES**

A.A. Lovkis, I.V. Reverchuk

Department of Psychiatry and Neuroscience of the Higher School of Medicine I. Kant Baltic
Federal University, Kaliningrad, Russia

Scientific supervisor – MD, Professor I.V. Reverchuk

Summary: Specific personality disorder and schizophrenia remain an important public health issue, under-recognized and under-funded, with poorly organized treatment. The direct and indirect costs of treating one patient per year include the cost of treatment, hospitalization, sick leave and disability and amount to almost 17.5 thousand euros. In addition, patients with specific personality disorder are prone to risks associated with their impulsiveness - substance abuse, accidents and the spread of sexually transmitted diseases. Due to quarantine restrictive measures, we may encounter difficulties in identifying the mechanisms of aggression. We often study only external manifestations of aggression, forgetting about internal motives, and the deep psychological content of the mechanisms of aggression is not fully understood at the moment. A study was made of a sample of male patients with diagnoses of paranoid schizophrenia and a specific personality disorder, who are on inpatient and outpatient treatment at the Psychiatric Hospital No. 2 in the Kaliningrad Region. For the study, clinical and psychological methods were used (a conversation aimed at collecting a psychological history and identifying the biosocial characteristics of patients, assessing the current mental status) and psychometric examination (Bass-Perry questionnaire, Hand-test, Ammon's I-structural test, the Coping- behavior in stressful situations CISS"). Statistical data processing was carried out using SPSS 11.0.1 software packages using the Mann-Whitney test and the Spearman correlation coefficient. Among the examined patients, the indicators of physical aggression, anger and hostility were higher in the group of patients with specific personality disorders compared to other experimental groups. In patients with schizophrenia with a duration of the disease from 5 to 10 years and from 10 years, an increase in the indicators of destructive and deficient aggression was revealed. Patients with specific personality disorders and schizophrenia with a disease duration of up to 5 years demonstrated normal indicators of all types of aggression realization (constructive, destructive and deficient). The most pronounced self-attitude in patients with schizophrenia with a disease duration of up to 5 years on the basis of a scale of autosympathy, self-interest, self-confidence and self-acceptance. The scale of self-blame is most pronounced in patients with specific personality disorders. Scales of self-esteem and self-understanding - in patients with schizophrenia with a disease duration of 10 years. Patients with schizophrenia with a disease duration of 5 to 10 years showed average scores on all scales. In stressful situations (CISS questionnaire), patients with specific personality disorders tend to emotionally-oriented coping (EOC), and those with schizophrenia - to problem-oriented (EPC) and avoidance-oriented coping (COI).

Key words: paranoid schizophrenia, specific personality disorder, biopsychosocial model of mental pathology, dynamic psychiatry, aggressiveness, constructive aggression, destructive aggression, deficient aggression.

Введение

Исследование агрессивности у больных шизофренией и специфическими расстройствами личности имеет высокую социальную значимость. [2] Социальная дезадаптация больных ведет за собой инвалидизацию трудоспособных и к огромным экономическим затратам общества [7]. Бремя включает в себя прямые затраты (медицинские, связанные с обеспечением биопсихосоциального лечения, реабилитации в различных условиях, немедицинские – в связи с профессиональным уходом за больными); непрямыи и прямые потери государства и семьи в связи с опекой больных, а также последствия, такие как бездомность, нагрузка на правоохранительные органы и судебную систему в связи с

общественно опасными деяниями больных. Изучение агрессии человека связано с этическими ограничениями и сложностью самих механизмов агрессии [6]. Чаще всего оценивается только внешнее проявление агрессии, но не ее внутренние мотивы. Большинство психологических исследований агрессии и агрессивности посвящены проблемам общественно опасных деяний [9]. Глубинное психологическое содержание психологического феномена агрессии не является полностью изученным. В подобных исследованиях агрессия является центральным теоретическим конструктом, через который можно рассмотреть расстройства психотического уровня [1].

