

На правах рукописи

НИКОЛАЕВ
Евгений Львович

**ПОГРАНИЧНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА КАК КЛИНИЧЕСКИЙ,
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ И СОЦИОКУЛЬТУРНЫЙ ФЕНОМЕН
(РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ В ЧУВАШИИ)**

Специальности: 14.00.18 – психиатрия

19.00.04 – медицинская психология

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Санкт-Петербург

2006

Работа выполнена в Государственном учреждении «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева МЗ и СР РФ» и в Государственном образовательном учреждении «Институт усовершенствования врачей МЗ Чувашской республики».

Научные консультанты: доктор медицинских наук, профессор

Незнанов Николай Григорьевич,

доктор медицинских наук, профессор,

заслуженный деятель науки РФ

Карвасарский Борис Дмитриевич

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор

Курпатов Владимир Иванович,

доктор медицинских наук, профессор,

заслуженный деятель науки РФ

Исаев Дмитрий Николаевич,

доктор психологических наук, профессор

Ананьев Виктор Алексеевич

Ведущая организация: Федеральное государственное учреждение «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им В.П. Сербского МЗ и СР РФ».

Защита диссертации состоится 28 декабря 2006 года в 13.00 часов на заседании диссертационного совета Д 208.093.01 по защите докторских диссертаций при государственном учреждении «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева МЗ и СР РФ» (192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д.3).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке института.

Автореферат разослан 28 ноября 2006 г.

Учёный секретарь диссертационного совета

доктор медицинских наук, профессор

Тупицын Юрий Яковлевич

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Многочисленные исследования последнего десятилетия определенно свидетельствуют о значительном росте числа психических расстройств, относимых к категории пограничных (Александровский Ю.А., 1996, 1998; Курпатов В.И., 1999; Голенков А.В., 2000; Нурмагамбетова С.А., 2002; Воинков Е.В., 2003; Ильина М.А., 2004; Trent C.R. et al., 2000; Bracken P.J., 2001; Brune M. et al., 2002; Dech H. et al., 2003). Причем, отмечается увеличение их доли среди всех психических расстройств (Александровский Ю.А., 2000). В то же время, пограничные психические расстройства (ППР) относятся к числу наиболее трудно выявляемых и регистрируемых заболеваний, реальные показатели которых в несколько раз превышают официальные, так как большинство пациентов остаются вне поля зрения специалистов (Дмитриева Т.Б., Положий Б.С., 2003; Незнанов Н.Г., Щеглова И.Ю., 2004).

По данным официальной статистики (Гурович И.Я. и др., 2000) Чувашская Республика (ЧР) относится к числу субъектов Российской Федерации (РФ) с высоким уровнем распространенности психических расстройств, где основное число заболеваний приходится на пограничный уровень. На протяжении многих лет Чувашия также занимает одно из ведущих мест в Приволжском федеральном округе (ПФО) и в целом по России по уровню завершенных суицидов (Козлов А.Б. и др., 2002). Причины этих процессов и явлений, лежащие, как правило, не только в медицинской плоскости, стали с недавних пор предметом пристального внимания исследователей (Голенков А.В., 1998; Никитин Л.Н., 2000; Козлов А.Б., 2001; Сергеев М.П., 2005). Однако в силу того, что данные работы выполнены исключительно в рамках психиатрии, основной акцент в них ставится на вопросах эпидемиологического и клинико-психопатологического характера, оставляя без внимания комплекс клинико-психологических и социокультурных детерминант психического здоровья населения региона.

В то время, как научная актуальность и социальная потребность в социокультурных исследованиях, выполняемых на стыке наук, возрастает (Ананьев В.А., 1999; Семке В.Я. и др., 2001; Мацумото Д., 2002; Карвасарский Б.Д. и др., 2003; Исаев Д.Н., 2005; Kestmanovic D., 1999; Barrio C., 2000; McCrae R.R., 2001; Turner W.L. et al., 2004). Именно их результаты позволяют получать новые необходимые сведения для разработки государственных программ и системы практических мероприятий по совершенствованию организации медицинской, психологической и социальной помощи населению, развитию эффективной системы психопрофилактики на всех ее уровнях.

