

© 2023. Руденко С. Л.

Взаимосвязь субъективного качества жизни



оригинальная статья

Взаимосвязь субъективного качества жизни и социального восприятия у лиц с истерическим неврозом

Руденко Светлана Львовна

Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Россия, Белгород

<https://orcid.org/0000-0002-4628-5764>

rudenkosl.r1@mail.ru

Поступила в редакцию 24.05.2023. Принята после рецензирования 12.07.2023. Принята в печать 24.07.2023.

Аннотация: Исследование посвящено изучению различных аспектов качества жизни у лиц с истерическим неврозом в связи с нозологически предопределенными особенностями их социального восприятия. В условиях недостаточно глубокого и фрагментарного освоения данного проблемного поля фиксируется стремительный рост числа больных с клинически очерченным ограничением жизнедеятельности, вызывающим необходимость социальной защиты. Высокая распространенность инвалидизации среди контингента с истерическим неврозом побуждает к поиску клинико- и социально-психологических механизмов, запускающих ригидную, трудно корригируемую программу невротического истерического развития личности, и ориентирует на обнаружение рычагов терапевтического влияния для преодоления дезадаптирующих паттернов. Методы: «Опросник невротических состояний» К. К. Яхина, Д. М. Менделевича, «Опросник качества жизни ВОЗ» ВОЗ – СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева, «Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных» И. Я. Гуровича, А. Б. Шмуклера, тесты «Распознавание эмоций» Н. Г. Гаранян, «Поза и жест» Н. С. Курека, «Социальный интеллект» J. P. Guilford, M. O. Sullivan в адаптации Е. С. Михайловой. Эмпирическое исследование позволило установить, что больные имеют средний уровень качества жизни в связи с необходимостью постоянного психиатрического сопровождения, проблемами самореализации в труде и выстраивании личных отношений. Отмечается умеренное снижение социального восприятия. Понимание контекста ситуаций, антиципация последствий затруднены клинической симптоматикой, препятствующей надежной концентрации внимания на перцептивных элементах. Кататимный способ мышления создает почву для неконтролируемых проекций. Больные с минимальными дефицитами социальной перцепции и интеллекта активно функционируют в обществе, имеют возможность сравнивать и критически оценивать свое положение, поэтому выражают неудовлетворенность собственным благополучием. Дефект в области социального восприятия хронифицирует невроз, происходит примирение со статусом *инвалид*, постепенно снижаются притязания и отмечается некритичная положительная оценка жизни. Соответственно прослеживается тесная обратная связь между изучаемыми характеристиками, требующая их учета при определении мишеней психотерапии и реабилитации.

Ключевые слова: истерический невроз, качество жизни, социальное восприятие, дезадаптация, инвалидизация, реабилитация

Цитирование: Руденко С. Л. Взаимосвязь субъективного качества жизни и социального восприятия у лиц с истерическим неврозом. *СибСкрипт*. 2023. Т. 25. № 5. С. 625–634. <https://doi.org/10.21603/sibscript-2023-25-5-625-634>

full article

Quality of Life and Social Perception in Patients with Hysterical Neurosis

Svetlana L. Rudenko

Belgorod State National Research University, Russia, Belgorod

<https://orcid.org/0000-0002-4628-5764>

rudenkosl.r1@mail.ru

Received 24 May 2023. Accepted after peer review 12 Jul 2023. Accepted for publication 24 Jul 2023.

Abstract: Hysterical neurosis affects social perception and, thus, the quality of life. This problem has received only fragmentary scientific attention so far, in spite of the rapid increase in the number of citizens with clinical disabilities, the risk of which is quite high in patients with hysterical neurosis. This article introduces the clinical and socio-

psychological mechanisms that trigger the rigid patterns of neurotic hysterical personality development, as well as various therapeutic ways to overcome them. The study involved K. K. Yakhin and D. M. Mendelevich's Questionnaire of Neurotic States, the Quality of Life Questionnaire issued by the World Health Organization, I. Ya. Gurovich and A. B. Shmukler's Questionnaire for Assessing Social Functioning and Quality of Life of People with Mental Health Issues, N. G. Garanyan's Emotion Recognition Test, N. S. Kurek's Pose and Gesture Test, J. P. Guilford and M. O. Sullivan's Social Intelligence Test adapted by E. S. Mikhailova. The empirical research revealed that the patients had an average level of quality of life because they needed constant psychiatric support and experienced problems at work and in private life. The patients also demonstrated a moderate decrease in social perception. The clinical symptoms prevented them from concentrating on perceptual elements, making them unable to understand the context and anticipate consequences. Their catathymic perception caused uncontrolled projections. However, patients with minimal deficit of social perception and intelligence, being active community members, were able to compare and critically assess their life situation. As a result, they expressed dissatisfaction with their well-being. Their deficient social perception chronicled neurosis; eventually, the patients accepted their clinical status, lowered their claims, and developed an uncritical positive assessment of life. The study revealed a strong feedback between the quality of life and social perception, which may help in psychotherapy and rehabilitation of patients with hysterical neurosis.

Keywords: hysterical neurosis, quality of life, social perception, maladaptation, disability, rehabilitation

Citation: Rudenko S. L. Quality of Life and Social Perception in Persons with Hysterical Neurosis. *SibScript*, 2023, 25(5): 625–634. (In Russ.) <https://doi.org/10.21603/sibscript-2023-25-5-625-634>

Введение

Период последних десятилетий XX в. и начала XXI в. связан с появлением большого количества прогрессивных исследований в области когнитивного функционирования, в частности социального метаанализа. Однако в настоящее время по-прежнему отсутствует исчерпывающее представление о феноменологии социальной перцепции и понимании человека человеком, особенно на материале различных когорт психически больных.

