

*На правах рукописи*

УДК 159.9.072.43

**СУСЛОВА Елена Станиславовна**

**КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ  
ДИСКУРСИВНОГО ТИПА ЛИЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ  
С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Специальность: 19.00.04 – медицинская психология

**Автореферат**  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата психологических наук

Санкт-Петербург  
2009

Диссертационная работа выполнена на кафедре социальной психологии и менеджмента Федерального государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова»

Научный руководитель: доктор медицинских наук  
НИКОЛАЕВ ЕВГЕНИЙ ЛЬВОВИЧ

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор  
Кулаков Сергей Александрович  
  
кандидат психологических наук,  
Мизинова Елена Борисовна

Ведущая организация: Санкт-Петербургский государственный университет

Защита состоится «28» января 2010 г. в 15 час. 30 мин. на заседании Совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 212.199.25 в Российском государственном педагогическом университете им. А.И. Герцена по адресу: 191186, г. Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, 48, корп. 11, ауд. 37, психолого-педагогический факультет РГПУ.

С диссертацией можно ознакомиться в фундаментальной библиотеке Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена.

Автореферат разослан « \_\_\_\_ » декабря 2009 г.

Учёный секретарь диссертационного совета,  
кандидат психологических наук, доцент

З.Ф. Семёнова

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность исследования.** Проблема взаимосвязи психического здоровья и комплекса психологических, социальных, культурных факторов становится в последнее время предметом многочисленных исследований, как в России (Миневич В.Б. и др., 1992; Менделевич В.Д., 1997; Положий Б.С., 1997; Чуркин А.А., 1997; Пезешкиан Х., 1998; Дмитриева Т.Б., Положий Б.С., 2003, Семке В.Я. и др., 2001; Карвасарский Б.Д. и др., 2003; Николаев Е.Л., 2005), так и за рубежом (Munet-Vilaro F. et al., 1999; Struthers R., 1999 Milne D., Howard W., 2000; Huriwai T. et al., 2001; Angold A. et al., 2002; Barnes V.A. et al., 2004; Milligan C.O. et al., 2004). Данная тенденция связана с насущной потребностью общества сделать помощь, оказываемую пациентам с психическими расстройствами, более эффективной для потребителя и более экономичной – для бюджета (Дженкинс Р. и др., 2005). Если в большинстве работ европейских и североамериканских исследователей основной акцент ставится на работе с эмигрантами (Tsai J.H., 1999; Barcelona de Mendoza V.B., 2001; Willgerodt M.A. et al., 2002; Gallagher-Thompson D. et al., 2003), то для российской действительности более актуальны работы, связанные со спецификой коренных для страны этносов, в особенности, в полиэтнических регионах (Козлов А.Б., 2001; Реверчук И.В., 2002; Панченко Е.А., 2004; Репина Л.Л., 2004; Таукенова Л.М., 2004).

В ранее проведенных исследованиях установлено, что этническая идентичность личности является одним из важнейших факторов ее психологического благополучия, обеспечивающего успешность психической адаптации (Мацумото Д., 2002; Платонов Ю.П., 2001; Стефаненко Т.Г., 2003). Определено, что кризис этнической идентичности напрямую соотносится с ухудшением показателей психического здоровья (Афанасьев И.Н., 2004; Бахарева О.С., 2004; Уваров И.А., 2004; Сухарев А.В., 2007). Однако изучение этих процессов зачастую строится только на одном или нескольких культурных параметрах – национальности по самоопределению, родному языку и отношению к религии, что вызывает определенные трудности для исследований в ситуации, когда в силу идущих глобализационных процессов наблюдается интенсивное смешение различных этносов, языков и религий в масштабах одной семьи или даже одной личности. Психологическая категория дискурса, вводимого в контекст проблематики психического здоровья (Калина Н.Ф., 2000; Кулаков С.А., 2004; Касавин И.Т., 2007) и рассматриваемого в качестве основного элемента культуры, социальных отношений и представлений личности о себе и других, позволяет во многом снять обозначенное противоречие.

Понимание дискурса в структуре развития личности в специфической исторической и культурной среде, в которой максимально

актуализированы взаимосвязи ближайшего контекста, лингвистическое и социальное конструирование реальности и личности как системы отношений, выводит научные исследования психического здоровья на новый уровень. В связи с чем, наиболее перспективным является изучение психологических механизмов взаимосвязи дискурсивных характеристик личности с уровнем ее психической дезадаптации на модели невротических расстройств, как группы психических нарушений, в которой в максимальной степени представлен психогенный характер формирования (Александровский Ю.А., 2000).

Имеющиеся в литературе сведения по этой проблеме носят отрывистый или противоречивый характер, а клинико-психологические характеристики невротических пациентов чаще всего рассматриваются в отрыве от дискурсивного статуса личности. С учетом недостатка научных исследований по указанной теме данная работа представляется актуальной и в теоретическом, и практическом плане.

**Целью исследования** является изучение клинических и личностных характеристик дискурсивного типа личности у пациентов с невротическими расстройствами и их взаимосвязи с психической адаптацией личности в связи с задачами психотерапии.

Для достижения указанной цели поставлены следующие **задачи**:

1. Оценить клинико-психологическую структуру патологических психических проявлений и дискурсивный профиль у пациентов с невротическими расстройствами.

2. Определить характер эмоционально-оценочной системы самоотношения, состояние сферы семейных эмоциональных коммуникаций и социальной поддержки у пациентов с невротическими расстройствами с учетом их дискурсивных различий.

3. Соотнести специфику совладающего со стрессом поведения и системы произвольной саморегуляции у пациентов с невротическими расстройствами с их актуальным дискурсивным статусом.

4. Выделить основные психосоциальные факторы, определяющие формирование психической дезадаптации у пациентов с невротическими расстройствами.

5. Разработать на основе анализа клинико-психологических характеристик дискурсивного типа личности принципы психотерапевтической помощи пациентам с невротическими расстройствами.

**Объект исследования.** Выборку испытуемых составили 143 пациента с невротическими расстройствами, обратившиеся за медико-психологической помощью в Республиканский психотерапевтический центр в г. Чебоксары. В соответствии с международными критериями психических и поведенческих расстройств МКБ-10 у испытуемых были

установлены тревожно-фобические расстройства, тревожные расстройства, обсессивно-компульсивные расстройства, реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации, диссоциативные (конверсионные) расстройства, соматоформные расстройства, неврастения.

**Предмет исследования** – соотношение дезадаптивных клинико-психологических характеристик дискурсивного типа личности у пациентов с невротическими расстройствами.

**Гипотеза исследования.** Выраженность психической дезадаптации при невротических расстройствах, обусловленная неразрешенными противоречиями в системе отношений личности, тесно взаимосвязана с глубиной рассогласования структурных внутриличностных характеристик дискурсивного типа и актуальных для личности социокультурных условий среды. Это обуславливает прогностическую ценность определения клинико-психологических характеристик дискурсивного типа личности для совершенствования психотерапевтической помощи пациентам с невротическими расстройствами.

