

## ДИСКУРСИВНЫЙ ПОДХОД В КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

**Е.С. Сулова**

*Республиканский психотерапевтический центр, Чебоксары*

Проблема взаимосвязи психического здоровья и комплекса психологических, социальных, культурных факторов становится в последнее время предметом многочисленных исследований, как в России [ 2, 3, 4, 5, 6, 7], так и за рубежом [8, 9, 10, 11].

Феномен дискурса, вводимого в проблематику психического здоровья, наряду с объективной категорией этничности объединяет в себе и субъективную категорию этнической идентичности, которая проявляется осознанием, оцениванием и переживанием принадлежности к определенному этносу, что позволяет детализировать связь этнокультурного рассогласования личности с особенностями ее психической дезадаптации. В связи с этим наиболее перспективным является изучение психологических механизмов взаимосвязи дискурсивного статуса личности и уровня её психической дезадаптации на модели невротических расстройств как группы психических нарушений, в которой в максимальной степени представлен психогенный характер формирования [1].

Выборку испытуемых составили 143 пациента с невротическими расстройствами, из которых 46 мужчин (32,2%) и 97 женщин (67,8%). Средний возраст испытуемых был  $31,90 \pm 1,77$  года (18-67 лет). Определение у каждого пациента выраженности национальной, этнолингвистической и религиозной идентичности позволило сформировать группы пациентов с тремя вариантами дискурсивного статуса личности – дифференцированного, диффузного и диссоциированного.

Исследование выраженности психопатологической симптоматики у пациентов с невротическими расстройствами с помощью опросника SCL-90 достоверно свидетельствует об общей выраженности у пациентов психопатологической симптоматики ( $t=-22,530$ ;  $p<0,001$ ).

Проводя сопоставительный анализ с показателями нормативной для Чувашии группы, можно отметить, что при невротических расстройствах отмечается повышение уровня психической дезадаптации, определяемого по всем шкалам опросника. Наиболее значимые различия наблюдаются в уровнях тревоги ( $t=-24,113$ ;  $p<0,001$ ) и депрессии ( $t=-22,801$ ;  $p<0,001$ ), что выводит данные нарушения в разряд определяющих общую клиническую картину. Важную сторону психопатологических нарушений у невротических пациентов занимают симптомы обсессивно-компульсивного спектра ( $t=-20,268$ ;  $p<0,001$ ) и неадекватная чувствительность в межличностных отношениях ( $t=-19,710$ ;  $p<0,001$ ). Чуть менее значимо проблемное поведение, связанное с избегающим, изолированным образом жизни ( $t=-19,459$ ;  $p<0,001$ ), и ощущения телесного дискомфорта ( $t=-16,286$ ;  $p<0,001$ ). Враждебность и подозрительность в рамках параноидального поведения также имеют место ( $t=-16,171$ ;  $p<0,001$ ). Меньше всего для пациентов с невротическими расстройствами характерны мысли, чувства и действия, отражающие ощущения гнева и агрессии ( $t=-10,822$ ;  $p<0,001$ ).

У пациентов из групп с разным дискурсивным статусом отмечаются определенные различия в психопатологической картине. Ключевым различием является большая выраженность психопатологической симптоматики (GSI) при диффузном варианте дискурса ( $F=3,887$ ;  $p=0,023$ ), которая проявляется обилием различных симптомов и повышенной интенсивностью переживания неблагополучия. Наименее выражен данный показатель у пациентов из группы с дифференцированным вариантом, что отражает их достоверно меньший уровень психической дезадаптации. Значимо высокие показатели также отмечаются у пациентов с диффузным вариантом дискурса и по шкале фобической тревожности ( $F=5,341$ ;  $p=0,006$ ), что проявляется у них стойким страхом перед определенными людьми, местами, объектами или боязнью ситуаций и характеризуется иррациональностью и неадекватностью по отношению к стимулу, избегающим поведением.

Анализ результатов, полученных с помощью клинических шкал HADS и Зунга, подтверждает выраженность тревожно-

депрессивных нарушений при невротических расстройствах. Причем, по данным шкалы HADS, тревога более характерна для пациентов с дифференцированным и диффузным вариантами ( $F=5,964$ ;  $p=0,003$ ), а депрессия – для пациентов с диссоциированным вариантом дискурса ( $F=12,335$ ;  $p<0,001$ ). Более высокий уровень депрессии при диссоциированном и низкий – при дифференцированном вариантах дискурса также отмечается по данным шкалы Зунга ( $F=6,282$ ;  $p=0,002$ ).