Мультимодальный подход, применяемый в данной работе и основанный на комплексном анализе клинической проблематики ППР с использованием необходимых данных психиатрии, психологии, социологии, истории, этнологии и филологии, представляется наиболее перспективным. Он позволяет оптимально учитывать сложный характер клинико-психологических и социокультурных соотношений, опреде-

ляющих этиопатогенез и клиническую динамику ППР и соответствующую им систему действенных лечебных и профилактических мероприятий.

Цель исследования. Целью работы явилось изучение комплекса клинических, психологических и социокультурных закономерностей, определяющих клиническую феноменологию ППР у больных в Чувашии, как основы для разработки принципов совершенствования системы охраны психического здоровья населения республики.

Основные задачи исследования. Для достижения указанной цели в работе решались следующие задачи:

1. Изучить влияние социодемографических, культурно-исторических и этнопсихологических факторов в Чувашии на процесс психической адаптации личности.

2. Установить нормативные параметры психометрических критериев для психологической оценки уровня психического здоровья населения республики.

3. Провести клинко-эпидемиологический анализ динамических и структурных показателей ППР в регионе за период 2000 – 2004 гг.

4. Вскрыть взаимосвязь социокультурных характеристик личности с содержанием психической дезадаптации пограничного уровня.

5. Проанализировать клинические и психологические характеристики больных ППР из основных социокультурных групп населения республики.

6. Выявить соотношение между социокультурными параметрами личности, особенностями ее структуры, системой самоотношения, копинг-поведением и клинической картиной ППР.

7. Разработать основные клинко-психологические и социокультурные звенья этиопатогенетической модели ППР.

8. Обосновать необходимость учета определенных региональных организационных и социокультурных личностных факторов в диагностике, лечении и профилактике ППР.

9. Выделить в рамках биопсихосоциальной концепции приоритеты совершенствования системы психотерапии и психопрофилактики в Чувашии.

Научная новизна и теоретическая значимость исследования. В данной работе впервые на большом фактическом материале проведен междисциплинарный анализ феноменологии ППР, опирающийся на многофакторное сравнительное исследование клинических, психологических и социокультурных параметров больного и здорового населения Чувашии. Получены новые сведения о специфических для республики социокультурных факторах, влияющих на состояние психического здоровья личности и формирование ППР. Сформулировано понятие о пограничном уровне психической дезадаптации с выделением многоуровневой структуры ее клинко-психологических форм, типов и вариантов. Впервые описано патологизирующее влияние комплекса факторов, связанных с этнокультурной диссоциацией и религиозно-этнической индифферентностью личности, ее иррациональными установками, незрелостью семейной структуры и аутодеструктивной насыщенностью среды. На ос-

новые результаты исследования впервые разработаны культуро-ориентированные подходы к психотерапии ППР, предложены пути совершенствования психопрофилактики с учетом социальной ситуации в обществе.

Практическая значимость исследования. Полученные в результате исследования данные о клинических, психологических и социокультурных характеристиках больных ППР в Чувашии являются научной базой организации системы лечебно-диагностических мероприятий для конкретных социокультурных групп населения республики, а также в других регионах России с компактным проживанием чувашского населения. Установлен нормативный для республики диапазон результатов экспериментально-психологических методик, используемых для оценки психического здоровья населения. Он может применяться в повседневной работе психологами, психотерапевтами, психиатрами. На основе материалов исследования предложена концептуальная основа системы профилактики ППР, которая может быть результативно распространена и на другие виды психических нарушений, а также может быть использована в отношении соматических заболеваний.