**Научная новизна** работы заключается в том, что впервые проблема невротических расстройств рассматривается с позиции анализа дискурсивных характеристик личности, что позволяет углубить существующие представления о механизмах психической дезадаптации психогенного характера. Представлены новые научные данные о факторах риска психических нарушений, относящиеся к демографическому, этнокультуральному, семейному, духовно-ценностному, связанному с отношением к здоровью и болезни разделами дискурсивного профиля личности. Благодаря изучению особенностей саморегуляции произвольной активности у пациентов с невротическими расстройствами получены новые сведения о механизмах снижения адаптивных возможностей копинг-ресурсов личности. Впервые установлено, что наиболее высокий уровень психической дезадаптации определяется у пациентов с диссоциированным вариантом дискурсивного типа личности, что прослеживается по всем изученным клиническим и психологическим параметрам.

**Теоретическое значение работы.** Проведенное исследование пополняет теоретическую базу медицинской психологии благодаря формулированию понятия дискурсивного типа личности применительно к теоретическим и практическим задачам клиники психических нарушений. Полученные результаты могут быть использованы для разработки теоретических основ психической адаптации, как при невротических расстройствах, так и в норме. С опорой на биопсихосоциальную концепцию здоровья личности в работе выполнено выделение и взаимное сопоставление клинико-психологических характеристик дискурсивного типа у лиц, страдающих невротическими расстройствами. Полученные данные расширяют представления о саморегуляции, копинге и социальной

поддержке, как факторах, тесно связанных с формированием невротических расстройств. Раскрытие семейных истоков нарушений в системе отношений у пациентов является теоретическим обоснованием для психотерапии и психопрофилактики невротических расстройств.

**Практическая значимость работы.** Полученные данные свидетельствуют, что у пациентов с невротическими расстройствами в системе психологической адаптации наблюдаются значимые различия, связанные с характером дискурсивного типа личности.

Данные результаты помогают выделению групп риска для проведения психотерапевтических и психопрофилактических мероприятий.

Знание клинико-психологических характеристик дискурсивного типа личности, которые сопряжены с психической дезадаптацией и суицидальными тенденциями, имеет практическое значение для специалистов службы охраны психического здоровья населения.

Учет психологических особенностей лиц с различными вариантами дискурсивного типа полезен для врачей общей (семейной) практики, которые сталкиваются с необходимостью проведения психопрофилактической работы с населением.

#### **Положения, выносимые на защиту:**

1. Клинико-психологическая картина психических нарушений при невротических расстройствах определяется доминированием симптомов тревожно-депрессивного спектра.

2. У пациентов с невротическими расстройствами выявляются глубокие нарушения в системе отношений личности, основы чему закладываются в родительской семье с дисфункциональным характером семейных коммуникаций.

3. Максимальная степень дезадаптивности копинг-стратегий наблюдается в плоскости когнитивной модальности у пациентов с диссоциированным вариантом дискурсивного типа личности.

4. Нарушение саморегуляции при дифференцированном варианте дискурсивного типа личности связано с незрелостью звена самостоятельности, при диффузном и диссоциированном вариантах - с низким уровнем процесса моделирования.

**Обоснованность и достоверность результатов исследования** обеспечивалась репрезентативностью выборки, согласованностью поставленных задач и используемых для их решения методов, надежностью и валидностью примененных методик, использованием стандартных методов математической статистики для обработки полученных данных.

**Внедрение результатов работы в практику.** Результаты исследования внедрены в психодиагностическую и психотерапевтическую работу ГУЗ «Республиканская психиатрическая больница

Минздравсоцразвития Чувашии», ГУЗ «Республиканский наркологический диспансер Минздравсоцразвития Чувашии», МОУ «Центр психологической помощи, реабилитации и коррекции «Семья» г. Чебоксары, а также в учебный процесс кафедры прикладной психологии ФГОУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», кафедры психологии и педагогики ГОУ ВПО «Российский государственный социальный университет» (филиал в г. Чебоксары).

**Апробация работы.** Основные положения и результаты исследования представлены и апробированы в виде докладов на Третьем съезде психиатров, наркологов и психотерапевтов Чувашской Республики (Чебоксары, 2005), научно-практической конференции «Психическое здоровье населения в условиях длительной чрезвычайной ситуации» (Грозный, 2007), научном симпозиуме «Социальная психология XXI столетия» (Ярославль, 2007), Юбилейной научной сессии «Психоневрология в современном мире» (Санкт-Петербург, 2007), международной научной конференции «Личность и здоровье в эпоху новых ценностей» (Чебоксары, 2007), Российской конференции «Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии» (Москва, 2007), научно-практической конференции «Социальное развитие Чувашии: тенденции, перспективы, проекты» (Чебоксары, 2007), Первом конгрессе психиатров Восточной Европы (Салоники, Греция, 2007), заседаниях Чувашской ассоциации психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов (Чебоксары, 2005-2008).

**Объем и структура диссертации.** Диссертация состоит из введения, четырех глав с описанием выборки и методов исследования, изложением результатов собственного исследования и их обсуждением, заключения, выводов, списка литературы, включающего 247 библиографических источников, из которых 148 отечественных и 99 зарубежных. Работа иллюстрирована 16 рисунками и 17 таблицами. Основной текст диссертации составляет 170 страниц.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

**Во введении** обосновывается выбор и актуальность избранной темы, излагаются цель, объект, предмет, задачи и гипотезы исследования, ее научная новизна, формулируются основные положения, выносимые на защиту, описывается сущность методов исследования, дается краткое описание структуры основных разделов работы.

**Первая глава** «Дискурс и психическое здоровье личности» посвящена аналитическому обзору литературы, в котором рассматриваются вопросы общей характеристики дискурса в гуманитарных науках и его понимания в психологии, соотношение понятий идентичности и дискурса, дискурсивный контекст проблематики психического здоровья

в мировых и российских масштабах, основные подходы к изучению невротических расстройств на примере биологической, психологической и культурной моделей.

**В параграфе 1.1.** «Общая характеристика дискурса в гуманитарных науках» анализируется многозначность определения дискурса. Дискурс определяется как существенная составляющая социокультурного взаимодействия, характерными чертами которого являются интересы, цели и стили (Dijk T.A. van, Strega S, Kellner D., Арутюнова Н.Д., Борботько В.В., Зарецкая Е.Н., Орлов Г.А.). Рассматривается понимание дискурса в психологии. Дискурсивный процесс осмысливается здесь как структурированная последовательность интенциональных актов, которые задействуют ту или иную знаковую систему, например, речь и результат совместной деятельности. (Емельянова Т.П., Павлова Н.Д., Трипольская Т.А., Ушакова Т.Н., Шустова Л.А., Касавин И.Т., Heritage J.). Рассматривается соотношение понятий дискурса и идентичности. Установлено, что дискурсивная модель позволяет не только учитывать описания и характеристики актуальных для общества явлений, воспроизводимых в коммуникативных актах, но и анализировать особенности взаимодействий и отношений людей с позиции их принадлежности к определенной социокультурной группе. (Барретт М., Белинская Е.П., Кряж И.В., Мазилова Г.Б., Платонов Ю.П., Ратанова Т.А., Стефаненко Т.Г., Хотинец В.Ю., Шогенов А.А., Эриксон Э., Berry J.W., Kalin R., Sheets R.H.).