Проблема деструктивности больных специфическими расстройствами личности и шизофренией является актуальной и обоснована принадлежность агрессивности к свойствам личности [8]. Выделяют следующие компоненты агрессии: конструктивная (социализированная), дефицитарная (направленная вовнутрь Я-структуры) и деструктивная (тенденция к разрушению объекта и разрыву отношений) [4]. По мнению многих авторов, для больных шизофренией характерна высокая деструктивная и дефицитарная составляющая агрессии, для больных специфическими расстройствами личности – нормальные показатели деструктивной, дефицитарной и конструктивной агрессии [1]. Патологическая структура личности больных шизофренией затрудняет процесс социализации агрессивных тенденций. Психологическая коррекция дезадаптивных форм агрессивного поведения может быть направлена на замену деструктивных и деструктивных вариантов реагирования другими – социализированными и конструктивными формами реализации агрессии [5]. Для снижения дефицитарных компонентов агрессии у больных необходимо применение терапевтической проработки переживаний и поведения с принятием, закреплением своей позитивной агрессивности и восстановлением способности переносить фрустрацию и агрессию. Деструктивная агрессия может иметь адаптивное качество и реализовываться в виде самозащиты от агрессии со стороны других, достижения целей и позитивного изменения жизненной ситуации [1]. Агрессивность участвует в формировании границ индивида с внешним окружением, способствует сохранению целостности и автономии личности, адаптации к окружающему миру и установлению позитивных межличностных контактов [3].

Цель исследования: изучить клинико-феноменологические особенности структуры агрессивности у больных с специфическими расстройствами личности и шизофренией.

Материалы и методы исследования

Проведен анализ данных обследования 40 больных с диагнозами «специфическое расстройство личности» и «параноидная шизофрения», мужского пола, возрастом от 18 до 55 лет включительно на момент исследования, с ясным уровнем сознания и способностью заполнять анкетные формы самостоятельно или с помощью врача. Больные параноидной формой шизофрении были разделены на 3 группы в соответствии с длительностью заболевания: 1 подгруппа (2А) – с длительностью заболевания до 5 лет; 2 подгруппа (2Б) – с длительностью заболевания от 5 до 10 лет; 3 подгруппа (2В) – с длительностью заболевания от 10 лет и более. Выборка пациентов формировалась из пациентов, находящихся на стационарном лечении в ГБУЗ «Психиатрическая больница №2» Калининградской области и амбулаторном лечении у участкового врача-психиатра.

Всем пациентам проводилось клинико-психологическое (беседа, направленная на сбор психологического анамнеза и выявление биосоциальных характеристик больных, оценка актуального психического статуса) и психометрическое (опросник Басса-Перри, Hand-тест, Я-структурный тест Аммона, методика «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях CISS») обследование. Вариационно-статистическую обработку проводили с помощью общепринятых параметрических и непараметрических методов статистики с использованием пакета прикладных программ SPSS 11.0.1 с применением критерия Манна-Уитни (для анализа различий средних значений) и коэффициента корреляции Спирмана.

Результаты и обсуждение

Среди обследуемых пациентов показатели физической агрессии, гнева и враждебности были выше в группе больных специфическими расстройствами личности по сравнению с другими экспериментальными группами (соотв. $p < 0.001$; $U=11$) (диаграмма 1)

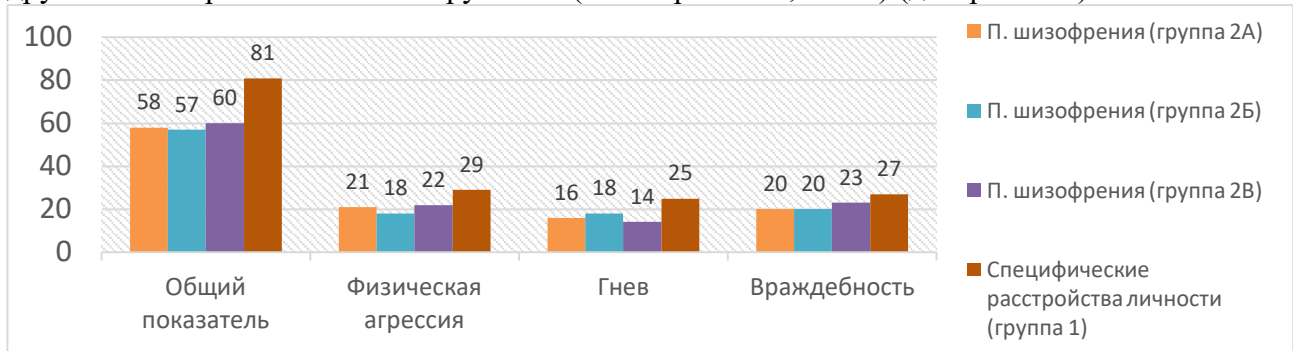


Диаграмма 1 – Результаты опросника Басса-Перри

У больных шизофренией с длительностью заболевания от 5 до 10 лет и от 10 лет выявлено повышение показателей деструктивной и дефицитарной агрессии по сравнению с другими экспериментальными группами (соотв. $p = 0.016$; $U=18$). Больные специфическими расстройствами личности и шизофренией с длительностью заболевания до 5 лет продемонстрировали нормальные показатели всех видов реализации агрессии (конструктивной, деструктивной и дефицитарной) (соотв. $p = 0.06$; $U=50$) (рисунок 1)