Внедрение результатов исследования в практику. По теме диссертации опубликовано 66 научных работ, из них 15 – в ведущих рецензируемых научных журналах и изданиях. Результаты исследования отражены в шести методических рекомендациях и учебно-методических пособиях для врачей, психологов, студентов («Психическое здоровье детей и подростков в Чувашской Республике», Чебоксары, 2000; «Организационно-правовые аспекты работы психотерапевтического кабинета», Чебоксары, 2001; «Психотерапия и психологическое консультирование в клинике», Чебоксары, 2002; «Словарь по психотерапии и клинической психологии», Чебоксары, 2002; «Краткий этнопсихиатрический словарь», Чебоксары, 2004; «Социокультуральные детерминанты психического здоровья», Чебоксары, 2005) и внедрены в учебно-педагогический процесс в Чувашском государственном университете и Институте усовершенствования врачей Минздравсоцразвития Чувашии. Разработанная в процессе исследования «Социокультурная анкета» внедрена в практику обследования больных в Республиканском психотерапевтическом центре (психоневрологическом диспансере) Минздравсоцразвития Чувашии (РПТЦ), где также реализована организационная модель медико-психологической помощи больным ППР.

Апробация работы. Основные положения и результаты исследования доложены на Всероссийском конгрессе по детской психиатрии (Москва, 2001); Научно-практической конференции «Актуальные вопросы психотерапии психосоматических расстройств» (Минск, 2001); Региональной конференции служб экстренной психологической помощи «Экстренная психологическая помощь: состояние, тенденции, перспективы» (Казань, 2001); IV Всероссийской научно-практической конференции «Психология и психотерапия. Психотерапия детей, подростков и взрослых: состояние и перспективы» (Санкт-Петербург, 2002); II и III съездах психиатров, наркологов и психотерапевтов Чувашской Республики (Чебоксары, 2000, 2005); II съезде психоло-

гов Чувашии (Чебоксары, 2002); Научно-практической конференции с международным участием «Семья: взрослые и дети в изменяющемся мире» (Чебоксары, 2002); Международных медицинских семинарах по психиатрии и психотерапии «Salzburg Medical Seminars» (Зальцбург, Австрия, 2002, 2004); Международной конференции Европейского бюро ВОЗ «Healthy Cities» (Белфаст, Великобритания, 2003); XI Российском совещании главных психиатров с участием главных психотерапевтов и руководителей учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь «Новые технологии в практике оказания психиатрической и психотерапевтической помощи» (Смоленск, 2004); XIV Всероссийской конференции «Оказание экстренной психологической помощи подросткам и молодежи. Поддержание здорового образа жизни» (Чебоксары, 2004); Научно-практической конференции «Этнокультуральные вопросы психиатрии и психологии» (Чебоксары, 2004); X международном конгрессе финно-угроведов (Йошкар-Ола, 2005); XIV съезде психиатров России (Москва, 2005); Научной конференции с международным участием «Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины» (Санкт-Петербург, 2006); Научной конференции с международным участием «Игровая зависимость: мифы и реальность» (Москва, 2006); Заседаниях Чувашской Ассоциации врачей психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов (Чебоксары, 2001 – 2006). Материалы диссертации включены в две монографии: «Эпоха и этнос: Проблемы здоровья личности», Чебоксары, 2004 (в соавт. с И.Н. Афанасьевым); «Головная боль в клинике психических расстройств», Чебоксары, 2005 (в соавт. с Ф.В. Орловым, А.В. Голенковым, Г.А. Иваничевым).

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 391 странице машинописного текста. Состоит из введения, семи глав, заключения, выводов, указателя цитированной литературы (430 наименований, из них 242 – зарубежных). Работа иллюстрирована 51 таблицей и 44 рисунками.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Совокупность социокультурных факторов, определяемых социальной и демографической ситуацией, этническим составом населения, особенностями исторического развития региона, обуславливает высокую распространенность в Чувашии ППР, доминирующих в общей структуре психических заболеваний.

2. Условия формирования и манифестации различных по своей клинической картине ППР неразрывно связаны с половозрастными особенностями личности, уровнем урбанизации места ее проживания, полнотой и характером ее социокультурной идентичности.

3. Риск аутоагрессивного поведения при ППР значительно возрастает за счет патогенных условий ранней социализации в дисгармоничной семейной среде, ведущей к нарушению формирования границ личностной идентичности.

4. Сформированность духовного мировоззрения, наряду со стабильностью семейной структуры, является важным адаптивным ресурсом личности при ППР.