**В параграфе 1.2.** «Дискурсивный контекст проблематики психического здоровья» описывается специфика социокультурной модальности дискурса в вопросах психического здоровья. (Холмогорова А.Б., Johnson T.M., Levinson D., Raguram R.), указывается, что осознание индивидом важности этнической идентичности способствует лучшей психосоциальной адаптации личности (Newman D.L., Poyrazli S.), указывается тесная взаимосвязь проблемы этнической идентичности, миграции и психологического дистресса (Bhugra D., Chen Y.Y., Yip T.). Описано, что качество социальной поддержки, включающей семейные отношения, становится решающим фактором психологической адаптации личности (Caldwell, Hishinuma E.S.), отмечено, что положительная связь между идентичностью и депрессией, проблемным поведением, взаимоотношениями со сверстниками, самооценкой определяется только в отношении клинических групп, но никак не здорового населения (Sanchez D.T., Shih M.). Рассмотрен дискурсивный статус в условиях российской ситуации (Айтуганова А.И., Вострогнутов Н.В., Галактионов С.К., Миневич В.Б., Положий Б.С., Сидоров П.И.), отмечены клинико-психологические особенности депрессии различных районов РФ (Асанов А.О., Вертоградова О.П., Ковалев Ю.В., Кочуров В.Ю.). Оценено влияние



этнокультурных черт личности на проявление дезадаптивного состояния (Васильева И.Ю., Калинина Е.В., Козлов А.Б., Мясникова О.В.), изложена оригинальная концепция психического здоровья личности, предложенная Сухаревым А.В., описан комплексный подход, включающий биологический метод этнической идентификации пациента (дерматоглифический), социокультуральный метод определения уровня этнического самосознания и клинико-эпидемиологический - исследование статистики и динамики болезненных состояний (Реверчук И.В.), рассмотрены особенности психологической помощи, установлена необходимость учета дискурсивных характеристик пациентов с психологическими проблемами и психическими нарушениями при оказании им психологической помощи (Novinis D.K. et al.), описывается метод этнофункциональной психотерапии (Сухарев А.В.).

**В параграфе 1.3.** «Основные подходы к изучению невротических расстройств» выделены три крупных подхода к изучению проблемы неврозов и невротических расстройств - биологический (Анохин П.К., Бирман Б.Н., Гуревич М.О., Кожевников А.Я., Павлов И.П., Хорошко В.К., Ющенко А.И.), психологический (Александров А.А., Ам-мон Г., Ананьев В.А., Карвасарский Б.Д., Мясищев В.Н., Adler A., Horney K., Jung C.G.) и культурный (Мацумото Д. Миневич В.Б., Николаев Е.Л., Рожков С.А., Тхостов А.Ш., Холмогорова А.Б.).

Во **второй главе** «Организация исследования» дается общая характеристика выборки, описываются критерии отбора пациентов, основные методы психологического исследования и математико-статистической обработки материала.

Объектом исследования являлись 143 пациента. В структуре данной модели дискурсивного типа личности определены три варианта, отражающие степень тождественности дискурсивных характеристик личности актуальной для нее социокультурной среде. К первой группе (дифференцированный вариант дискурсивного типа личности) отнесены 48 чел., 14 из которых - мужчины и 34 - женщины в возрасте 18 - 67 лет (средний возраст  $38,11 \pm 14,02$  лет). Во вторую группу (диффузный вариант дискурсивного типа личности) вошли 54 пациента, где 20 мужчин и 34 женщины в возрасте 18-62 лет. Средний возраст -  $33,97 \pm 13,31$  лет. Третья группа объединила 41 пациента с диссоциированным вариантом дискурсивного типа личности в возрасте 18 - 56 лет. Число мужчин здесь - 12, женщин - 29. Средний возраст пациентов -  $27,43 \pm 10,35$  лет.

Настоящее исследование проводилось в г. Чебоксары на клинической базе Республиканского психотерапевтического центра Государственного учреждения здравоохранения «Республиканская психиатрическая больница Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики» (главный врач - кандидат медицинских наук

Козлов А.Б.).

В качестве сравнительных данных по ряду психодиагностических методик (контрольные группы) использовались результаты исследования здоровой популяции В.И. Моросановой (2004), Е.Л. Николаевым (2006), А.Б. Холмогоровой (2003, 2006).

В соответствии с целью и задачами исследования сбор и анализ материала проводился при помощи соответствующих методов.

*Клинико-биографический метод* исследования основан на изучении личности в контексте истории ее развития и ее перспектив, а также ее взаимоотношений со значимыми другими (Кулаков С.А., 2003). Для установления особенностей клинико-психологических характеристик дискурсивного типа личности испытуемых использовались вербальные и невербальные данные, полученные в ходе полуструктурированного интервью, в котором выделены социально-демографический, этнокультурный, духовно-ценностный разделы, разделы состояния семейной сферы и отношения к здоровью и болезни (Николаев Е.Л., 2006).

*Клинико-психологический метод* представлял собой клинический опрос больного, сбор анамнеза, наблюдение за поведением пациента, что способствовало интеграции всей полученной в ходе обследования пациента клинической и психологической информации, в том числе, о наиболее значимых аспектах его субъективной жизненной истории и системы отношений (Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., 2003). Использовались стандартизованные клинические шкалы, позволяющие оценивать особенности актуального психоэмоционального состояния пациента: *опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90* (Derogatis S., 1973); *госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS* (Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983); *шкала Зунга для самооценки депрессии* (Zung W.W.K., Durham N.C., 1965). Выявление дискурсивных характеристик личности и их взаимосвязи с состоянием пациента проводилось при помощи структурированной «*Социокультурной анкеты*», в которой выделены социально-демографический, этнокультурный, духовно-ценностный разделы, разделы состояния семейной сферы и отношения к здоровью и болезни (Николаев Е.Л., 2006).

*Экспериментально-психологический метод*, направленный на конкретизацию психологических особенностей личностной структуры пациента, соотносящихся с определенными психопатологическими проявлениями, состоял в использовании комплекса психодиагностических методик. В него вошли следующие личностные опросники:

- *опросник исследования самоотношения личности В.В. Столина (МИС)*, позволяющий изучать специфическую модальности чувств личности, направленных в адрес собственного «я»;
- *опросник «Семейные эмоциональные коммуникации» (СЭК) А.Б.*

Холмогоровой и С.В. Воликовой (2006), характеризующий различные стороны взаимодействия в родительской семье;

- опросник социальной поддержки F-SOZU-22 (Sommer G., Fydrich T., 1989, адаптация А.Б. Холмогоровой, 2006) в качестве психологического инструмента изучения воспринимаемой личностью социальной поддержки;

- индикатор копинг-стратегий Д. Амирхана (Amirkhan J.Y., 1990) в адаптации В.М. Ялтонского (1995) и Н.А. Сироты (1994), определяющий выраженность активных и пассивных стилей психологического совладания личности с актуальными для нее проблемами;

- методика Э. Хайма (Heim E., 1988), устанавливающая индивидуальные предпочтения в использовании поведенческих, когнитивных и эмоциональных стратегий совладания со стрессом и степень их адаптивности;

- многошкальная опросная методика В.И. Моросановой «Стиль саморегуляции поведения» (ССПМ), диагностирующая степень развития осознанной саморегуляции и ее индивидуальные профили, компонентами которых являются частные регуляторные процессы.

Для анализа и верификации данных использовался математико-статистический метод. Статистическая обработка материала проводилась с помощью пакета программного обеспечения анализа данных Statistica 6.0.

В третьей главе «Результаты психологического исследования» описываются основные результаты исследования клинико-психологических характеристик дискурсивного типа личности при невротических расстройствах:

**Параграф 3.1.** «Клинико-дискурсивные характеристики пациентов» посвящен выявлению взаимосвязей между дискурсивными и психологическими характеристиками при невротических расстройствах.