Центральным конструктом настоящего исследования выступает социальное восприятие, анализ которого выстроен с учетом исторической хронологии его этимологической трансформации от зарубежной модели психического, заключающейся в понимании и распознавании ментальных состояний и их организации в модели (единичные, ситуативные и внеситуативные) [Сергиенко и др. 2020: 503], до толкования принятого в отечественной социальной психологии, где социальное восприятие выступает условием взаимодействия в группе, а учет индивидуальных установок, привычек и каузальных атрибуций становится основой успеха в общении. Соответственно под социальным восприятием необходимо понимать процесс собственно перцепции, понимания и оценки людьми социальных объектов: самих себя, других людей, социальных общностей через механизмы эмпатии, рефлексии, атрибуции, идентификации и стереотипизации [Скорородова 2020].

Впервые внимание ученых было сосредоточено на процессах переработки социальной информации среди страдающих шизофренией: параноидной, клинически четко очерченной, затем неврозоподобной, требующей более высокого профессионализма

в дифференциации стертых симптомов заболевания. Показано, что социальное восприятие больных шизофренией, независимо от ее формы, значительно искажено недоучетом социальных аспектов взаимодействия, паралогикой в трактовке вербального и невербального поведения людей, полисемантизмом в определении эмоциональных состояний [Baron-Cohen 1994; Brüne 2005; Frith 1996; Green 1998; Langdon et al. 2002].

Особенности расшифровки социальных детерминант поведения у больных невротизмом привлекли внимание ученых позднее. Признано, что данную группу отличают дефициты способности считывать эмоциональные реакции по внешним проявлениям, задающие основу формирования невротического рисунка поведения [Пуговкина, Паламарчук 2013]. Установлено влияние проекций фрустрированных потребностей. Больных дезориентируют скрытые любовно-эротические желания, стремление к самоутверждению и власти [Менделевич, Пыркова 2015; Fonagy et al. 2002]. Настойчивая демонстративная самопрезентация препятствует реалистичным оценкам, больные сосредоточены на себе и невнимательны к деталям состояний, испытываемым другими людьми [Strauss 1983; Van Rooy, Visveswaran 2004]. Нарушение социального восприятия при данной нозологии оказывает неблагоприятное этиопатогенетическое влияние, способствует переходу ядерных симптомов в хроническую форму и существенно утяжеляет состояние пациентов [Broome 2004; Wearden et al. 2000].

Принимаемая во внимание и поддерживая личностно-центрированную тенденцию в медицине, которая четко прослеживается в научных работах современных авторов

и контрастирует с устаревшим подходом, ставящим во главу угла исключительно продолжительность жизни больного и его безопасность для общества, следует подчеркнуть, что методология настоящего исследования базируется на идеях гуманистической психологии. Поэтому его внутренняя логика определяет изучение совокупности переживаний и отношений человека, связанных с индивидуальной ценностью здоровья, смыслом жизни и возможностями личности устанавливать взаимосвязи с внешним миром в соответствии с актуальными потребностями и индивидуальными возможностями [Еремян, Щелкова 2022]. В концептуализации ВОЗ важнейшим аспектом выступает освоение комплекса индивидуальных восприятий больными их положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в связи с их целями и ожиданиями, стандартами и трудностями [Грязнова и др. 2020].

В литературе есть указания на то, что лица с неврозами имеют низкий уровень субъективной удовлетворенности жизнью, особенно в аспектах общения с другими людьми, сексуальных отношений, трудовой занятости и финансовой обеспеченности [Гундаров 1995; Куприянова, Семке 2004; Najigan 2006; McCall 1975; Sirgy 2021]. Приоритет изучения субъективной стороны качества жизни, сосредоточение на опыте, хотя и обусловленном внешними факторами, но имеющем весомый отпечаток личности, в контексте данного исследования имеет большое значение, особенно при переходе неврозика к статусу *инвалид*, поскольку доказано отрицательное влияние данного статуса на представление о себе и, соответственно, репертуар исполняемых социальных ролей [Виленский 2020; Николаева 1987; Парсонс 2018; Прохорова, Мекка 2005].

Отчасти это связано с тем, что лица с психиатрическими диагнозами стигматизированы во всех сферах жизни общества, при этом не имеют доступа в учреждения, где проходят лечение другие пациенты [Гофман 2007]. Несмотря на то что данному контингенту гарантированы разнонаправленные меры реабилитации, в сравнении с инвалидами, имеющими заболевания соматической сферы, пациенты с психопатологией оказываются перед необходимостью самостоятельно заботиться о восстановлении своего здоровья. Рекомендации, прописанные в индивидуальных программах, гарантируют медицинскую помощь, но необходимое психологическое сопровождение фактически оказывается доступным только в стенах стационаров психиатрических больниц. На этой основе у лиц с истерическим неврозом формируется социально санкционированная девиация, состоящая в примирении со своим статусом, всецелом принятии роли больного, закономерном уклонении от обязанностей, нежелании возвращаться к прежней

жизни и грубо претенциозном, нарочито манипулятивном поведении, в котором читается непонимание норм ролевых моделей и правил и недоучет ситуационных обстоятельств [Жигунова 2011; Николаев, Лазарева 2013; Kozłowska 2007].

Теоретические искания в аспекте взаимосвязи качества жизни и когнитивной переработки эмоциональной информации у лиц с истерическим неврозом, способности больных с данным диагнозом понимать собственные эмоции и состояния других людей, а также регулировать на этой основе свое поведение показали полное отсутствие доказательной информации. Вопрос взаимосвязи качества жизни и социального восприятия рассматриваемого контингента не изучен.