5. Наиболее адекватная система психопрофилактических мероприятий при ППР должна носить межведомственный характер и опираться на биопсихосоциальную концепцию иерархичности структуры потребностей гармонично функционирующей личности.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Исследование, основанное на методологических подходах биопсихосоциальной концепции медицины, проводилось в четыре этапа по следующей программе.

На *первом этапе* (2001-2003 гг.) изучались теоретические разработки отечественных и зарубежных ученых по клинико-диагностическим, психологическим, терапевтическим, социокультурным и профилактическим аспектам ППР, представленных в источниках научно обоснованной медицинской и психологической информации. Определялась ключевая проблема, формулировались цели, планировалась процедура исследования (тип исследования, характер выборок, инструмент, материалы и методы).

На *втором этапе* (2003-2004 гг.) по данным Всероссийской переписи населения 2002 г. определялась демографическая характеристика населения республики; по данным официальной статистики за пятилетний период проводился анализ распространенности, структуры и динамики психических расстройств в Чувашии. По результатам сопоставления аналогичных клинико-эпидемиологических и демографических показателей, характеризующих ситуацию с психическими расстройствами в ЧР и РПТЦ, было установлено, что каждый пятый больной непсихотическими психическими расстройствами республики выявляется и наблюдается в указанном учреждении. В связи с чем, были определены критерии формирования исследовательской выборки из больных РПТЦ. Одновременно изучался этнографический материал, раскрывающий особенности культуры, быта, менталитета, религиозных представлений и ценностных установок, характеризующий чувашское население в прошлом и настоящем.

В ходе *третьего этапа* (2004 г.) происходил сбор материала собственных исследований, для чего обследовались все больные, обратившиеся в течение года за психотерапевтической и медико-психологической помощью в РПТЦ. Из больных, страдающих непсихотическими психическими расстройствами, были сформированы две клинические выборки: первая – из больных в возрасте старше 18 лет, и вторая – из больных детей и подростков. Из числа здорового населения республики с целью получения ряда нормативных показателей была сформирована контрольная группа, которая прошла анонимное анкетирование и экспериментально-психологическое обследование.

Обработка и последующий анализ полученных данных относятся к *четвертому этапу* исследования (2005-2006 гг.). Интерпретация эмпирических результатов

сопровождалась их сопоставлением со статистическими и литературными данными, обсуждением, формулированием выводов, а также разработкой научных подходов по совершенствованию психотерапевтической и психопрофилактической помощи населению Чувашии.

Выбор **материала исследования** определялся необходимостью комплексного междисциплинарного характера исследования проблемы ППР с учетом малой изученности их взаимосвязи с медико-психологическими, социально-историческими и этнокультурными факторами. С целью получения информации, наиболее полно отражающей различные аспекты феноменологии ППР и формирования целостных представлений по рассматриваемой проблеме, весь материал исследования представлен в виде трех взаимосвязанных и взаимодополняющих блоков – этнографического, клинико-эпидемиологического и клинико-психологического.

Этнографический блок основывается на документах из фондов научного архива Чувашского государственного института гуманитарных наук, материалах этнографических изданий Чувашского государственного университета и Чувашского государственного института гуманитарных наук. Изучены ранее опубликованные и неопубликованные материалы устного народного творчества чувашей (более 4000 пословиц и 80 народных сказок). Большое внимание уделено исследованию особенностей макросоциальной среды у чувашей, в которой происходило формирование личности. Проанализированы традиции, взгляды, мировоззрение в отношении к жизни и смерти, здоровья и болезни, традиционные защитно-компенсаторные механизмы, влияющие на формирование психических нарушений.