В разделе **3.1.1.** «Выраженность психопатологической симптоматики» исследуется выраженность психопатологической симптоматики у пациентов невротическими расстройствами. При помощи опросника SCL-90 выявлено наличие у пациентов выраженного дистресса ( $t=-22,530$ ;  $p<0,001$ ), определяемого по показателям индекса GSL.

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 по уровням 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.

Сравнение средних значений шкал SCL-90 у невротических пациентов с различными вариантами дискурса представлено на рис. 1.

Анализ результатов, полученных при помощи клинических шкал HADS и Зунга, подтверждает выраженность тревожно-депрессивных нарушений при невротических расстройствах. Причем, по данным шкалы HADS, тревога более характерна для пациентов первой и второй группы ( $F=5,964$ ;  $p=0,003$ ), а депрессия для пациентов третьей группы ( $F=12,335$ ;  $p<0,001$ ). Более высокий уровень депрессии в третьей группе и низкий – в первой также отмечается по данным шкалы Зунга ( $F=6,282$ ;  $p=0,002$ ).

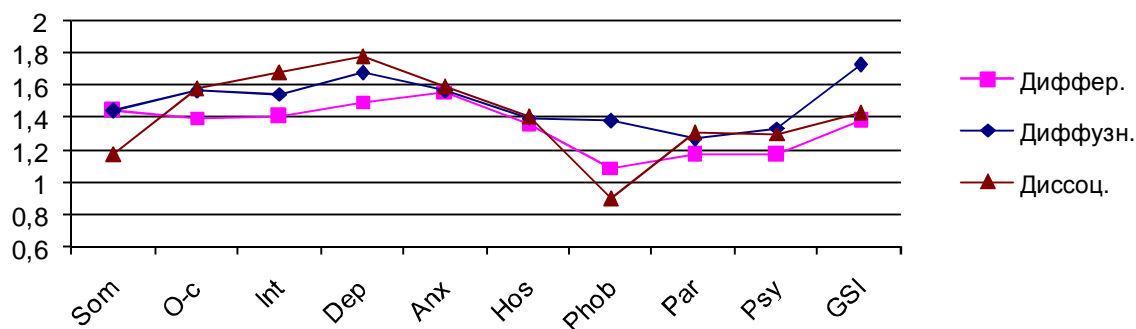


Рис. 1. Средние значения шкал SCL-90 у пациентов с невротическими расстройствами с различными вариантами дискурсивного типа личности

**В разделе 3.1.2. «Оценка дискурсивного профиля личности»** при исследовании дискурсивного профиля пациентов с невротическими расстройствами выявлены существенные различия, связанные с дискурсивным типом. Касаясь демографических характеристик обследованных, можно отметить, что если в первой группе преобладают уроженцы сельской местности (60,7%), то для третьей группы характерно рождение в городе (72,1%). В то же время как 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 третьей группы (11,8%) и каждый пятый - первой группы (20,8%). Пациенты третьей группы 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%). Более молодой возраст пациентов третьей группы 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 совершенно не встречаются лица, занятые в сельском хозяйстве, а также - 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 исследованных третьей группы преобладают холостые (45,6%). Однако доля вдовых среди них (4,4%) не отличается от показателей других групп, а процент лиц, 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 первой группы (33,7%), а представителей других национальностей – в третьей (22,1%). Чувашский язык чаще считают родным в первой группе (57,9%), русский – в третьей (68,7%), оба языка – во второй (49,6 и 42,7%). Каждый десятый пациент третьей 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 невротическими расстройствами складываются таким образом, что ориентиры на семью и брак более выражены в первой группе (79,9%), на карьере и профессиональный успех - во второй (11,2%), на материальное благополучие – в третьей группе (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 во второй группе (30,6%).

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

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

Анализ особенностей семейной сферы у пациентов с невротическими расстройствами показывает, что в семьях пациентов третьей и второй группы отмечено наличие более чем у каждого четвертого пациента (29,4 и 21,1%) выраженной внутрисемейной дисгармонии. В семьях пациентов первой группы подобные взаимоотношения встречаются значительно реже (13,0%).

**В параграфе 3.2. «Дискурсивный характер системы отношений»**

раскрывается специфика внутренней динамики самосознания и индивидуальные особенности отношения личности к собственному «Я», что оказывает определяющее влияние на многие психические процессы, в том числе, на пато- и саногенез.

**В разделе 3.2.1.** «Структура самоотношения личности» выявляется, что пациенты с невротическими расстройствами с различными вариантами дискурсивного типа имеют значимые различия по показателям некоторых структурных элементов системы самоотношения (табл. 1). В обоих случаях, это больше касается представителей группы пациентов с диссоциированным вариантом дискурсивного типа личности. Так, у них определяются достоверно более высокий уровень по шкале отраженного самоотношения ( $F=3,059$ ;  $p=0,050$ ) и более низкий - по шкале внутренней честности ( $F=3,123$ ;  $p=0,047$ ).

Таблица 1

Средние значения ( $M \pm \sigma$ ) шкал опросника МИС у пациентов с невротическими расстройствами с различными вариантами дискурсивного типа личности

Наименование	Дифференциро	Диффузный	Диссоцииро ванный	Достоверность различий	
				F	P
Внутренняя честность	6,11±1,89	6,13±1,69	5,32±1,59	3,123	0,047
Самоуверенность	5,42±1,85	5,77±2,08	5,81±1,94	0,562	0,572
Саморуководство	5,87±1,78	6,26±1,86	5,94±2,32	0,564	0,570
Отраженное самоотношение	5,84±1,78	5,40±1,99	6,38±1,96	3,059	0,050
Самоценность	5,76±2,01	5,95±1,97	6,38±1,78	1,180	0,310
Самопринятие	6,84±1,86	6,12±2,00	6,19±1,68	2,195	0,115
Самопривязанность	5,83±2,00	5,17±1,96	5,50±1,71	1,480	0,231
Внутренняя конфликтность	6,33±1,92	5,87±2,18	5,81±2,66	0,752	0,473
Самообвинение	5,96±2,26	5,99±2,15	5,75±2,11	0,160	0,852
<i>Фактор самоуважения</i>	5,83±1,26	5,99±1,32	5,78±1,26	0,359	0,699
<i>Фактор аутосимпатии</i>	5,98±1,45	5,93±1,48	6,13±1,19	0,251	0,778
<i>Фактор самоуничижения</i>	6,01±2,08	5,86±1,75	5,74±1,95	0,221	0,802

В отличие от них пациенты второй и третьей группы демонстрируют закрытость, неспособность, а часто и нежелание осознавать и выдавать значимую информацию о себе. Их отраженное самоотношение, которое связано с ожидаемым отношением к себе со стороны других людей, может соответствовать навязчивыми представлениями о том, что их личность, характер и деятельность не способны не только вызвать в других уважение и симпатию, но и просто принятие. Причем подобная картина более характерна для пациентов с невротическими расстройствами второй группы.

**В разделе 3.2.1.** «Семейные эмоциональные коммуникации» оцениваются особенности родительских семей пациентов с невротическими расстройствами, в которых происходило формирование системы значимых для личности больших отношений. Опросник СЭЖ позволяет провести

тонкий анализ параметров семейной макродинамики (Холмогорова А.Б., 2004).