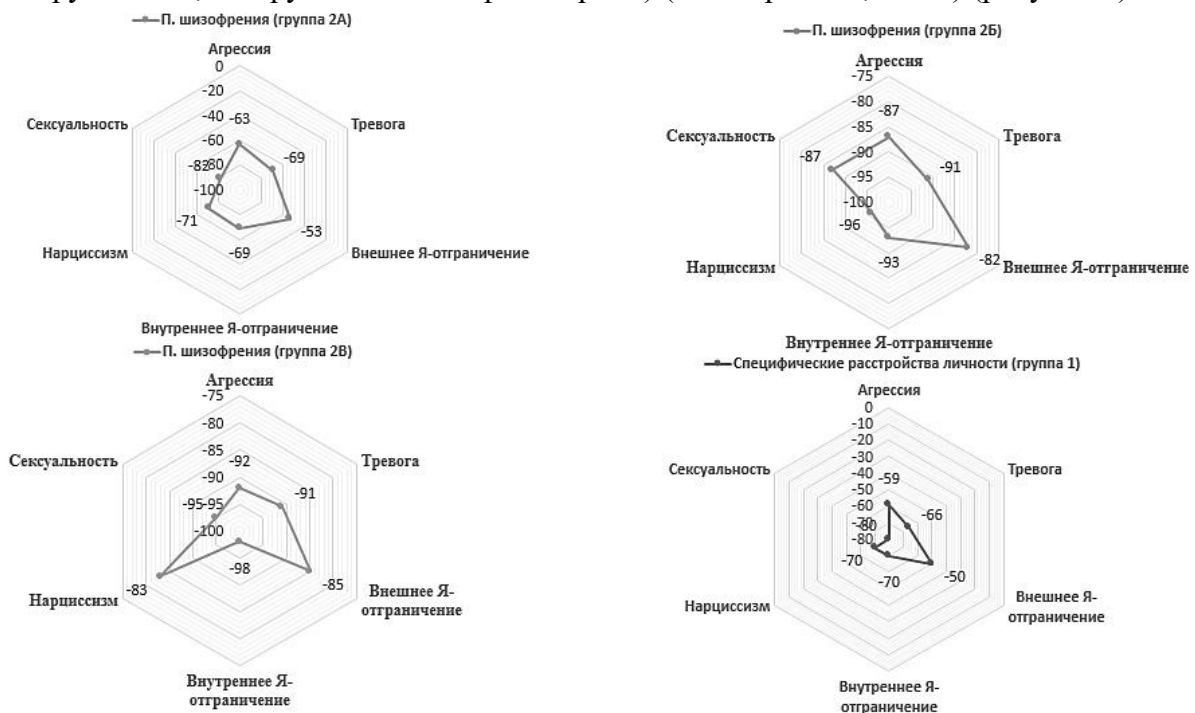


Рисунок 1 – Результаты структурного теста Г. Аммона (ISTA-96)

Наиболее выражено самоотношение у больных шизофренией, с длительностью заболевания до 5 лет на основании шкалы аутосимпатии, самоинтереса, самоуверенности и самопринятия (соотв. $p = 0.011$; $U=17$). Шкала самообвинения наиболее выражена у больных специфическими расстройствами личности. Шкалы самоуважения и самопонимания – у больных шизофренией с длительностью заболевания от 10 лет (соотв. $p = 0.005$; $U=42$). Больные шизофренией с длительностью заболевания от 5 до 10 лет продемонстрировали средние показатели по всем шкалам (соотв. $p < 0,01$; $U=50$) (диаграмма 2,3)