Гипотеза состоит в предположении, что лица с истерическим неврозом располагают низким уровнем качества жизни, имеющим тесную взаимосвязь с выраженным нарушением социального восприятия. Целью настоящего исследования выступило изучение корреляции качества жизни с особенностями главных компонентов социального восприятия (социальной перцепции и интеллекта) на модели когорты лиц с истерическим неврозом. Своевременность научного поиска продиктована потребностью в расширении представлений о клинико- и социально-психологических факторах формирования устойчиво невротической конституции, необходимостью повышения эффективности психотерапевтической помощи и увеличения реабилитационного потенциала данного контингента.

Выстроен алгоритм, состоящий из задач, требующих поэтапного решения:

1. Измерить качество жизни больных.
2. Установить степень выраженности и характер нарушения структурных компонентов процесса детекции эмоций.
3. Показать взаимосвязь качества жизни и социального восприятия у лиц с истерическим неврозом.

Методы и материалы

Психический статус лиц с истерическим неврозом составлен при помощи «Опросника невротических состояний» К. К. Яхина, Д. М. Менделевича [Яхин, Менделевич 1978]. Методика разработана с учетом клинически значимых невротических симптомов, диагностическую батарею составляют наиболее распространенные признаки различных вариантов неврозов. Инструмент позволяет прицельно оценить состояния тревоги, депрессии, астении, наличие истерических форм реагирования, обсессивно-фобических паттернов и возможных нарушений вегетативного плана. Выстраиваемый профиль позволяет увидеть ведущие симптомы и их сочетания, очертить типичное и уникальное

в каждой клинической картине. Больным адресуется 68 вопросов, ранжированных по степени информативности. Оценка признаков производится дифференцированно на основе 5-балльной системы: 1 балл – всегда, 2 – часто, 3 – иногда, 4 – редко, 5 – никогда.

Оценка качества жизни произведена посредством «Опросника качества жизни ВОЗ» ВОЗ – СПб НИПНИ им. В. М. Бехтерева [Бурковский и др. 2017]. Выбор данного опросника связан с тем, что он позволяет получить как общую оценку, так и детализированную характеристику качества жизни, может быть применен в различных группах обследуемых, в том числе с психическими заболеваниями. В сравнении со специализированными модификациями, инструмент дает возможность проводить единую диагностическую процедуру для различных нозологических групп и здоровых людей. Состоит из 100 вопросов, оцениваемых от 1 до 5 баллов. В опроснике выделено 6 блоков, касающихся физической активности, психологического комфорта и независимости, отношений с другими людьми, духовности и окружающей среды. Каждый домен подразделяется на 24 субсферы. Предполагает оценку удовлетворенности различными сферами и расчет комплексного показателя качества жизни.

Дополнительным инструментом определения активной социальной включенности и оценки качества жизни выступил «Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных» И. Я. Гуровича, А. Б. Шмуклера [Гурович, Шмуклер 1998]. Данная методика включена в перечень инструментов исследования в связи с простотой ее применения, возможностью предъявления вопросов в форме полуструктурированного интервью. Данный подход исключает высокие трудозатраты и способствует существенному сокращению времени обследования. Беседа ведется по блокам, описывающим различные области социальной активности, с опорой на 82 характеристики социального статуса пациента и удовлетворенности соответствующим аспектом жизни. Оценке подлежат физическая работоспособность, интеллектуальная эффективность, социальная контактность, включая широту, состав круга общения, характер отношений с людьми. Опросник имеет описательный характер и требует качественного анализа полученной информации с учетом данных из медицинской карты и сведений, полученных от родственников.

Исследование особенностей социальной перцепции или первого компонента социального восприятия реализовано с помощью теста «Распознавание эмоций» Н. Г. Гаранян [Гаранян 1986]. В выборе данного психодиагностического инструмента приоритетом выступило детальное исследование изолированно лицевой

экспрессии, что не позволяли осуществить прочие известные методики, оценивающие мимику в комплексе с другими невербальными паттернами. Тест предназначен для выявления уровня способности идентифицировать эмоциональные состояния человека по его мимическим проявлениям. Инструмент содержит 18 карточек с фотографиями лица женщины, показывающей разнообразные мимические этюды: презрение, гнев, страх, радость, удивление, страдание. Согласно инструкции необходимо определить ведущее состояние. Эмоции могут быть названы различно, поэтому ответы подлежат сверке со списком синонимов в словаре теста. Все высказывания протоколируются и распределяются на верные и неверные.

Применен тест «Поза и жест», разработанный Н. С. Куреком [Курек 1986]. Данный тест диагностирует особенности перцепции эмоций другого человека по пантомимике. Обследуемый должен идентифицировать эмоциональные состояния по 20 рисункам поз и жестов, выражающих презрение, гнев, страх, радость, удивление, страдание. Эмоции могут быть названы различно, поэтому они, как и в предыдущем тесте, сверяются со списком синонимов. Высказывания записываются и подлежат соотнесению с таблицей правильных вариантов ответов.

Для изучения интеллектуального компонента социального восприятия применен тест «Социальный интеллект» J. P. Guilford, M. O. Sullivan в адаптации Е. С. Михайловой [Михайлова 1996]. Данный инструмент предпочтителен, поскольку позволяет всесторонне, по сюжетным картинкам и фразам в контексте различных ситуаций общения, оценить второй компонент социального восприятия. Тест обладает высокой дискриминативной валидностью и имеет достаточный прогностический потенциал, с его помощью можно производить измерения социального интеллекта независимо от других способностей и получать связь результатов с реальным поведением и адаптированностью. Тест состоит из 4 субтестов, реализуемых как на невербальном, так и вербальном стимульном материале. Каждый субтест содержит от 12 до 15 заданий, направленных на анализ интерперсональных отношений. Прохождение субтестов лимитировано по времени.