Согласно результатам сравнения показателей пациентов с невротическими расстройствами и здоровых, родительские семьи невротических пациентов оказались в целом более дисфункциональными ( $t=-5,779$ ;  $p<0,001$ ). Имеются статистически значимые различия между группами нормы и пациентов с невротическими расстройствами по шкалам: стремления к внешнему благополучию ( $t=-2,769$ ;  $p=0,006$ ) и сверхвключенности ( $t=-2,182$ ;  $p=0,030$ ). На уровне тенденции определяются различия по шкале родительской критики ( $t=-1,859$ ;  $p=0,065$ ).

Установлено, что эмоциональные коммуникации (табл. 2) в семье у невротических пациентов имеют взаимосвязь с социокультурным статусом личности. Так, у пациентов третьей группы максимально высокие показатели по шкалам: элиминирования эмоций в семье ( $F=3,595$ ;  $p=0,030$ ), индуцирования недоверия к людям ( $F=3,112$ ;  $p=0,047$ ), родительской критики ( $F=3,339$ ;  $p=0,068$ ).

Таблица 2

Сравнение средних значений ( $M \pm \sigma$ ) шкал опросника СЭК у пациентов с невротическими расстройствами с различными вариантами дискурсивного типа личности

Наименование шкалы	Дифференцированный	Диффузный	Диссоциированный	Достоверность различий	
				F	P
Родительская критика	7,94±3,72	7,71±3,75	9,46±2,67	3,339	0,038
Индуцирование тревоги в семье	10,15±3,47	10,04±4,26	9,92±3,45	0,041	0,960
Элиминирование эмоций в семье	9,18±3,09	9,63±3,95	11,08±3,15	3,595	0,030
Стремление к внешнему благополучию	5,12±1,84	4,83±2,35	5,15±1,68	0,387	0,680
Фиксация на негативных переживаниях	4,71±2,02	4,79±2,06	4,31±1,65	0,784	0,459
Индуцирование недоверия к людям	2,35±1,37	2,79±1,47	3,09±1,38	3,122	0,047
Семейный перфекционизм	3,88±1,57	3,96±1,04	3,54±0,97	1,474	0,233
Сверхвключенность	5,24±2,54	6,00±2,24	4,77±1,96	3,577	0,031
Общий показатель	48,97±10,50	49,75± 11,17	51,31±8,65	0,587	0,557

У пациентов второй группы выявляется такая особенность семейной структуры, как стремление родителей быть излишне включенными в жизнь ребенка ( $F=3,577$ ;  $p=0,031$ ), что также влияет на условия формирования в личности адаптивности.

В разделе 3.2.3. «Ресурсная роль социальной поддержки» при использовании межгруппового анализа данных опросника F-SOZU-22 с учетом дискурсивного статуса удалось установить, что особенности личностной идентификации пациентов с невротическими расстройствами взаимосвязаны с уровнем воспринимаемой ими поддержки (табл. 3).

Наиболее низкие показатели по уровню инструментальной поддержки выявлены у третьей группы ( $F=3,837$ ;  $p=0,024$ ), при которой пациенты испытывают недостаток практического или материального содействия окружающих, нехватку помощи в выполнении тяжелой работы, получении важной и необходимой информации. У пациентов второй группы также отмечается тенденция к снижению уровня социальной интеграции ( $F=2,494$ ;  $p=0,086$ ), свидетельствующая об отсутствии включенности в какую-либо систему социальных взаимоотношений, в которой становится возможным общение на близком уровне духовных ценностей и взглядов на жизнь.

Таблица 3

Средние значения ( $M \pm \sigma$ ) шкал опросника F-SOZU-22 у пациентов с невротическими расстройствами с различными вариантами дискурсивного типа личности

Наименование шкалы	Дифференцированный	Диффузный	Диссоциированный	Достоверность различий	
				F	P
Эмоциональная поддержка	35,21±7,33	33,38±8,67	32,92±8,44	1,018	0,364
Инструментальная поддержка	16,09*3,10	14,50±3,91	14,15±3,72	3,837	0,024
Социальная интеграция	26,45±4,56	24,13±5,94	24,38±6,27	2,494	0,086
Удовлетворенность социальной поддержкой	5,73±2,43	4,79±1,58	4,92±1,61	3,450	0,034
Общий показатель	81,36±14,89	75,13±15,84	76,38±17,14	2,110	0,125

Уровни эмоциональной и инструментальной поддержки, а также социальной интеграции в этой группе соответствуют нормативным показателям. Согласно этим данным, невротических пациентов с дифференцированным вариантом дискурсивного типа личности можно охарактеризовать, как способных не только к позитивным чувствам близости, доверия и общности с окружающими, но и как имеющих возможность удовлетворения существующих материальных и нематериальных потребностей на основе сложившейся системы социальных отношений.

**В разделе 3.2.4.** «Корреляционные связи системы отношений» проводился анализ характеристик пациентов с дифференцированным вариантом дискурсивного типа личности, согласно которому, данная группа характеризуется наличием достоверных связей между выраженностью психологического дистресса у личности (GSI) и элиминированием эмоций в семье ( $r=0,62$ ;  $p<0,01$ ), стремлением к внешнему благополучию ( $r=0,44$ ;  $p<0,01$ ), инструментальной поддержкой ( $r=-0,39$ ;  $p<0,01$ ), самоуважением ( $r=-0,70$ ;  $p<0,01$ ), аутосимпатией ( $r=-0,73$ ;  $p<0,01$ ) и самоуничижением ( $r=0,59$ ;  $p<0,01$ ).

Ниже приведены значимые корреляции для второй группы. Так, показатель психологического дистресса здесь взаимосвязан, с одной стороны, с уровнем самоуважения ( $r=-0,60$ ;  $p<0,01$ ) и уровнем



самоуничтожения ( $r=0,48$ ;  $p<0,01$ ), с другой стороны - с показателем инструментальной поддержки ( $r=0,30$ ;  $p<0,05$ ). Патологические симптомы депрессивного спектра и фобической тревоги дают отчетливую корреляцию с самоуважением ( $r=-0,46$ ;  $p<0,01$  и  $r=0,68$ ;  $p<0,01$ ), аутосимпатией ( $r=-0,33$ ;  $p<0,01$  и  $r=-0,63$ ;  $p<0,01$ ) и самоуничтожением ( $r=0,56$ ;  $p<0,01$  и  $r=0,79$ ;  $p<0,01$ ). Депрессия также коррелирует с общим уровнем поддержки ( $r=-0,35$ ;  $p<0,01$ ), с которым положительно взаимосвязана тревожность ( $r=0,31$ ;  $p<0,01$ ).

В группе невротических пациентов третьей группы установлены следующие соотношения показателей. Общий уровень психологического дистресса коррелирует с самоуважением ( $r=-0,46$ ;  $p<0,01$ ), самоуничтожением ( $r=0,30$ ;  $p<0,05$ ), стремлением к внешнему благополучию ( $r=-0,29$ ;  $p<0,05$ ) и общим показателем социальной поддержки ( $r=-0,34$ ;  $p<0,05$ ). Здесь тесно взаимосвязаны между собой уровни: самоуничтожения и соматизации ( $r=0,42$ ;  $p<0,01$ ), аутосимпатии и межличностной чувствительности ( $r=-0,28$ ;  $p<0,05$ ).

Результаты проведенного исследования системы отношений свидетельствуют, что у пациентов с невротическими расстройствами определяются явные признаки ее нарушения, основы чему закладываются в детстве, когда происходит интериоризация дисфункциональных отношений в родительской семье, а также в процессе дальнейшего развития личности под влиянием социальных факторов.