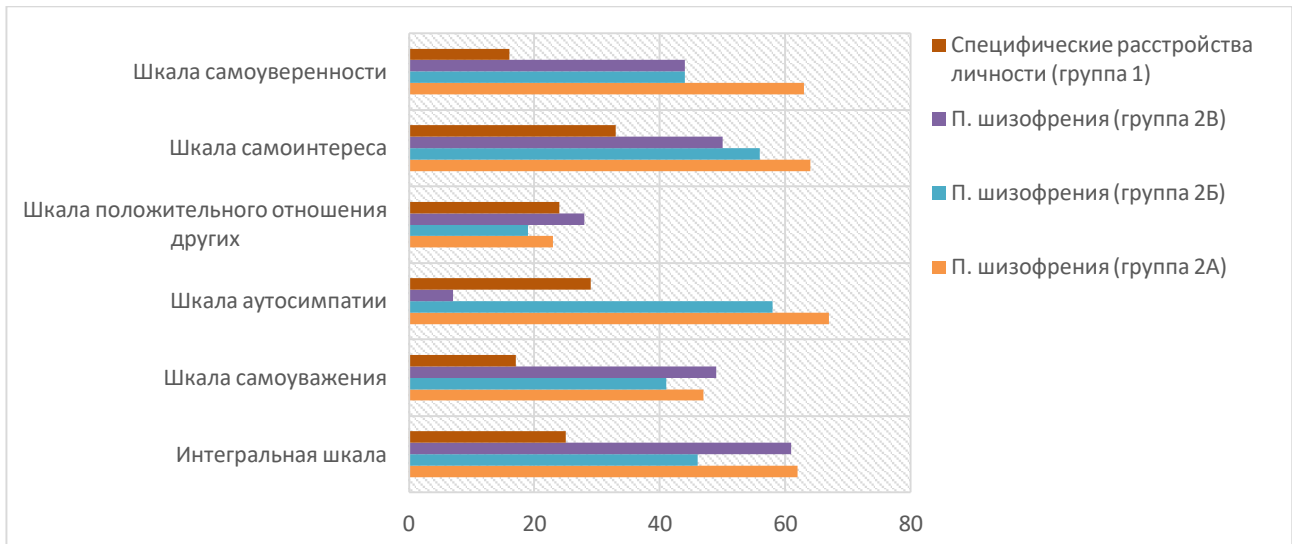


Диаграмма 2 – Результаты опросника самооотношения ОСО (часть 1)

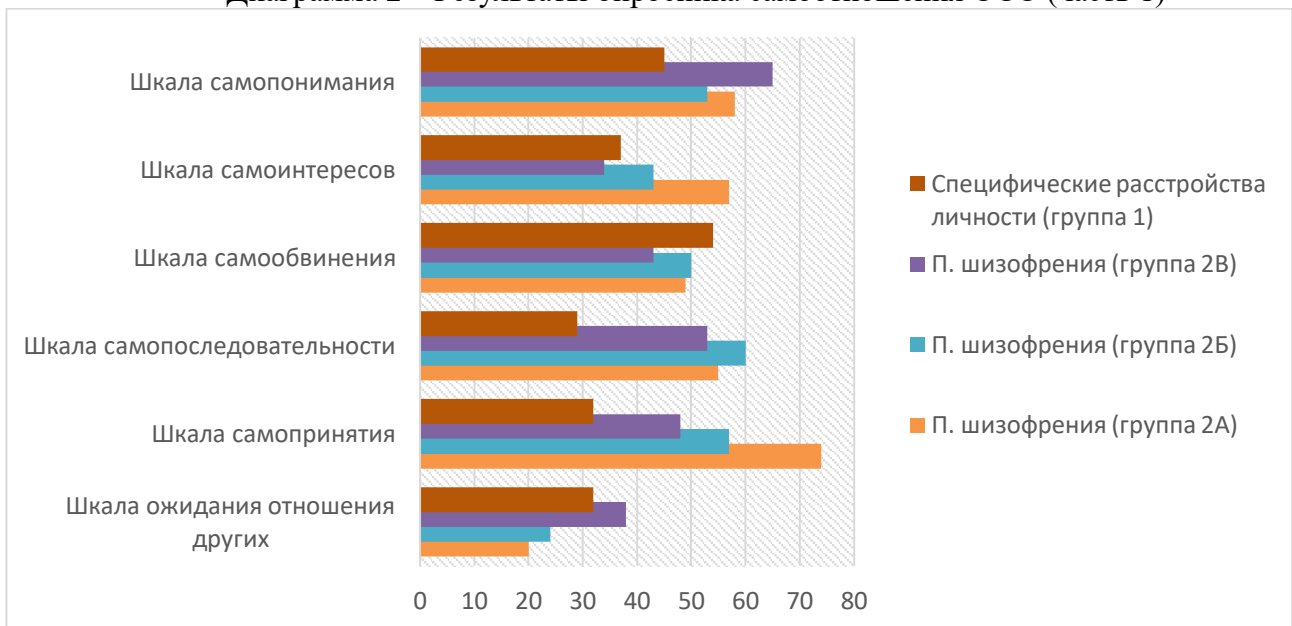


Диаграмма 3 – Результаты опросника самооотношения ОСО (часть 2)

В стрессовых ситуациях (опросник CISS) больные специфическими расстройствами личности демонстрируют склонность к эмоционально-ориентированному копингу (ЭОК) (соотв. $p = 0.096$; $U=40$), а шизофренией – к проблемно-ориентированному и копингу, ориентированному на избегание (соотв. $p = 0.002$; $U=9$) (диаграмма 4).