Исследование дискурсивного профиля пациентов с невротическими расстройствами выявило существенные различия, связанные с целым спектром социальных и психологических характеристик. Касаясь демографических параметров испытуемых, можно отметить, что при дифференцированном варианте дискурса преобладают уроженцы сельской местности (60,7%), диссоциированный вариант характерен для городских жителей (72,1%).

В то же время на момент заболевания подавляющее большинство пациентов всех трех групп проживает в городах (79,2, 80,6 и 88,2%). Жителем села является только каждый пятый пациент первой группы (20,8%) и каждый пятый – третьей группы (11,8%).

Пациенты с диссоциированным вариантом дискурса имеют более высокий уровень образования – среди них больше лиц с высшим (26,5%) и незаконченным высшим образованием (23,5%). В первой и второй группах преобладают пациенты со средним специальным (32,0 и 31,1%) и средним образованием (27,5 и 28,5%). Данный фактор сказывается и на выборе пациентами профессиональной деятельности. Более молодой возраст пациентов с диссоциированным вариантом дискурса объясняет большую долю среди них учащихся и студентов (28,4% против 9,0 и 16,7%). В то же время он никак не связан с тем, что среди них нет лиц, занятых в сельском хозяйстве, в науке и образовании, а чаще встречаются представители бизнеса, экономики и финансов (16,4% против 9,6 и 6,8%).

Более половины пациентов первой группы состоит в браке (54,5%). Среди испытуемых с диссоциированным вариантом дискурса преобладают холостые (45,6%). Доля вдовых среди

них (4,4%) не отличается от показателей других групп, а состоящих в незарегистрированном браке (7,4%) или находящихся в разводе (11,8%) – выше.

Большинство пациентов трех исследуемых групп по самоопределению относят себя к представителям чувашской национальности (64,0, 66,9 и 48,5%). Доля русских больше представлена среди пациентов с дифференцированным вариантом дискурса (33,7%), а представителей других национальностей – при диссоциированном варианте (22,1%).

Чувашский язык чаще считают родным лица с дифференцированным вариантом дискурса (57,9%), русский – с диссоциированным (68,7%), оба языка – с диффузным вариантом (49,6 и 42,7%). Каждый десятый пациент диссоциированной группы признает родными русский и чувашский языки (10,4%). Данная ситуация находит отражение и в употреблении языка в родительской семье. У пациентов первой группы более популярен чувашский (49,4%), во второй и третьей группах – русский язык (46,4 и 54,4%).

Приоритеты системы жизненных ценностей пациентов с невротическими расстройствами складываются таким образом, что ориентиры на семью и брак более выражены при дифференцированном варианте дискурса (79,9%), на карьере и профессиональный успех – при диффузном варианте (11,2%), на материальное благополучие – при диссоциированном варианте (19,1%).

Более высокая оценка собственного экономического статуса у пациентов третьей группы. Так, более половины пациентов (55,2%) считают себя материально обеспеченными. Доля лиц с крайне низкими доходами, не позволяющими адекватно удовлетворять базовые потребности, больше при диффузном варианте идентичности (30,6%).

Распространенность мистической настроенности среди пациентов с невротическими расстройствами, определяемой верой в приметы и суеверием, более высока в первой группе (85,8%), что соответствует не менее высокому уровню магической настроенности в этой группе (90,3%), характеризуемой наличием веры в колдовство, сглаз, порчу.

Изучение отношения к самоубийству показывает, что суицид может стать реальным выходом из затруднительной ситуации у каждого пятого пациента с диссоциированным вариантом дискурса (20,9%). В качестве потенциально возможного жизненного сценария его также рассматривает каждый пятый во второй (21,0%) и третьей (19,4%) группах. Только пациенты с дифференцированным вариантом дискурса характеризуются более высокой степенью неприятия самоубийства как реальной поведенческой практики (71,2%). Наличие актуальных суицидальных тенденций отмечается у 11,1 % пациентов первой группы, 14,9% – у второй и у 29,4% пациентов третьей группы.