Материалом **клинико-эпидемиологического блока** служат официальные сведения о заболеваемости и болезненности психическими расстройствами, показателях использования кадровых ресурсов здравоохранения, содержащиеся в данных государственной статистической отчетности учреждений здравоохранения ЧР за период 2000 – 2004 гг. (форма № 10 «Сведения о заболеваниях психическими расстройствами и расстройствами поведения», форма № 17 «Сведения о медицинских и фармацевтических кадрах», форма № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении», форма № 36 «Сведения о контингентах психически больных»); данные ежегодных (2000-2004 гг.) статистических сборников Министерства здравоохранения ЧР «Статистика здоровья населения и здравоохранения ЧР», статистических сборников Комитета государственной статистики ЧР. Изучались половозрастные и клинико-социальные особенности непсихотических форм психических расстройств в ЧР, сопоставление их с аналогичными показателями РПТЦ.

В данном исследовании официальные статистические показатели психических расстройств непсихотического характера рассматриваются в качестве показателей ППР.

Клинико-психологический блок основан на материале выборочного исследования больных непсихотическими формами психических и поведенческих рас-

стройств, впервые обратившихся за психотерапевтической помощью в РПТЦ в 2004 г. Для определения репрезентативного объема клинической выборки произведен расчет необходимого числа наблюдений (n) по формуле:

$$n = \frac{t^2 p(1000-p)}{\Delta^2},$$

где t – доверительный коэффициент; p – интенсивный показатель в промилле; Δ – максимальный размер ошибки выборки (Стекольников Л.В., Голенков А.В., 1995).

С учетом показателя первичной заболеваемости непсихотическими формами психических расстройств, зарегистрированными среди взрослого населения ЧР в предыдущий год (5,37 на 1000 чел. населения), величины доверительного коэффициента t не менее двух и максимального размера Δ не более 5% необходимый объем выборочной совокупности составил не менее 853 наблюдений из всей генеральной совокупности ППР среди взрослого населения на территории Чувашии.

Аналогичный показатель, определяющий необходимый объем выборки детей и подростков с пограничными расстройствами, составил 354 чел. Таким образом, общий объем клинической выборки составил не менее 1207 случаев.

По данным статистической отчетности, из общего числа 2010 больных психическими расстройствами, зарегистрированных в 2004 г. в РПТЦ, 34 больных (1,7%) страдали психотическими формами психических расстройств и по этой причине были исключены из дальнейшего исследования. Из оставшихся 1976 чел. с учетом соответствия основным клинико-демографическим характеристикам непсихотических психических расстройств, зарегистрированных в Чувашии, были отобраны 916 больных в возрасте старше 18 лет (I клиническая группа). Аналогичные критерии для больных возрастной категории до 18 лет использовались при формировании II клинической группы, в которую вошли 361 ребенок и подросток с непсихотическими формами психических расстройств.

Данные исследовательские группы общей численностью 1277 больных являются репрезентативными выборками генеральной совокупности всех больных ППР, выявленными в ЧР в 2003 г. и представленными в таблице 3000 сводной отчетной формы № 10 «Число заболеваний психическими расстройствами, зарегистрированных впервые в жизни».

В качестве критериев включения в клинические группы, обеспечивающих их репрезентативность, рассматривались: пол, возраст, место жительства и нозологическая категория, соответствующая МКБ-10 и рубрикации формы № 10. Критериями исключения были: психотический характер психических расстройств и различные формы умственной отсталости.

В виду отсутствия в форме № 10 и других отчетных формах информации об этнической принадлежности больных, выборка по национальности в I клиническую группу производилась в соответствии с данными Всероссийской переписи населения 2002 г., согласно которой 67,7% всего населения республики составляют чуваша, 26,5% - русские, 5,8% - представители других национальностей. К материалу клини-

ко-психологической модальности были также отнесены результаты обследования 361 родителя больных детей и подростков II клинической группы, которые обследованы во время обращения к психотерапевту по поводу здоровья ребенка.

Таким образом, в числе больных I клинической группы были 330 мужчин (36,0%) и 586 женщин (64,0%) в возрасте от 18 до 76 лет. Средний возраст обследованных составил $35,05 \pm 13,84$ лет (средний возраст мужчин – $36,21 \pm 14,52$ лет, женщин – $34,43 \pm 13,37$ лет). 85,0% обследованных проживало в городе, 15,0% - в сельской местности. II клиническая группа была представлена 200 детьми и подростками мужского (55,4%) и 161 - женского пола (44,6%), 57 жителями села (15,8%) и 304 – города (84,2%) в возрасте от 3 до 17 лет. Средний возраст обследованных составил $9,46 \pm 3,45$ лет. Большинство обследованных родителей детей и подростков этой группы были матерями (88,1% или 318 чел.) в возрасте от 20 до 55 лет (средний возраст $36,9 \pm 0,6$ лет).