Математико-статистическая обработка данных состояла в определении средних значений, стандартных отклонений, значимости различий с помощью F-критерия Фишера, проведении процедуры установления меры линейной связи между случайными величинами на основе ранговой корреляции Спирмена, а также кластерного анализа на основе евклидовой метрики. Технической платформой выступили компьютерные программы Microsoft Excel и IBM SPSS Statistics Standard

Edition 17.0, реализующие базовые процедуры статистики с возможностью визуализации и анализа данных.

Основную группу составили лица с истерическим неврозом в количестве 120 человек. Возраст больных – в пределах 25–50 лет ($37,5 \pm 1,57$). Невроз был установлен и подвергался малоэффективной терапии на протяжении 1–25 лет ($12,75 \pm 1,37$). Обследуемые были привлечены к исследованию и проходили психодиагностику в ситуации освидетельствования на базе медико-социальной экспертизы психиатрического бюро № 5 г. Белгород.

В ходе формирования основной группы поведение больных проверялось на наличие рентной мотивации и установочных стратегий. Исключению подлежали обследуемые с признаками симуляции, метасимуляции (в формах экзацербации и пролонгации), аггравации, претендующие на получение юридически необоснованных выгод от признания статуса *инвалид*.

Совместно с врачами-психиатрами экспертной комиссии проведена предварительная диагностика на предмет дифференциации с внешне сходными неврозоподобными нозологиями, имеющими в основе шизофренический и органический радикалы. Также не вошли в состав лица с психопатиями, аддикциями (в виде алкоголизма и наркомании) и хроническими соматическими патологиями в стадии обострения.

120 нормотипичных обследуемых были привлечены к исследованию через специально созданную группу самопознания на базе частного психологического центра г. Белгород. Контингент группы сравнения предварительно проходил беседу с психиатром организации и был протестирован основными патофизиологическими пробами на предмет изменений психических процессов. В ходе психодиагностики признаков нарушений не выявлено. Мотивацией выступила возможность безвозмездного информирования о состоянии собственного психического здоровья и получение консультации психолога. Половые и возрастные характеристики группы сравнения не имеют достоверных различий с аналогичными параметрами больных ($p \leq 0,05$).

Все обследованные подписали добровольные согласия на проведение психодиагностики, в которых были даны четкие разъяснения по процедуре исследования и предоставлена гарантия конфиденциальности паспортных данных (имени и места регистрации).

Результаты

Оценка невротических состояний (табл. 1)

В психическом статусе больных подтвержден истерический тип поведения ($-5,95 \pm 0,58$), очерчивающий выраженные проявления демонстративности, эгоцентризма, самовнушаемости, инфантильной требовательности. Отмечены яркие и экстраординарные вегетативные

расстройства ($-6,5 \pm 0,79$) в виде не имеющих соматической почвы кардио- и гастралгий, одышки, кашля, мнимой беременности и смерти, викарных кровотечений. Пограничные значения фиксируются по параметрам депрессии ($-2,88 \pm 0,23$), тревоги ($-1,3 \pm 0,18$), навязчивых страхов ($1,2 \pm 0,15$) и астении ($1,11 \pm 0,15$). Показатели обследуемых основной группы и контингента сравнения имеют статистически значимые различия ($p < 0,05$).

Табл. 1. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний: средние взвешенные оценки больных истерическим неврозом и здоровых обследуемых
Tab. 1. Clinical questionnaire for identifying and assessing neurotic conditions in patients with hysterical neurosis vs. control, mean values

Шкала	Больные истерическим неврозом	Здоровые обследуемые	F-критерий Фишера
Тревога	$-1,3 \pm 0,18$	$3,11 \pm 0,15$	0,02
Невротическая депрессия	$-2,88 \pm 0,23$	$4,32 \pm 0,12$	0,02
Астения	$1,11 \pm 0,15$	$4,81 \pm 0,09$	0,03
Истерический тип реагирования	$-5,95 \pm 0,58$	$3,25 \pm 0,23$	0,01
Обсессивно-фобические нарушения	$1,2 \pm 0,15$	$4,12 \pm 0,26$	0,03
Вегетативные нарушения	$-6,5 \pm 0,79$	$5,8 \pm 0,14$	0,01

Оценка качества жизни (табл. 2)

Лица с истерическим неврозом обнаруживают выраженную неудовлетворенность доменами *уровень независимости, физическая сфера, социальные отношения и психологическая сфера*. Отмечается средний уровень удовлетворенности сферами *духовная сфера и окружающая среда*. При этом объективно только 34 (28,33 %) обследуемых имеют высокий уровень социального функционирования, 86 (71,67 %) больных дезадаптированы в различных сферах жизни общества. Они не способны выдержать все образовательные ступени, часто прерывают обучение; проявляют нестабильность на рабочих местах, поскольку конфликтны с коллегами и руководством; не могут устанавливать длительные партнерские отношения, основанные на доверии и взаимопонимании, склонны к импульсивным разводам. Уровень качества жизни и действительной социальной включенности контрастирующего контингента высокий ($p \leq 0,05$).

