

## МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 616.89-008.19-056.42

С.С. Кирилюк

«ПОРОБЛЕНО» ЯК КУЛЬТУРАЛЬНО СПЕЦИФІЧНИЙ ФЕНОМЕН ПСИХОЛОГІЧНОГО  
ОПРАЦЮВАННЯ ДЕПРЕСИВНОГО СТРАЖДАННЯ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

dr\_kyrylyuk@ukr.net

**Метою** публікації є висвітлення актуального питання психіатрії – осмислення форм опрацювання депресивного страждання.

**Результати.** Наведено клінічний випадок пацієнтки з варіантом опрацювання депресивного страждання у формі культурально зумовленої пасивної позиції під виглядом «магічно» обґрунтованого небажання активних дій. Така позиція є перекладанням відповідальності за наявність депресії на зовнішні обставини, в тому числі й на лікарів. Це зумовлює бажання хворого уникати будь-яких спонтанних розмов про свій стан, замкнутість у проявах емоцій та переживань та потребує більше часу для подолання «внутрішнього опору» до активного лікування й налагодження робочого психотерапевтичного та психофармакологічного комплаєнсу. Окрім того, набір скарг, зокрема найважливіші з них для пацієнтки, не відповідають класичному депресивному синдрому.

**Висновки.** Враховуючи специфіку когнітивно-поведінкового функціонування депресивних пацієнтів з «магічною» ідеєю виникнення психічного захворювання у психотерапевтичній частині терапії необхідно звертати увагу на посилення «рефлектуючого Я», що сприятиме налагодженню адекватного альянсу «лікар – пацієнт».

**Ключові слова:**

депресія, культурально специфічний феномен.

**Актуальність.** Соціальне середовище неоднозначно впливає на формування депресивної симптоматики. У дослідженні, проведеному ВООЗ (WHO, 1983), у якому вивчали симптоми депресії в чотирьох країнах – Канаді, Швейцарії, Ірані та Японії, встановлено, що переважна кількість пацієнтів повідомляли про міжкультурно константні симптоми, включаючи безпосередні прояви. Проте інші крос-культурні дослідження депресії фіксують широкі варіації проявів симптоматології цього розладу [1–6]. Деякі культурні групи (наприклад, нігерійці) рідше повідомляють про крайні відчуття власної нікчемності, інші (наприклад, китайці) частіше повідомляють про соматичні скарги (Kleinman, 1988).

Виявлене нами переживання за час практичної стаціонарної роботи з депресивними особами протягом останніх років хворі формулюють типовою фразою «мені депресію хтось поробив», з переживанням афекту власної неспроможності та екстерналізацією відчуття провини за наявність депресії у зовнішній світ. У загальній психопатології це переживання прийнято кваліфікувати як «магічне мислення» і відносити до симптомів переважно маячного-субмаячного, рідше – обсесивно-компульсивного регістру.

Таке переживання, хоча і характерне для певних субкультур, у випадку з депресивними пацієнтами не мож-

на вважати характерною психопатологічною ознакою, оскільки поза депресивним станом пацієнти подібних ознак «магічного мислення» не виявляли. Цей феномен у наших попередніх дослідженнях отримав назву «алексифілії» (В.І. Пришляк, О.О. Фільц, 2009). Тому слід вважати, що йдеться не стільки про «магічність» як таку, а про культурально зумовлену пасивну позицію хворих під виглядом «магічно» обґрунтованого небажання активних дій. Така позиція, по суті, є перекладанням відповідальності за наявність депресії на зовнішні обставини, у тому числі й на лікарів.

**Мета публікації** – опис типового клінічного випадку опрацювання депресивного стану. Хвора Б., 1957 р.н. З пацієнткою проведено три бесіди по 50 хвилин. У розмові з жінкою було відчутно, що вона має велику потребу говорити про своє життя – їй цього не вдавалося зробити впродовж тривалого часу, тому загалом хвора справляла враження особи, яку все «дістало», і зрештою вона вирішила сховатися на певний час у стаціонарі від своїх рутинних проблем та сім'ї.

