

4. Литвак, А.Г. Психология слепых и слабовидящих / А.Г. Литвак // СПб.: изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 1998. – 271 с.
5. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новак // М., Олма-Пресс, 2002. – 314 с.
6. Молчанова, Е.К. Медико-социальная характеристика и качество жизни подростков-инвалидов: автореферат дис. канд. мед. наук. – М., 2006. – 26 с.
7. Баранов, А.А. Методология изучения качества жизни в педиатрии / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, И.В. Винярская [и др.] // Учебное пособие. – М., 2008. – С. 16.
8. Bremond-Gignac, D. Evaluation of the quality of life in ophthalmology / D. Bremond-Gignac, J. Tixier [et al.] // Presse. Med. – 2002. – V. 19, №31. – P. 1607-1612.

Клинический случай выявления рентной мотивации у пациентки психиатрического стационара при патопсихологическом обследовании

Н.Ф. Гребень

РНПЦ психического здоровья, г. Минск, Республика Беларусь

Проблема рентной мотивации пациентов психиатрических стационаров, несмотря на ее актуальность для современного нестабильного мира, по-прежнему остается слабо разработанной как на теоретическом, так и практическом уровне. Об этом наглядно свидетельствует малое количество литературных источников и реализуемых исследований. Наиболее значима и изучена эта проблема в судебной психиатрии, несколько менее актуальна в медико-социальной экспертизе. Специалисты данных областей медицины больше внимания уделяют поведенческому аспекту вопроса с целью выявления симуляции психических расстройств.

Одним из первых проблему рентной мотивации описал Э. Крепелин. В работе «Введение в психиатрическую клинику» вышедшей в 1900 г. Он отметил такие особенности поведения пациентов, которые заключались в том, что многие индивиды даже при переживании незначительных несчастных случаев реагируют усилением симптоматики. В основном это были симптомы депрессивного спектра с поиском выгоды и финансовой компенсации. Причины такого поведения Э. Крепелин видел в том, что в случае нетрудоспособности государством было обещано некоторое материальное вознаграждение и лишение вознаграждения в случае попыток снова приступить к работе [1]. Он писал, что «при таких обстоятельствах прогноз болезни у нас часто складывается неблагоприятно. Ввиду постоянно возобновляемых последующих исследований больные, чтобы не лишиться своей пенсии, не решаются мужественно приступить к преодолению затруднений в работе, а наоборот все более погружаются в роль надолго и тяжело пораженного и неспособного калеки» [1].

Д.А. Соколов в 1910 г. рассматривая проблему симуляции психических расстройств, считал ее куда более сложной, в плане экспертизы, чем симуляцию физических болезней, а также более роковой относительно последствий для человека. Он обращал внимание на то, что лживость, притворство, подозрительность, недоверчивость и вообще весь моральный облик человека со всеми его недостатками и пороками – все это продолжает существовать и во время помешательства и может усиливаться. «Симулирующий больной, подобно охотнику, рассказывающему небылицы про свои похождения, начинает сам верить в свою ложь, это ложь может переходить в бредовые идеи» [2].

В медицине чаще оперируют понятием «рентная установка», которое в научной литературе трактуется неоднозначно [3]. На основании анализа литературных источников по заявленной теме, а также с опорой на психологическую теорию в данной работе мы будем оперировать понятием «рентная мотивация». Тем самым делаем акцент на том, что установки далеко не всегда осознаваемы индивидом, в то время как мотивы и мотивация преимущественно порождение сознательной части психики. Одновременно установка может выступать и как форма проявления мотивационной сферы личности.

В настоящее время под рентной мотивацией (поведением) в экспертной практике принято понимать осознанное, целенаправленное стремление свидетелю получить в результате экспертного решения, юридически некорректные социальные льготы (преимущества) [4]. Подчеркнем, что, когда речь идет о рентной мотивации, на первый план выходит материальная выгода (пенсия, льготы и доступность определенных материальных благ, освобождение от выплат и т.п.), а затем психологическая.

Целью данной работы явилось описание клинического случая выявления рентной мотивации у пациентки психиатрического стационара при проведении патопсихологического обследования.

Выявление рентной мотивации не входит в перечень целей патопсихологического обследования пациентов, пребывающих на лечении в психиатрической клинике. Поэтому рентная мотивация как психодиагностическая проблема остается не разработанной. В силу этого приведенный случай представляется особо интересным.