Табл. 2. Опросник «ВОЗ КЖ-100»: средние взвешенные оценки больных истерическим неврозом и здоровых обследуемых

Tab. 2. WHO Quality of Life Questionnaire 100: patients with hysterical neurosis vs. control, mean values

Шкала	Больные истерическим неврозом	Здоровые обследуемые	F-критерий Фишера
Физическая сфера	7,52 ± 0,08	18,82 ± 0,13	0,01
Психологическая сфера	6,43 ± 0,13	18,21 ± 0,24	0,01
Уровень независимости	7,62 ± 0,06	19,22 ± 0,06	0,01
Социальные отношения	6,5 ± 0,11	14,99 ± 0,29	0,03
Окружающая среда	10,34 ± 0,06	17,81 ± 0,03	0,03
Духовная сфера (духовность / религия / личные убеждения)	12,27 ± 0,0	18,39 ± 0,21	0,03

Аспекты распознавания лицевой экспрессии (рис. 1)

Перцепция эмоциональных состояний по выразительным движениям мышц лица реализуется на среднем уровне ($11,38 \pm 0,4$). Среди здоровых обследуемых показатель расшифровки состояний по лицу – в норме ($17,06 \pm 0,33$; $p = 0,04$). Дифференцированный подход к анализу прочтения больными эмоций показал серьезные трудности квалификации презрения ($0,33 \pm 0,05$) и страдания ($0,55 \pm 0,05$). Определение удивления ($2,23 \pm 0,08$) и страха ($2,31 \pm 0,07$) снижено умеренно. Больные с легкостью распознают гнев ($2,97 \pm 0,03$) и радость ($2,99 \pm 0,12$).

Аспекты распознавания пантомимической экспрессии (рис. 2)

Определение больными эмоций по пластике тела оценено аналогично результатам сканирования состояний по тесту лицевых вариаций ($12,45 \pm 0,83$). Здоровые обследуемые не имеют проблем идентификации экспрессии по пантомимике ($18,19 \pm 0,97$; $p = 0,04$). Профиль, составленный из оценок по шести эмоциям, полностью совпадает с распределением числовых эквивалентов параметров лицевой перцепции.

Аспекты социального интеллекта (рис. 3)

Интеллект лиц с истерическим неврозом, связанный со способностью видеть, как меняется смысл речевых посланий в зависимости от характера социальных ситуаций, в которых они произносятся ($2,24 \pm 0,16$), улавливать изменения ситуаций во времени ($2,32 \pm 0,25$), предвидеть

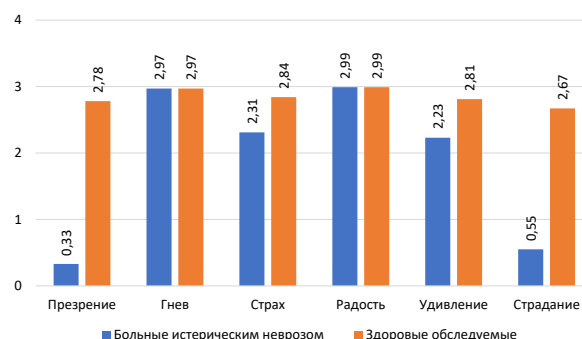


Рис. 1. Тест «Распознавание эмоций»: средние взвешенные оценки больных истерическим неврозом и здоровых обследуемых

Fig. 1. Recognition of Emotions: patients with hysterical neurosis vs. control, mean values

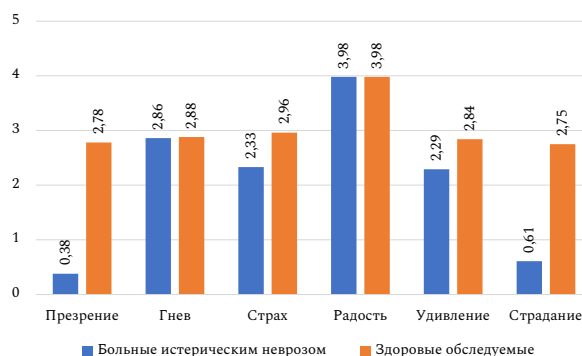


Рис. 2. Тест «Поza и жест»: средние взвешенные оценки больных истерическим неврозом и здоровых обследуемых

Fig. 2. Pose and Gesture: patients with hysterical neurosis vs. control, mean values

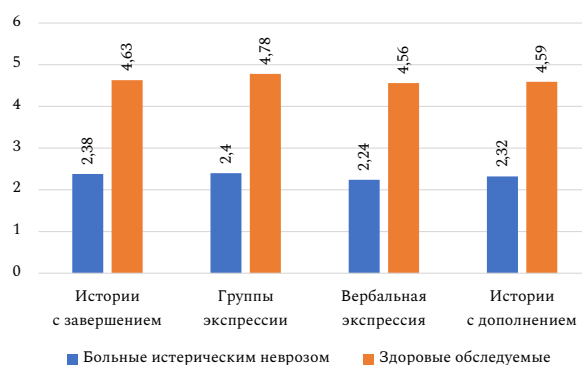


Рис. 3. Тест «Социальный интеллект»: средние взвешенные оценки больных истерическим неврозом и здоровых обследуемых

Fig. 3. Social Intelligence: patients with hysterical neurosis vs. control, mean values

их исходы ($2,38 \pm 0,34$), в том числе на основе исключительно невербальных сигналов ($2,4 \pm 0,39$), является средним. В группе сравнения субтесты, отражающие социальный интеллект, пройдены успешно, на высоком уровне ($p = 0,03$). Выявлена достоверная обратная связь социального восприятия с уровнем качества жизни ($p < 0,05$). Установлено, что чем эффективнее определение эмоций по мимической экспрессии ($-0,95$; $r = 0,01$), позе и жестам ($-0,83$; $r = 0,02$), чем более очевиден контекст социальных ситуаций ($-0,99$; $r = 0,01$), тем ниже показатели субъективного благополучия изучаемого контингента.