Анамнез: спадковість нервово-психічними захворюваннями не обтяжена. Народилася другою дитиною в сім'ї робітників. Батько за професією будівельник, мати – робітниця. Батько за характером авторитарний, до його думки в сім'ї завжди треба було пристосовуватися, тобто

робити так, як він цього хотів. Мати, навпаки, була спокійною. На відміну від старшої на три роки сестри, яка була в дитинстві бойовою, здоровою та могла постояти за себе, пацієнтка зростала слабкою, хворобливою. Постійно перебувала під наглядом сестри, якій у всьому підкорялася. У 7-річному віці (в 1964 році) пішла до школи. Шкільні роки, зі слів пацієнтки, нічим особливим не вирізнялися. Надзвичайних подій, які б з нею трапилися в цей період, не пригадує. У школі вчилася переважно на «3» – «4», особливого зацікавлення до навчання не відмічала, більшу схильність мала до гуманітарних предметів, зокрема до російської літератури. З хлопцями в шкільний період стосунків практично не підтримувала. Фізіологічно – пізній менархе – в 16,5 року.

Після закінчення школи подальше життя пацієнтки складалося так, що всі доленосні рішення стосовно її майбутнього приймали люди, які її оточували, а сама жінка опинилася в ролі «пасивного реципієнта свого життя». У 1974 році, після закінчення школи, пішла працювати на завод, куди, з її слів, «за руку» відвів батько. Робота полягала в оформленні накладних. У цей час зустрічалася з хлопцем, до якого мала досить глибокі почуття, але його батьки були проти одруження, оскільки він навчався в інституті, був із зовсім «іншого світу». Тому невдовзі вони розлучилися і більше не бачилися. Пропрацювавши на заводі 7 років, в 1981 році, звільнилася за власним бажанням. У тому ж році одружилася з чоловіком, який працював з нею на заводі. Майбутньому чоловікові неприховано симпатизував її батько, тому пацієнтка і вирішила зв'язати себе сімейними узами саме з ним, а не з кимось іншим, хоча особливої прихильності до нього не мала. У віці 25 років народила сина. Вагітність була без ускладнень, проте пологи проходили тяжко, ускладнилися раннім відходженням навколоплодових вод, народила через 24 години після їх відходження. Відразу після закінчення декретної відпустки, в 1983 році, влаштувалася працювати друкаркою у приймальній директора великого промислового об'єднання. Впродовж 1987–1989 рр. заочно навчалася в технікумі Радянської торгівлі, після закінчення якого отримала спеціальність товарознавця непродовольчих товарів. З 1989 по 1992 рік працювала у супермаркеті, але через проблему з щоденним доїздом, оскільки проживала в іншому кінці міста, звільнилася. З 1992 року працювала продавцем у магазині неподалік від свого дому. В 1995 році магазин продали з аукціону, а її звільнили. До 1999 року жінка була безробітною. З 1999 по 2002 рік працювала реєстратором у податковій інспекції, куди їй допомогла влаштуватися її близька подруга. В 2002 році, через розходження у світоглядному баченні з безпосереднім керівником, з роботи її звільнили. З листопада 2002 року по червень 2003 року працювала сторожем на об'єкті будівельних матеріалів. У червні 2003 року, після того, як це підприємство збанкрутувало, знову стала безробітною. На сьогодні постійного місця роботи не має, перебуває на обліку у Центрі зайнятості. Віруюча – «Свідок Єгови», часто відвідує релігійні зібрання.

Проживає з 22-річним сином та батьком, якому 71 рік. Мати померла 14 років тому від соматичного захворювання. Батько пенсіонер за віком, проте підробляє, продаючи дріб'язок на базарі. Щовечора випиває в ком-

панії зі своїми напарниками. Син працює, фінансово незалежний. З чоловіком розлучена з 1987 року. Причина розлучення – подружня зрада чоловіка та його систематичні «загули». Ініціював розлучення, зі слів пацієнтки, її колишній чоловік, бо не міг витримати її байдужого ставлення до їхньої «долі» та життя загалом. Проте добрі стосунки з чоловіком вдалося зберегти. Залишилися друзями, допомагає їй фінансово. Після розлучення мала декілька статевих партнерів, але з жодним з них довго не зустрічалася. Стосунки з ними склалися дивно, наприклад, один з її чоловіків, коли випивав, кидався в неї ножами та табуретками, на що пацієнтка казала «...б'є – значить любить... та й як жінка, я маю по Біблії користися...». Найдовше зустрічалася із своїм сусідом, який живе в будинку навпроти. Деякий час жила в нього, та коли той почав випивати в компанії з її рідним батьком, покинула його та переїхала жити назад до сина та батька.

З перенесених захворювань: ангіни в дитячому віці, в 17 років була госпіталізована в хірургічний стаціонар з приводу підозри на «гострий живіт», проте прооперована не була. Впродовж життя двічі ставила протизаплідні спіралі (одну на 4, іншу – на 5 років). В менопаузі 1 рік. У грудні 2003 року перенесла запалення гайморових пазух, з приводу чого мала оперативне втручання – дренажування пазух шляхом пункції; приймала масивну антибіотикотерапію.