**В параграфе 3.3.** «Деятельность личности по преодолению стресса» отмечается, что снижение конструктивных возможностей копинга при невротических расстройствах обусловлено различными дисфункциональными механизмами саморегуляции произвольной активности. Выявленные взаимосвязи копинг-поведения и системы произвольной саморегуляции у пациентов с невротическими расстройствами с различным дискурсивным статусом позволяют считать установленные особенности регулятивных процессов и их сочетания показателями психической дезадаптации.

**В разделе 3.3.1.** «Соотношений копинг-стратегий» проведен анализ базисных копинг-стратегий у пациентов с невротическими расстройствами различных дискурсивных групп показывает достоверные различия между ними по параметрам: «разрешение проблем» ( $t=4,844$ ;  $p=0,009$ ) и «поиск социальной поддержки» ( $t=6,400$ ;  $p=0,002$ ).

Исследование копинг-поведения по методике Э. Хайма показывает, что в общей структуре совладания у пациентов с невротическими расстройствами выявляются значимые различия.

Так, если в первой и во второй группе доминирующими стратегиями на когнитивном уровне являются адаптивные, то в третьей

группе преобладают дезадаптивные, показатели которых достоверно выше, чем у здоровых ( $z=3,410$ ;  $p<0,001$ ).

Сравнение невротических пациентов со здоровыми также показывает, что, если у здоровых приоритетной стратегией является адаптивная стратегия сохранения самообладания (18,3%), когда человек даже в тяжелые моменты не теряет контроля над собой и стремится никому не показывать своего состояния, то в первой группе ее место занимает относительно адаптивная установка собственной значимости (18,7%), при которой человек обнадеживает себя успешным решением подобной проблемы в будущем. Во второй и третьей группе преобладает неадаптивная тактика растерянности (16,7 и 22,0%), выражающаяся в наличии сильных опасений, связанных с трудноразрешимостью проблемы. Частота впадения в растерянность в последней группе достоверно выше, чем в норме ( $z=3,960$ ;  $p<0,001$ ). Пациенты первой группы, отличаясь от здоровых, характеризуются высокой частотой обращения к неконструктивному смирению ( $z=2,656$ ;  $p=0,008$ ), ведущему личность к пассивному и безропотному принятию сложившейся ситуации и тенденцией к относительно адаптивной установке собственной значимости ( $z=1,918$ ;  $p=0,055$ ), повышающей собственную ценность больного во временной перспективе.

На эмоциональном уровне совладания со стрессом у пациентов с первой второй группы также как и у здоровых доминируют адаптивные стратегии (52,1; 44,4 и 67,7%). Иная картина в третьей группе, которая по структуре совладания более соотносится с пониженной конструктивностью. Здесь больные отдают явный приоритет (39,0%) дезадаптивным стратегиям, что отличает их в негативную сторону по уровню дезадаптивности ( $z=2,233$ ;  $p=0,026$ ), относительной ( $z=4,090$ ;  $p<0,001$ ) и полной адаптивности ( $z=4,856$ ;  $p<0,001$ ).

Более выраженная картина разбалансированности личностных реакций на эмоциональном уровне также прослеживается в третьей группе пациентов. У них гораздо выше удельный вес такого дезадаптивного состояния, как покорность ( $z=2,331$ ;  $p=0,020$ ) и относительно адаптивной стратегии эмоциональной разрядки ( $z=2,579$ ;  $p=0,010$ ), при реализации которой пациент может безудержно плакать, впасть в отчаяние. Одновременно у них более низкие показатели уверенности в наличии выхода из трудной ситуации - оптимизма ( $z=5,191$ ;  $p<0,001$ ).

Особенностью копинг-поведения пациентов с невротическими расстройствами на поведенческом уровне является большая дисфункциональность стратегий у пациентов третьей группы прослеживается по общему доминированию среди них дезадаптивных стратегий (39,0%), тогда как у пациентов первых двух групп и здоровых

приоритет принадлежит стратегиям адаптивного содержания (41,7; 44,4 и 46,3%). Уровень дезадаптивности по стилю совладания в третьей группе в сравнении с нормой также повышен ( $z=2,180$ ;  $p=0,029$ ). Структурным различием в копинг-поведении между группами здесь является большая выраженность в третьей группе дезадаптивной тактики отступления ( $z=2,937$ ;  $p=0,003$ ), которая проявляется стремлением пациента остаться наедине с собой.

Во всех трех группах приоритет в совладающем поведении отдается конструктивной стратегии обращения (20,8; 18,5 и 22,0), суть которой фактически состоит в поиске социальной поддержки, что несколько выше, чем в норме, при которой доминирует адаптивная тактика сотрудничества (23,8%), проявляющаяся в продуктивном взаимодействии для преодоления трудностей со значимыми людьми.

В разделе 3.3.2. «Саморегуляция произвольной активности» анализируются профили саморегуляции у пациентов с невротическими расстройствами с учетом их дискурсивного статуса, что позволило выделить специфику протекания регуляторных процессов у пациентов различных групп (рис. 2).

Во второй и третьей группах пациентов отмечается отчетливое снижение показателей моделирования ( $F=3,419$ ;  $p=0,036$ ). Слабая сформированность процессов моделирования приводит у больных данных групп к неадекватной оценке значимых внутренних условий и внешних обстоятельств, что проявляется в фантазировании.

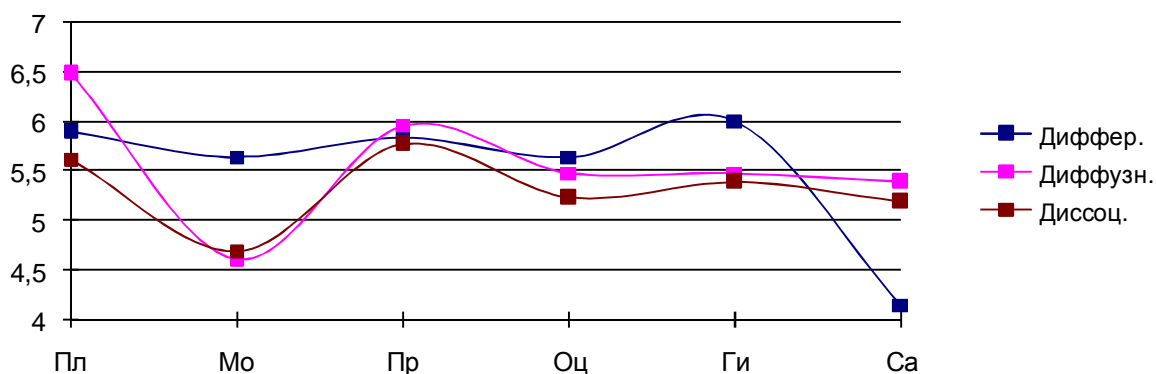


Рис. 2. Соотношение усредненных профилей саморегуляции у пациентов с невротическими расстройствами с различными вариантами дискурсивного типа личности

Пациенты первой группы проявляют признаки достоверного снижения показателей по шкале самостоятельности ( $F=4,600$ ;  $p=0,012$ ). Это соответствует недостаточной развитости у них процессов регуляторной автономности. Именно поэтому такие пациенты зависимы от мнений и оценок окружающих. В ситуации отсутствия возможности получения посторонней помощи и поддержки у таких пациентов неизбежно

возникают дезадаптивные состояния, что может быть проявлением, как личностной незрелости, так и дисгармонии личностных особенностей, которая обнаруживается на когнитивном, поведенческом и эмоциональном уровнях.