Кластерный анализ

Результаты в виде дерева кластеризации представлены на рисунке 4. Графически показаны 2 группы больных, численность объединений которых полностью соответствует результатам методики социального функционирования. В первую когорту вошли 86 (71,67 %) больных с отчетливым снижением социальной перцепции и интеллекта, низкой социальной включенностью и парадоксальной положительной оценкой качества жизни. Вторую группу составили 34 (28,33 %) обследуемых с незначительным нарушением социального восприятия и высоким уровнем социального функционирования. Данный контингент категорично выражал неудовлетворенность жизнью.

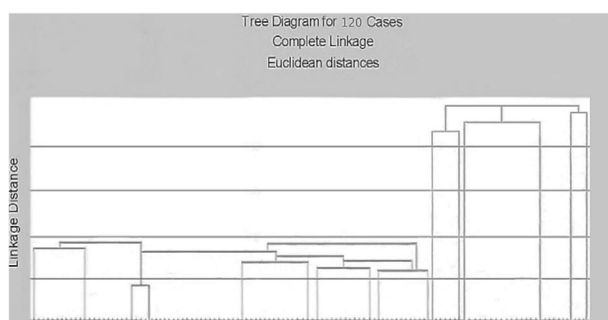


Рис. 4. Дендрограмма показателей социального восприятия больных истерическим неврозом

Fig. 4. Indicators of social perception in patients with hysterical neurosis

Обсуждение

Снижение качества жизни у лиц с истерическим неврозом связано с зависимостью от лекарств и процесса лечения, с проблемами трудоустройства и сохранения занятости. Больные не удовлетворены собой в физическом плане, поскольку часто испытывают снижение активности и усталость, а также в психологическом – из-за преобладания негативных эмоций. Представителей основной группы не устраивают личные

отношения, в том числе сексуальные, равно как и повседневные бытовые контакты с окружающими людьми, поскольку отсутствует желаемая социальная поддержка. Обследуемые религиозно ориентированы либо имеют личные верования. Духовность позволяет структурировать опыт, интериоризовать его, ассимилировать, дает ощущение благополучия и выступает опорой. Больные удовлетворены физическими, экологическими и эстетическими характеристиками места проживания, уровнем медицинской помощи и мерами содействия в социальной сфере, возможностями для отдыха, открытостью необходимой информации, доступностью образовательных программ, обеспечивающих возможность получения новых навыков.

Обобщив результаты оценки компонентов социального восприятия (собственно социальной перцепции и интеллекта), можно утверждать, что отмечается умеренное снижение данного процесса. Больные мыслят кататимно, опираясь не на системные доказательства, а на доминирующий аффект. В работе со сложным стимульным материалом с легкостью актуализируют проекции, в трактовках звучат темы, отражающие компенсаторную эгоцентрическую фиксацию, а также центральные внутриличностные противоречия в диадах притязаний и возможностей, объективных задач функционирования и состояния здоровья. Следовательно, составление полного представления о ситуации, антиципация последствий затруднены артефактами в виде клинически четко очерченной истерической симптоматики с вегетативными сенсациями, препятствующей концентрации, распределению и переключаемости внимания в ходе коммуникации. Также значительное влияние оказывают неконтролируемые проекции, связанные с бессознательными тенденциями, критика к которым полностью отсутствует. Трактовки отвечают ведущему конфликту, формирующему патогенез невроза.

Больные с минимальными дефицитами социальной перцепции и интеллекта участвуют во всех социальных процессах, имеют возможность сравнивать и критически оценивать свое положение. Дефект в области социального метаанализа способствует проблемам в отношениях с окружающими людьми и хронифицирует невроз. Социальная дезадаптация и постепенная дезинтеграция объясняют смирение с условиями жизни инвалида и большую удовлетворенность жизнью.

Заключение

Лица с истерическим неврозом имеют конверсионные симптомы, не поддающиеся купированию медикаментозным путем. Клинически оформленная картина с богатой палитрой феноменов: когнитивных, эмоциональных и поведенческих, дезадаптирующих

и стигматизирующих в обществе, – служит весомым основанием измерения качества жизни и поиска коррелятов данного параметра с целью последующей реабилитации больных.

Обследуемые основной группы имеют значительное снижение качества жизни в связи с психическим состоянием и необходимостью непрерывного лечения в отсутствии желаемой социальной поддержки; в средней степени удовлетворены уровнем своей духовности и характеристиками окружающей среды.

Больные не дифференцируют сложные эмоции по мимике и пантомимике. Эффективность социального восприятия увеличивается по мере уменьшения перцептивных элементов стимульных портретов и сцен, сокращения необходимости фиксации внимания. Выявлена тесная обратная связь между качеством жизни и социальным восприятием.

Таким образом, научное предположение в аспекте выраженности измеряемых характеристик больных не подтвердилось. Несмотря на то что удовлетворенность жизнью и социальное восприятие имеют неодинаковый уровень частных параметров, в суммарных показателях данные характеристики соответствуют умеренной степени. Полное подтверждение гипотезы наблюдается в части взаимосвязи качества жизни и социального

восприятия, что раскрывает и показывает механизм хронификации состояний невротической природы и инвалидизации. Итоговые выводы подтверждают необходимость психологической помощи, ориентированной на устранение выявленных дефицитов и достижение приоритета – реабилитации больных.

Практическая значимость проведенного исследования определяется возможностью использования его результатов в решении диагностических задач, для построения прогноза эффективности психологических интервенций. Полученные данные применимы для построения корректных индивидуальных программ реабилитации, ориентированных на восстановление способности понимать и анализировать поведение, намерения и чувства окружающих. Результаты исследования могут использоваться в программах подготовки медицинских психологов, психиатров, психотерапевтов и социальных работников.