Для предотвращения появления систематических ошибок и получения нормативных данных по ряду экспериментально-психологических методик путем сопоставления с I клинической группой по основным социодемографическим признакам, потенциально влияющим на изучаемые явления, из 717 человек общей популяции населения ЧР в возрасте от 18 до 65 лет была сформирована *контрольная группа*. В нее вошли работники промышленности, сельского хозяйства, экономики, предпринимательства и бизнеса, образования, науки и высшей школы, культуры, здравоохранения, транспорта и связи, торговли и бытового обслуживания, служащих государственных и силовых структур, а также учащихся, студентов и неработающих. Все испытуемые в момент обследования находились вне лечебных учреждений, не имели определенных жалоб на состояние здоровья, и по клиническим критериям не относились к категории больных психическими и поведенческими расстройствами. Отдельная контрольная группа для больных II клинической группы не формировалась, т.к. используемыми в данной работе экспериментально-психологическими методиками обследовались не сами дети и подростки с психическими расстройствами, а их родители. В связи с чем сопоставление полученных в обследовании родителей психологических показателей производилось с аналогичными показателями описанной выше контрольной группы.

Методы исследования. Исследование проводилось в рамках мультимодального подхода, предполагающего интеграцию информации, полученной разными методами (Перре М., Бауман У., 2002), основными из которых в данной работе были: клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, клинико-психологический, клинико-эпидемиологический. Дополнительно использовались этнографический, транскультурный и математико-статистический методы. Достоверность и обобщаемость полученных результатов определялась соответствием структуры исследования его задачам.

В качестве основного инструмента сбора первичных научных данных применялась специально разработанная карта, структура которой включала социодемографический, этнокультурный, клинический и психологический разделы. В социодемографическом разделе представлена общая информация о возрасте, поле, национальности, семейном положении, месте жительства, образовании, учебной или профессиональной деятельности. Этнокультурный раздел охватывал вопросы языковой компетентности, религиозной принадлежности, этнического статуса, особенностей семейного воспитания, системы жизненных ценностей, отношения к деструктивному поведению, здоровью и болезни. Если национальность больного (этническая идентичность) устанавливалась на основании субъективных данных его самоопределения, то его этнический статус определялся в соответствии с объективной категорией этничности по этнической принадлежности родителей, месту рождения, языку, культуре (Стефаненко Т.Г., 2003). В связи с этим были определены две моноэтнические группы – этнических чувашей и этнических русских, чья этническая самооценка совпадала с национальностью обоих родителей. Больные из биетнической группы происходили из гетероэтнических семей и идентифицировали себя с национальностью одного из родителей. Больные из дизэтнической группы идентифицировали себя с национальностью, которая не соответствовала реальной этнической принадлежности ни одного из родителей. В клиническом разделе были сконцентрированы сведения, базирующиеся на клиническом обследовании больных ППР: психопатологическая отягощенность наследственности, дезадаптивное поведение в детстве, особенности реагирования в стрессовых ситуациях, возраст к моменту заболевания, длительность заболевания на момент обследования, сфера возникновения психотравмирующей ситуации, клинический диагноз, синдромальная характеристика, особенности трудовой и социальной адаптации, лечение и его эффективность. В психологическом разделе отражались результаты психологического обследования больных ППР.

Клинико-психопатологический метод был основан на систематизированном сборе анамнестических сведений о жизни и психопатологических проявлениях больных. При определении диагностических критериев и дефиниций клинических состояний обследованных использовалась МКБ-10. В круг изучаемых психических расстройств в качестве ППР в данном исследовании были включены невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F4), расстройства зрелой личности и поведения (F6), поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся преимущественно в детском и подростковом возрасте (F9), а также непсихотические формы аффективных расстройств настроения (F3), неврозоподобных расстройств на фоне органической патологии или физической болезни (F0), поведенческих синдромов, связанных с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F5), нарушений психологического развития (F8).