У таких пациентов часто возникают трудности в определении цели и программы действий, адекватных текущей ситуации, они не всегда замечают изменение ситуации, что сопровождается появлением клинических признаков психической дезадаптации.

**В разделе 3.3.3.** «Взаимосвязь саморегуляции с копингом» установлено, что низкие показатели использования базисной копинг-стратегии разрешения проблем у пациентов второй группы взаимосвязаны с недостаточной регуляторной автономностью ( $r=0,46$ ;  $p<0,01$ ) и повышенной критичностью к самостоятельно совершаемым действиям ( $r=-0,39$ ;  $p<0,01$ ).

Во второй группе недостаточная активность в преодолении проблем коррелирует с дисфункциональностью процессов моделирования ( $r=0,50$ ;  $p<0,01$ ). Пациентам сложно адекватно оценивать сложившуюся ситуацию, из-за чего проистекает нарушенность целеполагания и непоследовательность в действиях. Совладание в форме избегания проблем наблюдается у пациентов с диссоциированным вариантом дискурсивного типа личности на фоне высоких значений самостоятельности ( $r=0,43$ ;  $p<0,01$ ), что характеризует их ориентацию исключительно на эмоциональную оценку ситуации и непосредственное управление эмоциями с целью устранения аффективного дисбаланса.

**В четвертой главе** «Психотерапия невротических расстройств» обсуждаются основные позиции психотерапии невротических расстройств.

**В параграфе 4.1.** «Общие принципы психотерапии» указывается на необходимость интеграции различных подходов психотерапии невротических расстройств.

**В разделе 4.1.1.** «Симптоматический модус психотерапии» подчеркивается, что подобный подход к терапии невротических расстройств может рассматриваться в качестве начального этапа интегративной психотерапии, в ходе которого происходит подготовка пациента к более глубоким формам работы, осуществляемой на уровнях следующих модусов психотерапии.

**В параграфе 4.1.2.** «Личностный модус психотерапии» описывается, что данный модус психотерапии основывается на выделении сущности и разрешении внутриличностного конфликта, который является причиной возникновения разнообразной невротической симптоматики.

**В разделе 4.1.3.** «Семейный модус психотерапии» установлено, что работа психолога ведется в плане модификации устоявшихся стереотипов,

которые сложились в процессе дисфункциональных семейных отношений и определяют сегодняшние патологические симптомы и проблемы пациента.

**В разделе 4.1.4.** «Нарративный модус психотерапии» описывается работа по выявлению у пациента доминирующего нарратива, который является дисфункциональным по своему характеру и опосредованно отвечает за появление патологической невротической симптоматики.

**В параграфе 4.2.** «Психотерапия при различных вариантах дискурсивного типа личности» отмечается, что при создании индивидуальной психотерапевтической программы и формулировании текущих психотерапевтических задач важное место занимает учет дискурсивных особенностей личности.

**В разделе 4.2.1.** «Дифференцированный вариант дискурсивного типа личности» выявлено, что система психотерапевтических мишеней в данной группе представлена тремя локусами психологического воздействия - тревожными переживаниями, иррациональными установками магически-мистической направленности и невысоким уровнем автономности. Такие пациенты нередко проявляют готовность исключительно к биологическим средствам воздействия (чаще - к приему лекарственных препаратов) или выполнению определенных ритуалов, которые бы сопровождались быстрыми позитивными изменениям за счет опыта пребывания в трансовом состоянии.

**В разделе 4.2.2.** «Диффузный вариант дискурсивного типа личности» установлено, что во второй группе возрастает количество мишеней для психотерапевтической работы и разнообразие целей психотерапевтического воздействия, которые могут достигаться, в частности, приемами психодрамы, гештальт-терапии, структурной семейной психотерапии и экзистенциальной психотерапии

**Раздел 4.2.3.** «Диссоциированный вариант дискурсивного типа личности». Так как психологическое состояние пациентов третьей группы отражает максимальную степень психической дезадаптации при невротических расстройствах, то модель интегративной психотерапии представляет собой систему интенсивного психологического воздействия, в ходе которой предполагаются изменения на четырех уровнях - когнитивном, эмоциональном, поведенческом и телесном посредством приемов и техник поведенческой терапии, когнитивной терапии, телесно-ориентированной психотерапии, групповой динамической психотерапии, потрясающей психотерапии В.А. Ананьева.

**В параграфе 4.3.** «Организационные вопросы психотерапии» описывается, что в организационном плане психотерапия при невротических расстройствах осуществляется в форме тесного взаимодействия специалистов - врача и психолога, которые взаимно

дополняют друг друга, что позволяет значительно повысить эффективность помощи. В зависимости от уровня проработки психологической проблемы пациентом психотерапия проводится на уровне четырех взаимосвязанных модусов вмешательства - симптоматического, личностного, семейного и нарративного. Клинико-психологические особенности дискурсивного статуса личности определяют специфику приложения интегративной модели психотерапии применительно к каждому конкретному пациенту в соответствии с психотерапевтическими мишенями в структуре его личности.

В **заключении** подводятся основные итоги работы, отмечается решение всех поставленных задач, подтверждаются обоснования выдвинутых гипотез, рассматривается научное и практическое значение исследования, намечаются перспективы дальнейших исследований в рамках данной проблематики.

## **ВЫВОДЫ**

1. В клинической картине невротических расстройств ведущее место занимают психические нарушения тревожно-депрессивного спектра, замыкающие на себе разнообразные симптомы непсихотического уровня. Большая общая выраженность патологической симптоматики выявлена у пациентов второй и третьей группы. Во второй группе чаще отмечен высокий уровень тревоги, в третьей - на первое место выходят признаки депрессии.

2. Формирование личности пациентов первой группы больше связано с условиями традиционной сельской культуры. Их духовная сфера определяется высокой толерантностью к суициду и магически-мистической насыщенностью мировоззрения. Третья группа больше связана с городским образом жизни, относительно благополучным материальным положением и дисгармонией семейных отношений. Психологическое неблагополучие пациентов данной группы также проявляется в наличии высокого уровня суицидальных тенденций на фоне низкой толерантности к аутоагрессивному поведению. Промежуточное положение по своему дискурсивному статусу занимают пациенты второй группы, сочетая в себе черты двух других групп.

3. Эмоционально-оценочная система самоотношения при невротических расстройствах характеризуется низким уровнем самоосознанности. Пациенты первой группы демонстрируют высокий уровень закрытости, нежелание продуктивно обсуждать проблемы собственной личности. Недостаточное принятие собственной личности сопровождается у пациентов второй группы актуализацией потребности в тесном общении и понимании. Уважение к собственной личности представителей третьей группы определяется не системой внутренних

ориентиров, а результатами оценки окружающими при межличностном общении.

4. В силу высокой интегрированности пациентов первой группы в сеть естественной социальной поддержки их базовые материальные и духовные потребности относительно удовлетворены, а семейные коммуникации грубо не нарушены. Излишняя эмоциональная включенность в родительской семье во второй группе способствует формированию у пациентов черт тревожности, обостренной чувствительности в межличностных отношениях при общей неудовлетворенности социальной поддержкой. Пациенты третьей группы, воспитываясь в обстановке эмоциональной депривации, избыточной родительской критики, больше ориентированы на ожидание конкретной инструментальной поддержки.