Скаржиться на тривогу, невпевненість у прийдешньому майбутньому, підвищену дратівливість – «як комок нервів», м'язову слабкість, періодичну тяжкість у м'язах, тремор кистей рук, коливання настрою, який є кращим зранку і під вечір знижується, страх настання вечора, безсоння, тяжкість у потилиці.

Анамнез захворювання: вважає, що проблеми з психікою в неї почалися 7 років тому, відколи її рідна сестра виїхала на заробітки за кордон. Пояснює, що втратила першу порадицю та розрадицю. Переписується з нею, пересилають одна одній довжелезні листи. Відтоді вперше відчувала тривогу, неспокій, знижений настрій. Близька товаришка в той же час припустила, що всі її проблеми можуть бути «пороблені» недобрими заздрісниками. З того часу декілька разів зверталася за допомогою до «народних цілителів», які їй «викочували яйця та зливали віск». Постійно перебувала в напрузі через випивки свого батька. Коли син служив в армії, часто їздила його провідувати в інше місто, бо не була впевнена, що з ним все гаразд і він здоровий. Особливо пригніченою та безпомічною відчувала себе, коли була звільнена з останнього місця праці, бо реальної перспективи свого подальшого існування не бачила. Напередодні поступлення в стаціонар відчувала різкий неспокій, тривогу, знижений настрій, тахікардію. Після безсонної ночі за рекомендацією свого сина звернулася за спеціалізованою медичною допомогою в стаціонар № 2.

Психічний статус: у розмову вступає охоче. Багатослівна. Пов'язує свій теперішній поганий стан з тим, що всі її негаразди в один момент співпали до купи. Каже, що не розуміє, як її життя могло скластися так «незграбно», бо «мала зовсім інші мрії та бажання». Перебуванням у стаціонарі задоволена. Каже, що не дивлячись на шум у відділенні, відпочиває тут від постійного напруження вдома, причиною якого є постійні п'янки батька його то-

варішів. Каже, що її дратує вхідний дзвінок, який є дуже неприємний – коли батькові друзі ввечері приходять до нього додому, то безперервно дзвонять, що її виводить з себе та тривожить. Згадує, що вперше зрозуміла, який неприємний цей дзвінок, тоді, коли сусід, з яким вона зустрічалася, напився і впродовж цілого дня безперестанку дзвонив у двері. Каже, що не може навіть на відстані переносити ані запаху алкоголю, ані п'яної людини. Але виправдовує батька, бо хоча він і п'є, але є дуже добрим до сім'ї. Вважає що в такому віці звичок вже змінити не можна, тому вирішила терпіти. Розповідає, що після смерті матері батько змушував її навчитися готувати як матір, постійно бурчав на неї, звинувачував, що вона все робить не так як слід. Скаржитися, що «вся хатня робота лежить на мені і мені важко її робити якісно». А будь-як вона не може. На запитання, чим може пояснити таку велику кількість негараздів в своєму житті відповідає, що то залежить не від неї, а «від сил, які є вищі за нас і керувати ними ми не можемо». Одночасно з цим доволі активно висловлює припущення, що, можливо, таку ситуацію їй «створили недоброзичливці, яких є повно навколо», проте яким чином це могло б відбуватися, чітко пояснити не може. З тим же пов'язує своє звільнення з роботи в податковій. Каже, що з жахом уявляє собі, як буде повертатися додому, коли прийде час виписуватися. Показує, як у неї починають труситися руки і каже, що вона вже втомилася і їй треба негайно відпочити.

## Аналіз та висновки

У наведеній клінічній ілюстрації привертають увагу три наступні моменти.

По-перше, як видно з біографічної частини історії хвороби, життєва крива, і те, що хвора називає «несприятливою долею», складалась так, що пацієнтка начебто будувала свою сімейну та професійну кар'єру підпорядковуючи себе або іншим людям, або зовнішнім обставинам. У пубертатному віці вона була під домінуючим

впливом сестри, навчання для неї вибирали батьки, вони ж «перекреслили» її перше і єдине кохання, заміж вийшла також пасивно. Не змогла пізніше збудувати стабільної кар'єри. Міняла багато робочих місць, де завжди їй щось заважало. При цьому пацієнтка жодного разу в житті не наполягла до кінця на своєму.