Экспериментально-психологический метод базировался на целенаправленном использовании для выявления особенностей психической деятельности обсле-

двух стандартизованных психодиагностических методик: Я-структурный тест Аммона (Ich-Struktur Test von G. Ammon, ISTA), методика оценки психического здоровья (МОПЗ), опросник выраженности психопатологической симптоматики, SCL-90 (Derogatis S., 1973), опросник исследования самооотношения личности В.В. Столина (МИС), индикатор копинг-стратегий Д. Амирхана (Amirkhan J.Y., 1990), адаптированный В.М. Ялтонским (1995) и Н.А. Сирота (1994), методика Э. Хайма (Heim E., 1988), опросник для родителей «Анализ семейных взаимоотношений» (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В., 1990), адаптированная Ф.В. Березиным с соавт. (1994) версия опросника MMPI (Миннесотский многопрофильный личностный опросник), шкала депрессии Зунга (Zung W.W.K., Durham N.C., 1965). С целью получения нормативных для ЧР показателей тестов шестью первыми психодиагностическими методиками из девяти исследовались также обследованные из контрольной группы.

Клинико-психологический метод позволял интегрировать всю полученную в результате психодиагностического обследования больного информацию, относящуюся к истокам его психопатологических проявлений, на основе конкретизации представлений об уникальных и устойчивых паттернах переживаний, поведения, особенностей личности, наиболее значимых аспектах его субъективной жизненной истории и системы отношений (Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., 2003).

Клинико-эпидемиологический метод явился наиболее адекватным для проведения транскультурных исследований (Положий Б.С., 1997; Чуркин А.А., 1997), к критериям валидности которого можно отнести репрезентативность выборки, соблюдение единых диагностических подходов, использование методик, соответствующих основным задачам работы. В данном исследовании репрезентативность научного материала была обеспечена его объемом, стратифицированным рандомизированным способом формирования клинической и контрольной выборки.

Математико-статистический метод. Собранная описанными методами информация составила основу для формирования электронной базы первичных научных данных, математико-статистическая обработка которых производилась с помощью пакетов программного обеспечения анализа данных *Statistica* (версия 6.0) и *Biostatistics* (версия 4.03), что позволило построить систему доказательств для основных положений диссертационного исследования.

Использовались методы описательной статистики (расчет среднего M , стандартного отклонения σ). Для определения статистически достоверных различий при уровне значимости $p < 0,05$ для количественных нормально распределенных признаков применялся t -критерий Стьюдента. Проверка исследуемой нормально распределенной выборки на однородность по различным видам независимых признаков осуществлялось при помощи однофакторного дисперсионного анализа путем вычисления F критерия (Гланц С., 1998). Анализ качественных признаков в области точности оценки долей производился при помощи z -критерия для пропорций. С целью исследования линейной взаимосвязи между количественными признаками проводился кор-

реляционный анализ Пирсона. При исследовании взаимосвязи между качественными характеристиками определялся коэффициент ранговой корреляции Спирмена (Гланц С., 1998; Петри А., Сэбин К., 2003). Выделение тесно связанных классов клинико-психологических и социокультурных параметров ППР проводилось посредством многомерных методов анализа. С целью выявления естественного количества кластеров, характерных для исследуемой выборки, применялась иерархическая агломеративная стратегия кластеризации. Первоначальные «сырые» баллы после процесса стандартизации подвергались кластеризации методом объединения посредством способа полной связи (Рубцова Н.Е., Леньков С.Л., 2005). Для нахождения обобщенных критериев оценки социокультурного и клинико-психологического статуса больных ППР применялась процедура факторного анализа. Метод главных компонент позволил создать из множества исходных данных небольшое количество переменных, объясняющих значительную часть общей дисперсии. Нормализованный вариант вращения факторов помог получить более приемлемую для интерпретации структуру факторов (Наследов А.Д., 2004; Рубцова Н.Е., Леньков С.Л., 2005).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выделение факторов, определяющих формирование процесса психической адаптации у населения Чувашии, является сложной междисциплинарной задачей, требующей изучения, как современных демографических данных, так и материалов традиционной духовной культуры чувашей. Для получения целостной картины о характере демографической ситуации в ЧР использованы данные Всероссийской переписи населения 2002 г. При оценке значимости явления проведено сравнение с представленными в том же источнике аналогичными показателями Приволжского федерального округа (ПФО), к которому относится республика, и РФ.