5. Нарушение системы саморегуляции произвольной активности в виде незрелости звена самостоятельности способствует снижению продуктивности функционирования пациентов первой группы за счет неконструктивной тактики смирения. Формирование активного проблемно-решающего поведения и поведения, направленного на поиск социальной поддержки, у пациентов второй группы нарушено из-за несовершенства регуляторного звена моделирования. Пациенты третьей группы при использовании копинг-стратегий по причине дисфункциональности процессов саморегуляции чаще обращаются к дезадаптивным стратегиям совладания.

6. Степень психической дезадаптации у пациентов с невротическими расстройствами тесно связана с вариантом дискурсивного типа личности. Установлено, что выраженность патологической симптоматики последовательно нарастает от первой группы пациентов к третьей группе.

7. На формирование психической дезадаптации пациентов с невротическими расстройствами при том или ином варианте дискурсивного типа влияют дисгармоничные сочетания индивидуально-психологических и социально-психологических факторов воздействия, которые отражаются в специфике системы отношений личности, состоянии сети ее социальной поддержки, особенностях ее семейной структуры, доминирующем стиле компенсаторно-приспособительного поведения, а также особенностях саморегуляции произвольной активности.

8. При разработке индивидуальной психотерапевтической программы для пациентов с невротическими расстройствами ведущую роль играет определение клинико-психологических характеристик дискурсивного типа личности, что позволяет в рамках интегративной модели психотерапии определять мишени для психотерапевтического воздействия на уровне одного или нескольких модусов вмешательства - симптоматического, личностного, семейного и нарративного.

## Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Андреева (Суслова) Е.С., Николаев Е.Л. Копинг при неврозах: этнокультуральные аспекты в Чувашии// Материалы докладов 3-го съезда психиатров, наркологов и психотерапевтов Чувашской Республики. - Чебоксары, 28-30 июня 2005 г. - Чебоксары, 2005. - С. 71-74. – 0,2 п.л. / 0,1 п.л.
2. Николаев Е.Л., Суслова Е.С. Психологические механизмы совладания при дезадаптации личности: культуральный контекст// Вестник Чувашского университета. - 2006. - № 1. - С. 281-288. – 0,4 п.л./ 0.2 п.л.
3. **Суслова Е.С. Аутоагрессивная направленность невротической личности при кризисе // Акмеология. - 2007. - № 3, т. 4. - С. 49-53. – 0,3 п.л.**
4. Николаев Е.Л., Суслова Е.С. Роль этнокультурной диссоциации личности в ее психической дезадаптации// Судебная и социальная психиатрия (Алматы, Казахстан). - 2007. - № 2. - С. 52-58. – 0,4 п.л./ 0.2 п.л.
5. Николаев Е.Л., Суслова Е.С. Социокультурные и психологические особенности больных неврозами // Материалы симпозиума «Социальная психология XXI столетия». - Т. 2. - Ярославль, 2007. - С. 245-248. – 0,2 п.л./ 0,1 п.л.
6. Суслова Е.С. Приспособительные механизмы при стрессе в различных субкультурных группах// Вестник психиатрии и психологии Чувашии. - 2007. - № 3. - С. 101-112. – 0,7 п.л.
7. Николаев Е.Л., Суслова Е.С. Проблема этничности и духовности родителей при психической адаптации ребенка// Психическое здоровье населения в условиях длительной чрезвычайной ситуации: материалы научно-практической конференции. - Грозный, 27-28 апреля 2007 г. - Владикавказ, 2007. - С. 143-145. – 0,2 п.л./ 0,1 п.л.
8. Николаев Е.Л., Суслова Е.С. Социокультурная компетентность специалиста в работе с психически больными// Материалы Юбилейной научной сессии «Психоневрология в современном мире». - Санкт-Петербург, 14-18 мая 2007 г. - СПб., 2007. - С. 267.- 0.1 п.л./ 0,05 п.л.
9. Nikolaev E.L., Suslova E.S. Ethnocultural questionnaire in psychotherapy practice // First Eastern European Congress of Psychiatry: Abstract Issue. -Thessaloniki (Greece). - 21-23 September 2007. - Thessaloniki, 2007.-P. 136. – 0,1 п.л./ 0,05 п.л.
10. Михайлова А.В., Суслова Е.С. Клинико-психологические аспекты идентичности личности при невротических расстройствах// Личность и здоровье в эпоху новых ценностей: материалы международной научной конференции. - Чебоксары, 16 ноября 2007 г. - Чебоксары, 2007. - С. 179-182.- 0,2 п.л./ 0,1 п.л.
11. Суслова Е.С. Гендерный фактор в дезадаптации личности при невротических расстройствах// Вестник психиатрии и психологии Чувашии. - 2007. - Прил.1. - С. 80-88. – 0,5 п.л.
12. Николаев Е.Л., Суслова Е.С. Психологические основы



внутрисемейной дисгармонии// Сборник материалов научно-практической конференции «Социальное развитие Чувашии: тенденции, перспективы, проекты». - Чебоксары, 2007. - С. 128-131. – 0,2 п.л./ 0,1 п.л.

13. Николаев Е.Л., Сулова Е.С. Некоторые аспекты саморегуляции поведения при невротических расстройствах // Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии: материалы Российской конференции. - Москва, 9-11 октября 2007 г. - М., 2007. - С. 199. – 0,1 п.л./ 0,05 п.л.

14. Nikolaev E.L., Suslova E.S. Sociocultural issues of psychotherapy approaches in Russia// *Psychiatriki*. - 2007. -No 18. - Supplement 1. - P. 136. - 0,1 п.л./ 0,05 п.л.

15. Николаев Е.Л., Сулова Е.С. Ресурсная роль социальной поддержки: клинико-психологический дискурс невротических расстройств// Материалы научно-практической конференции, посвященной 45-летию Республиканской психиатрической больницы. - Чебоксары, 21-22 декабря 2007 г. - Чебоксары, 2007. - С. 104-105. - 0,1 п.л./ 0,05 п.л.

16. Николаев Е.Л., Сулова Е.С. Дискурсивный профиль личности при неврозах// Проблемы региональной экономической психологии. - Чебоксары, 2007. - С. 70-73. - 0,2 п.л./ 0,1 п.л.

17. Сулова Е.С. Дискурсивный подход в клинико-психологической оценке невротических расстройств// Вестник психиатрии и психологии Чувашии. - 2008. - № 4. - С. 50-58. - 0,5 п.л.

18. Николаев Е.Л., Сулова Е.С. Психотерапевтические мишени в структуре личности пациентов с невротическими расстройствами при различных вариантах дискурсивного типа личности// Психическое здоровье молодого поколения: региональный, социально-демографический, превентивный аспекты: материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. - Барнаул, 2009 (июнь). – С. 226 -227. – 0,1 п.л./ 0,05 п.л.

19. Николаев Е.Л., Сулова Е.С. Психотерапия невротических расстройств при диссоциированном варианте дискурса // Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах: материалы общероссийской конференции. – Москва, 2009 (октябрь). – С. 267 – 268. – 0,1 п.л./ 0,05 п.л.

20. Николаев Е.Л., Сулова Е.С. Дискурсивный характер системы отношений у пациентов с невротическими расстройствами// Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. – Кострома, 2009 (январь – март). - №1, т. 15. – С. 328 – 332. – 0,5 п.л./ 0,25 п.л.