Анализ особенностей семейной сферы у пациентов с невротическими расстройствами показывает, что в семьях пациентов с дифференцированным вариантом дискурса ответственность за принятие решений чаще принадлежит мужчине (33,9%). При диффузном и диссоциированном вариантах дискурса эта ответственность в каждом третьем случае распределена между супругами (32,6 и 32,3%). Пациентов первой группы также чаще характеризуют зрелые взаимоотношения со старшими и родителями (43,8%), а пациентов третьей группы – состояние прямой конфронтации с ними (36,4%). В то же время у трети пациентов с дифференцированным вариантом дискурса (39,4%) отмечено существование скрытых неразрешенных конфликтов в семейной сфере.

При диссоциированном и диффузном вариантах дискурса отмечено наличие более чем у каждого четвертого пациента (29,4 и 27,7%) выраженной внутрисемейной дисгармонии в форме эпизодов периодической внутрисемейной агрессии. В семьях пациентов из дифференцированной группы подобные взаимоотношения встречаются значительно реже (13,0%).

Изучение особенностей воспитания в родительской семье свидетельствует, что пациенты с дифференцированным вариантом дискурса чаще, чем другие, воспитываются в атмосфере предоставления самостоятельности (43,8%). В родительских семьях пациентов с диффузным и диссоциированным вариантами дискурса чаще, чем в первой группе, присутствует эмоциональное отвержение (14,3 и 14,9%). Именно поэтому четверо из

пяти пациентов первой группы (81,8%) оценивают свое воспитание в родительской семье как гармоничное.

Обращение за психотерапевтической помощью пациентов с невротическими расстройствами по направлению другого специалиста чаще отмечено при дифференцированном (47,7%) и диффузном (45,1%) вариантах дискурса. Обращение за помощью по собственной инициативе чаще практикуется пациентами третьей исследовательской группы, что происходит у них в каждом третьем случае (35,5%) В отличие от других пациентов они также чаще более позитивно оценивают состояние своего здоровья (72,7%).

Более адекватное отношение к лицам, страдающим психическими расстройствами, отмечено при дифференцированном варианте дискурса (61,9%). Каждого четвертого пациента с признаками диссоциированного варианта дискурса (25,0%) отличает резко негативное отношение к психически больным.

В ситуации жизненного кризиса опоры в собственных внутренних ресурсах чаще видят пациенты второй группы (29,4%), в помощи родственников – пациенты первой группы (42,3%), друзей (17,6%) и специалистов-профессионалов (20,6%) – представители третьей исследовательской группы.

Подводя итог, можно констатировать, что клинико-психологическая картина невротических нарушений у обследованных пациентов определяется широким спектром психопатологических симптомов, которые отражают как индивидуально-психологические особенности личности пациента и системы его актуальных отношений, так и специфику протекания психопатологического процесса при том или ином психическом или поведенческом расстройстве. Как установлено по результатам клинического наблюдения и данным клинических шкал и опросников, ведущее место в картине психической дезадаптации занимают патологические нарушения тревожно-депрессивного круга, замыкающие на себе клинически разнообразные нарушения непсихотического уровня.

Достоверно более высокий уровень психопатологической симптоматики и дистресса при невротических расстройствах обнаружен у больных с диффузным и диссоциированным вари-

антами дискурса. Причем, если при диффузном варианте чаще отмечается высокий уровень тревожных состояний, то при диссоциированном варианте дискурса на первое место выходят депрессивные проявления.

Анализ различий между исследовательскими группами невротических пациентов по дискурсивному статусу позволяет обозначить определенную социальную и психологическую специфику пациентов, связанную с их особенностями.

Установлено, что формирование личности пациентов с дифференцированным вариантом дискурса, вне зависимости от места проживания на момент исследования, больше связано с условиями традиционной сельской культуры. Именно поэтому здесь более выражены ориентиры на стабильность семейной структуры, чаще встречаются взгляды патриархального характера (доминирование мужчины, почтительное отношение к родителям и старшим, сокрытие внутрисемейных конфликтов). Будучи зависимыми от группы, в ситуации кризиса данные пациенты, как правило, ищут содействия в наиболее привычной и близкой системе естественной социальной поддержки – среди родственных лиц. Духовная сфера личности здесь определяется, с одной стороны, более нетерпимым отношением к суицидам и высокой толерантностью к душевнобольным, с другой – магически-мистической направленностью мировосприятия, что отражает тесную связь с мировоззрением культуры традиционного типа.