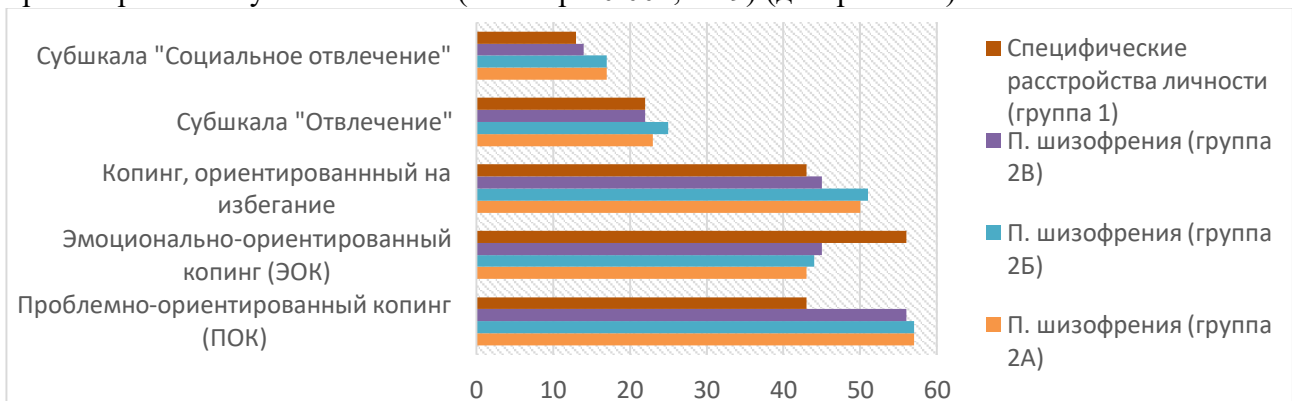


Диаграмма 4 – Результаты опросника CISS

У больных шизофренией с длительностью заболевания от 5 до 10 лет склонность к открытому агрессивному поведению, чем в других экспериментальных группах (диаграмма 5)

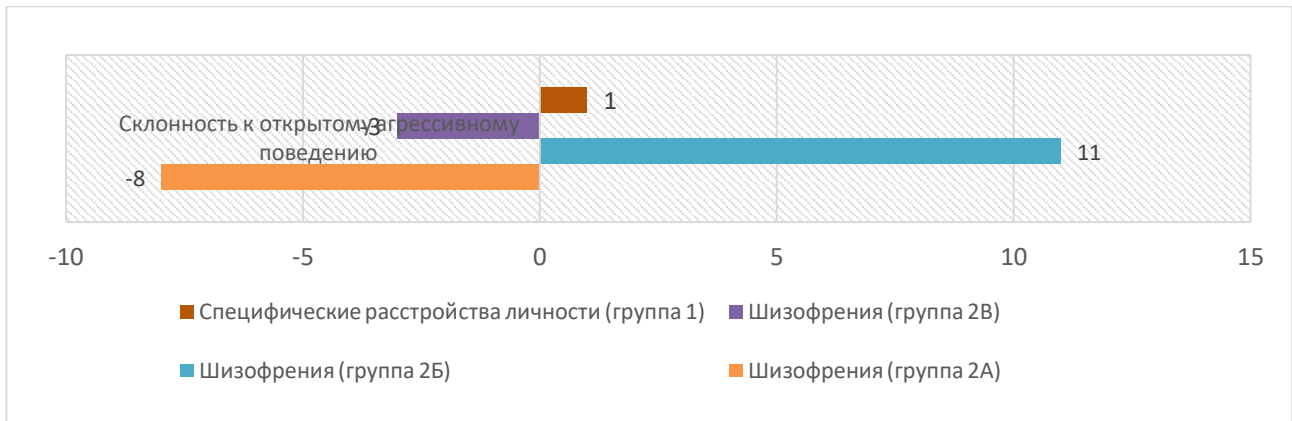


Диаграмма 5 – Результаты Hand-теста

Обсуждение

Представляется важной дифференциация поведенческого, когнитивного и эмоционального компонентов агрессивности у больных параноидной шизофренией. Для этого в коррекционно-психотерапевтической практике необходимо:

- разграничивать фантазии и реальность пациента, подчеркивать различия между мыслями, эмоциями и действиями пациента («думать» и «делать» – это разные вещи);
- делать акцент на том, что агрессия в мыслях и в эмоциях – естественная часть человеческой жизни, однако необходимо придерживаться социальных норм поведения;
- выполнять поддерживающую функцию, помогая пациенту в интерпретации значения субъективно значимых для него ситуаций;
- целесообразно приводить привязку психического напряжения пациента к определенным стрессорам, развивая объектную направленность агрессии.

Важными задачами являются замена деструктивных вариантов реагирования и восполнение дефицитарных навыков больных параноидной шизофренией с опорой на их конструктивные аспекты, постепенное принятие и закрепление собственной позитивной активности, восстановление способности переносить фрустрацию и агрессию.

Коррекционно-психотерапевтические мероприятия необходимо проводить с учетом особенностей принятия собственных деструктивных тенденций больными шизофренией и специфическими расстройствами личности. Также необходимо развивать способность пациентов к пониманию своих индивидуально-психологических особенностей, потребностей желаний и их коммуникативные навыки. Возможно ориентировать пациентов на усиление их активности в отношении физической среды с целью разрядки внутреннего напряжения.

Выводы

Для больных специфическими расстройствами личности характерно повышение показателя поведенческой агрессии на фоне высокого когнитивного показателя, определяется диссоциированность и низкая дифференцированность компонентов агрессивности. Структура агрессивности больных специфическими расстройствами личности отличается от структуры агрессивности больных шизофренией высокой взаимозависимостью компонентов агрессии. Карантин и социальная изоляция приводят к депрессии, алкоголизму и тревожным расстройствам, что способно ухудшить состояние здоровья у больных шизофренией и специфическими расстройствами личности. У больных шизофренией мотивационная склонность к агрессии регулируется с помощью установления инфантильных симбиотических отношений, ригидной фиксации на какой-либо идее, формальных рассуждений на этические темы, формальной религиозности. У больных специфическими расстройствами личности – структурами Я (механизмами отрицания, подавления, вытеснения, адаптации) и Сверх-Я (тенденцией скрывать, испытывать чувство вины и стыда). В группах больных специфическими расстройствами личности определяется повышение конструктивного варианта составляющей агрессии, при недоразвитии центральных личностных образований. В

группах больных шизофренией получены результаты, свидетельствующие о преобладании дефицитарного и деструктивного вариантов реализации агрессии.

Список литературы

1. Аммон, Г. Динамическая психиатрия, изд. Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, 1995, С. 200.
2. Бочкова, Ю. Ю. Роль агрессивности в межличностных отношениях больных шизофренией Дисс ... к. мед. наук: 19.00.04 – Ижевск., 2021.
3. Незнанов, Н. Г. Клинико-психопатологическая характеристика, прогнозирование и психофизиологическая коррекция агрессивного поведения у больных с психическими заболеваниями: Дис. ... д. мед. наук: 14.00.18. – СПб., 1994.
4. Реверчук, И. В. Психобиологические механизмы нозогенеза пограничных психических расстройств. // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2006. – № 2. – С. 17–26
5. Реверчук И.В., Худякова Ю.Ю. Структура агрессивности и компенсаторные поведенческие тенденции у больных параноидной шизофренией. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2016;116(10):24-27. DOI: 10.17116/201611610124
6. Bleuler E. Dementia Praecox oder Grupper der Schizophrenien. — Leipzig. 1911.
7. Bleuler M. Schizophrenic disorders, long-term patients and family study. — Yale University Press, 1978. — 529 p.
8. Dmitriev M.N., Reverchuk I.V, Glavatskikh M.M., Khejgetyan A., Kotsura O. Medical students' attitudes towards mental stigmatization and its associated with own and familial psychosomatic disorders//Innovative Technologies in Science and Education, ITSE - 2020. – Vol. 210 – N. 1 - P. 19020
9. Cardno A.G., Gottesman I.I. Twin studies of schizophrenia: from bow-and-arrow concordances to star war mx and functional genomics // Amer. J. Med. Genetics. — 2000. — Vol. 97. — N. 1. — P. 12–17.