Первичное патопсихологическое обследование

Пациентка, 39 лет, образование среднее специальное, работала контролером на швейной фабрике. Последние пять лет не работает, имеет 2 группу инвалидности по психическому заболеванию, срок которой истекает на момент госпитализации. Разведена. Есть сын 15 лет. Проживает с сыном.

В РНПЦ психического здоровья лечилась больше 10 раз. Болеет на протяжении 15 лет. Проблемы с психическим здоровьем начались после рождения сына, когда случилась первая госпитализация по причине психического и поведенческого расстройства в послеродовой период. Причи-

ну нынешней госпитализации объясняет следующим образом: «Лежала дома, не кушала, не спала, ничего не могла делать. Так длилось около 2 недель. Обратилась за медицинской помощью по месту жительства. Там дали направление сюда». В анамнезе зафиксированы суицидальные попытки: отравление таблетками (2 раза).

Обследуется по направлению лечащего врача с целью оценки тяжести актуального депрессивного состояния и в целом эмоциональной сферы. Предъявляет жалобы на состояние здоровья: «Плохой сон, иногда вообще не сплю, всех боюсь, внутри все зажато, ничего не могу делать, ничего не получается, очень сложно за собой ухаживать».

Темп речи и деятельности замедленный, голос тихий. Двигательная активность бедная, поза закрытая. Продуктивному контакту доступна, на вопросы отвечает по существу, но при этом немногословна.

Мотив экспертизы сформирован частично. Инструкции усваивает с первого раза, задания выполняет. На усталость не жалуется. Результатами не интересуется. В психокоррекционном вмешательстве не заинтересована.

Эмоциональный фон подавленный, на приеме часто плачет, мимика умеренно выразительная.

Результаты обследования показали следующее.

«HADS». Оценка уровня тревоги: 17 б. (баллов) – (клинически выраженные симптомы тревоги), оценка уровня депрессии: 20 б. – (клинически выраженные симптомы депрессии).

«Шкала дифференцированных эмоций К. Изарда». В эмоциональном фоне доминируют такие эмоции как Горе (12 б.), Страх (12 б.), на втором плане Вина (8 б.), Стыд (8 б.). Индекс тревожно-депрессивных эмоций 28 б. из 45, что соответствует умеренной степени проявления.

«СОПАС-8». Актуальное психическое состояние характеризуется как тревожно-депрессивное. Показатели ниже нормы по шкалам Психическое спокойствие, Чувство силы и энергии. Показатели выше нормы по шкалам Тревога, тревожные ожидания, Депрессия и Удрученность. Однако показатели по шкалам Стремления к действию и Импульсивная реактивность соответствуют норме (что не совсем вписывается в «картину» депрессии).

«Мини-Мульт». Полученные данные достоверны (L=54, F=50, K=54). Установка на тестирование: нежелание раскрыться. Код личностного профиля: 37628149. Профиль расположен в границах нормативных значений, за исключение шкалы Истерия (72 б.). Ведущие пики в профиле Истерия и Психастения (68 б.). Выраженными чертами характера являются эмоциональная лабильность, склонность вытеснять из сознания психологические проблемы и конфликты, «уход в болезнь» как средство разрешения фрустрирующей ситуации (3), противоречивость поведения, снижение критичности к собственному поведению (376).

Актуальный психический статус пациентки во время патопсихологического обследования и собственно полученные результаты позволили нам выдвинуть гипотезу о наличии рентной мотивации у обследуемой. Первое на что было обращено наше внимание, это плаксивость во время беседы. Как известно, для тяжелых форм депрессии плач не характерен. При этом, по методике «HADS», которая отличается «прозрачностью», пациентка отметила 20 баллов из 21, что указывает на выраженность клинических симптомов депрессии. Следующий тест «Шкала дифференцированных эмоций К. Изарда», являющийся более сложным на предмет построения желаемого образа, показал, что уровень тревожно-депрессивных переживаний умеренный. Методика «СОПАС-8» позволила обнаружить противоречие: с одной стороны, эмоциональное состояние с преобладанием тревожно-депрессивных переживаний, а с другой – нормативные показатели по стремлению к деятельности, импульсивности, что никак не вписывается в картину тяжелой депрессии. Чтобы убедиться в том, что тяжесть депрессивных переживаний ниже декларируемых, было решено обследовать и личностный профиль с помощью методики «Мини-Мульт». Выяснилось, что у пациентки выражен и акцентуирован истерический психотип, для которого характерно демонстративное и манипуляторное поведение, способность хорошо вживаться в придумываемый образ и «уход в болезнь» как способ решения жизненных проблем. При этом по шкале Депрессия (65 б.) были получены нормативные значения, и она оказалась лишь на четвертой позиции в структуре профиля. Во время первичного обследования пациентке также были даны рекомендации обратиться за психотерапевтической или психокоррекционной помощью.