По-друге, з клінічного випадку добре видно, що набір скарг, зокрема найважливіші з них для пацієнтки, не відповідають класичному депресивному синдрому.

По-третє, свою депресивну симптоматику хвора пов'язує з характерною для людей її кола і поширеною сьгодні формою «це мені, мабуть, пороблено». Цим пацієнтка підкреслює відсутність будь-якої відповідальності за формування своєї депресивної позиції. Більше того, під час перебування в стаціонарі і в процесі лікування така її позиція не дозволяла досягнути у неї необхідного для депресивних пацієнтів усвідомлення внутрішніх конфліктів та переживань, пов'язаних з формуванням депресивної симптоматики. Треба також зазначити, що особливо помітною така «пасивна безвідповідальність» щодо власних переживань стає при редукції цих переживань, коли пацієнти можуть бути здатними до психотерапевтичного опрацювання свого захворювання.

## Список використаної літератури / References

1. Cross-cultural studies of depressive disorders / A. J. Marsella, N. Sartorius, A. Jablensky, F. R. Fenton // In A. Kleinman & B. Good (Eds.), *Culture and depression*. – Berkeley: University of California Press, 1985. – P. 299–324.
2. Kirmayer L. J. Culture and context in the evolutionary concept of mental disorders // L. J. Kirmayer, A. Young // *Journal of Abnormal Psychology*. – 1999. – Vol. 108. – P. 446–452.
3. Katz M. M. On the classification of depression: Normal, clinical and ethnocultural variations / M. M. Katz // *Depression in the 1970's*; R. Fieve (ed.). – New York, 1970. – P. 31.
4. Weitbrecht H. J. Die chronische Depression / H. J. Weitbrecht // *Wien. Zschr. Nervenheilk.* – 1967. – Bd. 24, № 4. – S. 265–272.
5. Kielholz P. Diagnostik und Therapie der depressiven Zustandsbilder / P. Kielholz // *Schweiz. med. Wschr.* – 1957. – Bd. 87. – S. 87–107.

### «ПОРЧА» КАК КУЛЬТУРАЛЬНО СПЕЦИФИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ ДЕПРЕССИВНОГО СТРАДАНИЯ

С.С. Кирилук

**Целью публикации** является освещение актуального вопроса психиатрии – осмысление форм обработки депрессивного страдания.

**Результаты.** Приведен клинический случай пациентки с вариантом обработки депрессивного страдания в форме культурально обусловленной пассивной позиции больной под видом «магически» обоснованного нежелания активных действий. Такая позиция является перекладыванием ответственности за наличие депрессии на внешние обстоятельства, в том числе и на врачей. Это приводит к желанию больного избежать любых спонтанных разговоров о своем состоянии, замкнутости в проявлениях эмоций и переживаний и требует больше времени для преодоления «внутреннего сопротивления» к активному лечению и налаживанию рабочего психотерапевтического и психофармакологического комплаенса. Кроме того, набор жалоб и, в частности, важнейшие из них для пациентки не соответствуют классическому депрессивному синдрому.

**Выводы.** Учитывая специфику когнитивно-поведенческого функционирования депрессивных пациентов с «магической» идеей возникновения психического заболевания в психотерапевтической части терапии необходимо обращать внимание на усиление «рефлектирующего Я», что будет способствовать налаживанию адекватного альянса «врач – пациент».

**Ключевые слова:** депрессия, культурально специфический феномен.

### «SOMEONE MADE IT TO ME» AS A CULTURALLY SPECIFIC PHENOMENON PSYCHOLOGICAL PROCESSING OF DEPRESSIVE SUFFERING

S.S. Kyryliuk

**The aim of the publication** is to highlight current problem of psychiatry - understanding forms of processing depressive suffering.

**Results.** Presented the clinical case of the depressive patient with the processing option in the form of culturally conditioned passivity under the guise of “magic” reasonable reluctance action. This position is shifting responsibility for the presence of depression on external circumstances, including doctors. This causes the patient's desire to avoid any spontaneous conversations about his condition, isolation of manifestations of emotions and feelings and needs more time to overcome the “internal resistance” to active treatment and establishing working psychotherapy and psychopharmacological compliance. In addition, a set of complaints, and in particular the most important ones for the patient not meet the classic depressive symptoms.

**Conclusions.** Given the specificity of cognitive-behavioral functioning depressive patients with “magical” idea of the emergence of mental illness in the psychotherapy and therapy should pay attention to strengthening “reflective I”, which will facilitate adequate alliance “doctor-patient”.

**Key words:** depression, culturally specific phenomenon.