Дискурсивный статус пациентов из группы с диссоциированным вариантом дискурса больше связан с городским образом жизни, который определяет более высокий уровень образования, выбор высокооплачиваемых профессий, относительно благополучное материальное положение. Однако «экономический успех» не приносит этим пациентам психологического благополучия. У них отмечается больше дисгармонии в семейных отношениях, которые характеризуются крайней нестабильностью, конфронтационной формой коммуникации и дисфункциональны с периода жизни в родительской семье. Психологическое неблагополучие пациентов данной группы проявляется также в наличии высокого уровня суицидальных тенденций на фоне

низкой толерантности к подобной форме аутоагрессивного поведения. Низкий уровень общей личностной толерантности подтверждается высокой распространенностью среди них негативного отношения к душевнобольным. Принятие решений, в том числе в случае обращения за психотерапевтической помощью, осуществляется ими вполне автономно. Вынужденной средой социальной поддержки выступают лица, отношения с которыми обозначаются ими как дружеские.

Промежуточное положение по своему дискурсивному статусу между пациентами с дифференцированным и диссоциированным вариантами дискурса занимают пациенты с его диффузным вариантом. С разной степенью представленности они объединяют в себе черты описанных выше групп пациентов. Кардинальным отличием их дискурсивного статуса является относительно низкий экономический статус и обусловленная этим большая ориентированность на профессиональные достижения и карьерный успех.

Итак, дискурсивный подход в оценке клинико-психологических характеристик пациентов с невротическими расстройствами позволяет обосновать соотнесение уровня психической дезадаптации личности с полнотой принятия ею специфики актуальной для нее социокультурной среды. Данные результаты имеют большое значение для определения психотерапевтических мишеней в работе с невротическими пациентами.

#### Литература

1. *Дмитриева Т.Б.* Этнокультуральная психиатрия / Т.Б. Дмитриева, Б.С. Положий. М., 2003. 448 с.
2. *Карвасарский Б.Д.* Очерки динамической психиатрии: транскультуральное исследование / под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова / Б.Д. Карвасарский, С.М. Бабин, В.В. Бочаров. СПб., 2003. 438 с.
3. *Николаев Е.Л.* Социокультуральные детерминанты психического здоровья / Е.Л. Николаев. Чебоксары, 2005. 100 с.
4. *Пезешкиан Х.* Позитивная психотерапия как транскультуральный подход в российской психотерапии: дис. ... д-ра мед. наук. / Х. Пезешкиан. СПб., 1998. 83 с.
5. *Семке В.Я.* Транскультуральная наркология и психотерапия / В.Я. Семке, Л. Эрдэнэбаяр, Н.А. Бохан, А.В. Семке. Томск, 2001. 162 с.



6. *Чуркин А.А.* Основные предпосылки эпидемиологических исследований в транскультуральной психиатрии / А.А. Чуркин // Культурал. и этнич. проблемы психического здоровья: сб. науч. тр. М.; Ижевск, 1997. С. 10-16.
7. *Александровский Ю.А.* Пограничные психические расстройства. / Ю.А. Александровский. М., 2000. 496 с.
8. *Angold A., Erkanli A., Farmer E.M. et al.* Psychiatric disorder, impairment, and service use in rural African American and white youth // Arch. Gen. Psychiatry. 2002. No 10. P. 893-901.
9. *Barnes V.A., Treiber F.A., Johnson M.H.* Impact of transcendental meditation on ambulatory blood pressure in African-American adolescents // Amer. J. Hypertens. 2004. N 4. P. 366-369.
10. *Milligan C.O., Nich C., Carroll K.M.* Ethnic differences in substance abuse treatment retention, compliance, and outcome from two clinical trials // Psychiatr. Serv. 2004. N 2. P. 167-173.
11. *Mills P.A.* Incorporating Yup'ik and Cup'ik Eskimo traditions into behavioral health treatment // J. Psychoactive Drugs. 2003. N 1. P. 85-88.