Далее осуществлялось пассивное наблюдение за поведением обследуемой в палате и в целом в отделении. Было зафиксировано, что пациентка практически все время пребывает в палате, сидит, либо лежит на кровати, с другими пациентами общается мало, в трудовых мероприятиях участия не принимает, самостоятельно ничем не занимается, но при этом другие пациенты воспринимают ее, как тяжело больную и оказывают ей сильную помощь. Доступной психотерапевтической и психологической помощью не воспользовалась. Через 17 дней была направлена лечащим врачом на повторное патопсихологическое обследование с целью оценки актуального психического состояния и выраженности симптомов депрессии. При этом отметим, что повторное обследование проводилось после заседания врачебно-консультационной комиссии, на которой было принято решение о направлении на МРЭК с целью продления группы инвалидности по основному психическому заболеванию бессрочно.

Повторное патопсихологическое обследование

Жалоб на здоровье не предъявляет. Сообщает, что чувствует себя хорошо, помогло назначенное лечение и готова к выписке домой. Стала участвовать в трудовых процессах, реализуемых в отделении. Эмоцио-

нальное состояние ровное, пациентка улыбается. Беседует охотно. Двигательная активность умеренная, мимика достаточно разнообразная. Делится планами на будущее, в которых отсутствует желание трудоустроиться.

«Шкалы САН»: Самооценка эмоционального состояния следующая. Самочувствие – 8 б., Активность – 8 б., Настроение – 9 б.

«HADS»: оценка уровня тревоги – 5 б. (отсутствие признаков клинически выраженной тревоги), оценка уровня депрессии – 4 б. (отсутствие признаков клинически выраженной депрессии).

По результатам вторичного обследования следует, что депрессивная симптоматика была купирована, и даже в большей степени, чем тревожная. Самооценка актуального самочувствия представлена чуть ли не по максимуму. Не умоляя роли и эффективности медикаментозного лечения, полагаем, что такие разительные изменения в психическом состоянии обусловлены достижением рентной цели. Рентная мотивация пациентки заключалась в продлении группы инвалидности, что влечет за собой наличие постоянного финансового дохода в форме пенсии, определенные социальные льготы, оправдание несостоятельности в профессиональной и социальной жизни. На поведенческом уровне можно говорить о метасимуляции – сознательном преднамеренном притворном поведении, воспроизводящем симптомы ранее перенесенного психического заболевания. Такого рода мотивация и поведение, характерны для «берущего типа личности», описанного А. Адлером [5]. Люди данного типа относятся к миру паразитически, удовлетворяя свои потребности за счет других. У них отсутствует социальных интерес, низкий уровень активности, готовность брать, не давая взамен.

Таким образом, приведенный клинический случай показывает, что рентная мотивация встречается и в практике психиатрических стационаров. Выявление рентной мотивации и притворного поведения следует рассматривать как значимую самостоятельную цель патопсихологического обследования в работе клинического психолога. Апробированный нами комплекс психодиагностических методик и тактика построения патопсихологического обследования могут быть использованы для их выявления у пациентов с аффективными расстройствами, прежде всего, депрессивного спектра.

Литература

1. Крепелин, Э. Введение в психиатрическую клинику / Э. Крепелин. – 3-е изд. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2009. – 492 с.
2. Соколов, Д.А. Thymus у человека / Д.А. Соколов. – СПб: Журнал «Практическая медицина», 1910. – 178 с.
3. Одинцова, М.А. Специфика проявления рентной установки в поведении человека / М.А. Одинцова // Ярославский педагогич. вест. – 2010. – №2. – С. 192-196.
4. Смычѣк В.Б. Симуляция и аггравация в экспертной практике / В.Б. Смычѣк, Т.А. Емельянцева [и др.]; под ред. В. Б. Смычка. – Минск: Колорград, 2019. – 341 с.
5. Адлер, А. Понять природу человека / А. Адлер. – СПб.: Академический проект, 1997. – 256 с.