Конфликт интересов: Автор заявил об отсутствии потенциальных конфликтов интересов в отношении исследования, авторства и / или публикации данной статьи.
Conflict of interests: The author declared no potential conflict of interests regarding the research, authorship, and / or publication of this article.

Литература / References

- Бурковский Г. В., Коцюбинский А. П., Левченко Е. В., Ломаченков А. С., Кабанов М. М. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике. *Психосоциальная реабилитация в психиатрии и неврологии. Методологические и организационные аспекты*, ред. Н. Г. Незнанов. СПб.: СпецЛит, 2017. С. 561–600. [Burkovsky G. V., Kotsyubinsky A. P., Levchenko E. V., Lomachenkov A. S., Kabanov M. M. The Quality of Life Questionnaire (WHO version) in psychiatric practice. *Psychosocial rehabilitation in psychiatry and neurology. Methodological and organizational aspects*, ed. Neznanov N. G. St. Petersburg: SpetsLit, 2017, 561–600. (In Russ.)] <https://www.elibrary.ru/ysr1re>
- Виленский О. Г. Психиатрия. М.: Вузовская книга, 2020. 188 с. [Vilenskiy O. G. *Psychiatry*. Moscow: Vuzovskaya kniga, 2020, 188. (In Russ.)]
- Гараян Н. Г. Соотношение положительных и отрицательных эмоций у больных шизофренией: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1986. 23 с. [Garanyan N. G. *Correlation of positive and negative emotions in patients with schizophrenia*. Cand. Psychol. Sci. Diss. Abstr. Moscow, 1986, 23. (In Russ.)]
- Гофман И. Представление себя другим в повседневной жизни. М.: Директ-Медиа, 2007. 546 с. [Goffman E. *The presentation of self in everyday life*. Moscow: Direct-Media, 2007, 546. (In Russ.)] <https://www.elibrary.ru/qohber>
- Грязнова Е. В., Агеева Е. Л., Мазина Е. В., Рыноква И. Ю. Критерий качества жизни, связанный со здоровьем: необходимость разработки как категории педагогической науки. *Азимут научных исследований: педагогика и психология*. 2020. Т. 9. № 1. С. 250–253. [Gryaznova E. V., Ageeva E. L., Mazina E. V., Rynkova I. U. Criterion of quality of life related to health: The need to develop as a category of pedagogical science. *Azimuth of Scientific Research: Pedagogy and Psychology*, 2020, (1): 250–253. (In Russ.)] <https://doi.org/10.26140/anip-2020-0901-0059>
- Гундаров И. А. Роза «Качества жизни». *Сибирское здоровье*. 1995. № 1. С. 15–16. [Gundarov I. A. The rose of life quality. *Sibirskoe zdorovie*, 1995, (1): 15–16. (In Russ.)]
- Гурович И. Я., Шмуклер А. Б. Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных. *Социальная и клиническая психиатрия*. 1998. Т. 8. № 2. С. 35–40. [Gurovich I. Ya., Shmukler A. B. Questionnaire for assessing the social functioning and quality of life in patients with mental health issues. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriia*, 1998, 8(2): 35–40. (In Russ.)] <https://www.elibrary.ru/pzjuuz>

- Еремян З. А., Щелкова О. Ю. История становления и развития концепции качества жизни в медицине. *Психология. Психофизиология*. 2022. Т. 15. № 1. С. 37–49. [Yeremyan Z. A., Shchelkova O. Yu. The concept of quality of life in medicine. *Psikhologiya. Psikhofiziologiya*, 2022, 15(1): 37–49. (In Russ.)] <https://doi.org/10.14529/jpps220104>
- Жигунова Г. В. Социальная идентификация лиц с инвалидностью. *В мире научных открытий*. 2011. № 5-1. С. 484–490. [Zhigunova G. V. Social identification of persons with disabilities. *V mire nauchnykh otkrytii*, 2011, (5-1): 484–490. (In Russ.)] <https://www.elibrary.ru/opvzdv>
- Куприянова И. Е., Семке В. Я. Качество жизни и психическое здоровье. Томск: РАСКО, 2004. 121 с. [Kupriyanova I. E., Semke V. Ya. *Quality of life and mental health*. Tomsk: RASKO, 2004, 121. (In Russ.)] <https://www.elibrary.ru/rxaxer>
- Курек Н. С. Исследование эмоциональной сферы больных шизофренией на модели распознавания эмоций по невербальной экспрессии. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 1986. № 12. С. 1831–1837. [Kurek N. S. Emotional sphere in schizophrenic patients: a model of emotion recognition by nonverbal expression. *Zhurnal nevropatologii i psikhiatrii im. S. S. Korsakova*, 1986, (12): 1831–1837. (In Russ.)]
- Менделевич В. Д., Пыркова К. В. Исследования эмоционального интеллекта и креативности у больных с невротическими расстройствами. *Современные проблемы науки и образования*. 2015. № 3. [Mendelevich V. D., Pirkova K. V. The research of emotional intelligence and creativity of patient with neurotic disorders. *Modern problems of science and education*, 2015, (3): 18–19. (In Russ.)] URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=20326> (accessed 15 Mar 2023). <https://www.elibrary.ru/tyskxk>
- Михайлова Е. С. Методика исследования социального интеллекта: адаптация теста Дж. Гилфорда и М. Салливана: Руководство по использованию. СПб.: Иматон, 1996. 56 с. [Mikhailova E. S. *Methodology guidelines for researching social intelligence*, adapted by J. Guilford and M. Sullivan. St. Petersburg: Imaton, 1996, 56. (In Russ.)]
- Николаев Е. Л., Лазарева Е. Ю. Адаптация и адаптационный потенциал личности: соотношение современных исследовательских подходов. *Вестник психиатрии и психологии Чувашии*. 2013. № 9. С. 18–32. [Nikolaev E. L., Lazareva E. Yu. Adaptation and personality adaptive potential: current research approaches. *Vestnik psikhiatrii i psikhologii Chuvashii*, 2013, (9): 18–32. (In Russ.)] <https://www.elibrary.ru/rsbqvl>
- Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику: психологическое исследование. М.: МГУ, 1987. 167 с. [Nikolaeva V. V. *Effect of chronic illness on the psyche: psychological research*. Moscow: MSU, 1987, 167. (In Russ.)]
- Парсонс Т. О структуре социального действия. М.: Акад. проект, 2018. 434 с. [Parsons T. *The structure of social action*. Moscow: Akad. projekt, 2018, 434. (In Russ.)]
- Прохорова М. В., Мекка О. А. Инвалидность в контексте теории жизненного мира личности. *Успехи современного естествознания*. 2005. № 1. С. 88–89. [Prokhorova M. V., Mekka O. A. Disability in the context of the theory of the personal life world. *Advances in current natural sciences*, 2005, (1): 88–89. (In Russ.)] <https://www.elibrary.ru/ijejdl>
- Пуговкина О. Д., Паламарчук Л. С. Социальный интеллект и хронификация депрессии. *Консультативная психология и психотерапия*. 2013. № 1. С. 114–125. [Pugovkina O. D., Palamarchuk L. S. Social intelligence and depression chronicification. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2013, 114–125. (In Russ.)] <https://www.elibrary.ru/rvfpyp>
- Сергиенко Е. А., Уланова А. Ю., Лебедева Е. И. Модель психического. Структура и динамика. М.: ИП РАН, 2020. 536 с. [Sergienko E. A., Ulanova A. Yu., Lebedeva E. I. *Cognitive model. Structure and dynamics*. Moscow: IP RAS, 2020, 536. (In Russ.)] <https://www.elibrary.ru/ibfnzm>
- Скороходова Т. Г. Методология познания социальных процессов. Пенза: ПГУ, 2020. 186 с. [Skorokhodova T. G. *Methodology of cognition of social processes*. Penza: PSU, 2020, 186. (In Russ.)]
- Яхин К. К., Менделевич Д. М. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний. *Казанский медицинский журнал*. 1978. Т. 59. № 4. С. 51–53. [Yakhin K. K., Mendelevich D. M. Clinical questionnaire for identifying and evaluating neurotic states. *Kazan Medical Journal*, 1978, 59(4): 51–53. (In Russ.)] <https://www.elibrary.ru/xvinkj>
- Baron-Cohen S. How to build a baby that can read minds: cognitive mechanisms in mind reading. *Cahiers de Psychologie Cognitive / Current Psychology of Cognition*, 1994, 13(5): 513–552.
- Broome M. R. A neuroscience of hysteria? *Current Opinion in Psychiatry*, 2004, 17(6): 465–469. <http://dx.doi.org/10.1097/00001504-200411000-00008>
- Brüne M. "Theory of mind" in Schizophrenia: A Review of the Literature. *Schizophrenia Bulletin*, 2005, 31(1): 21–42. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbi002>
- Fonagy P., Gergely G., Jurist E. L., Target M. *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. L.: Routledge, 2002, 592. <https://doi.org/10.4324/9780429471643>

- Frith C. D. Brain mechanisms for 'having a theory of mind'. *Journal of Psychopharmacology*, 1996, 10(1): 9–15. <https://doi.org/10.1177/026988119601000103>
- Green M. F. *Schizophrenia from a neurocognitive perspective: Probing the impenetrable darkness*. Boston: Allyn & Bacon, 1998, 190.
- Hajiran H. Toward a quality of life theory: net domestic product of happiness. *Social Indicators Research*, 2006, 75(1): 31–43. <http://dx.doi.org/10.1007/s11205-004-4646-5>
- Kozłowska K. The developmental origins of conversion disorders. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2007, 12(4): 487–510. <https://doi.org/10.1177/1359104507080977>
- Langdon R., Coltheart M., Ward P. B., Catts S. V. Disturbed communication in schizophrenia: The role of poor pragmatics and poor mind-reading. *Psychological medicine*, 2002, 32(7): 1273–1284. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006396>
- McCall S. Quality of life. *Social Indicators Research*, 1975, (2): 229–248. <https://doi.org/10.1007/BF00300538>
- Sirgy M. J. *The psychology of quality of life: Hedonic well-being, life satisfaction, and eudaimonia*. 3rd ed. Springer Nature Switzerland AG, 2021, XXXV+791. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-71888-6>
- Strauss E. Perception of emotional words. *Neuropsychologia*, 1983, 21(1): 99–103. [https://doi.org/10.1016/0028-3932\(83\)90104-5](https://doi.org/10.1016/0028-3932(83)90104-5)
- Van Rooy D. L., Visveswaran C. Emotional intelligence: A meta-analytic investigation of predictive validity and nomological net. *Journal of Vocational Behavior*, 2004, 65(1): 71–95. [https://doi.org/10.1016/S0001-8791\(03\)00076-9](https://doi.org/10.1016/S0001-8791(03)00076-9)
- Wearden A. J., Tarrrier N., Barrowclough C., Zastowny T. R., Rahill A. A. A review of expressed emotion research in health care. *Clinical Psychology Review*, 2000, 20(5): 633–666. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00008-2](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00008-2)