Социодемографическая характеристика населения Чувашии

Так, по данным переписи, общая численность населения ЧР составляет 1 млн. 314 тыс. чел. Доля женщин в его структуре несколько превышает долю мужчин (53,7 против 46,3%). Доля населения, проживающего в городах (60,6%), в полтора раза больше доли проживающих на селе (39,4%). Однако данный показатель гораздо ниже, чем в ПФО (70,8%) и РФ (73,3%), что свидетельствует о более низком уровне урбанизации в республике. Сельское население Чувашии также отличается большей естественной активностью, т.к. оно значительно моложе, чем в РФ (38,4 против 42,0 лет).

Более половины всего населения республики состоит в браке (58,0%), большинство – в зарегистрированном (93,0%), остальные – в незарегистрированном (7,0%). Уровень разводов в Чувашии (6,6%) в целом меньше, чем в ПФО (8,3%) и РФ (9,4%), что отражает большую стабильность семейной структуры в республике.

В пересчете на 1000 чел. население республики отстает от ПФО и РФ по показателям высшего (129 против 136 и 157), среднего специального (247 против 271 и 271) и послевузовского (1 против 2 и 3) образования и опережает – по уровню общего

среднего (193 против 174 и 175) и общего основного образования (151 против 145 и 138). Структура занятости населения ЧР отражает промышленно-аграрную направленность состояния экономики.

Наиболее крупными национальностями республики являются чуваши, относящиеся к тюркской языковой группе (67,7%) и русские (26,5%) – крупнейшие представители славянского языкового мира. Если чувашское население равномерно представлено в городах (50,2%) и на селе (49,8%), то русское – является преимущественно городским (87,6%). Подавляющее большинство чувашей владеет русским языком (95,6%). Доля русского населения, владеющего чувашским языком, составляет 4,8%. Почти каждый седьмой чуваш (14,2%) не знает чувашского языка. В целом, только 60,7% населения ЧР владеет чувашским языком, из них чувашаи составляют 95,7%, русские – 2,1%, татары – 1,8%.

Анализ семейного положения показывает, что для чувашей в сравнении с русскими характерна большая прочность семейных традиций. Они чаще состоят в браке (58,3 против 56,6%), реже – в разводе (5,8 против 9,0%). Чувашаи чаще регистрируют свои семейные отношения (93,1 против 92,7%), реже живут в «свободном» браке (6,9 против 7,3%). Доля лиц, имеющих высокий уровень профессионального образования, среди русского населения несколько выше, чем среди чувашского. Это касается, прежде всего, послевузовского (0,2 против 0,1%), высшего (17,4 против 11,2%), неполного высшего (3,3 против 2,6%) и среднего профессионального образования (29,0 против 23,3%).

Несмотря на длительное взаимодействие с соседними народами в чувашской культуре сохраняются определенные черты многовековых традиций, одной из которых является четкая иерархическая структура чувашской семьи. Главой ее и сейчас часто считается мужчина, которому подчиняются все члены семьи. Женщина является главой семейного культа и хранительницей семейных традиций и обрядов. Младший сын, как правило, остается с родителями как наследник. Разводы до сих пор часто считаются недопустимыми, но при деспотичном отношении уход женщины от мужа оправдывается.

Социодемографический анализ особенностей населения ЧР показывает, что оно, в целом, отличается большей традиционностью и консерватизмом за счет преобладания в его структуре женщин, сельского населения, сравнительно невысокого уровня образования. Данная ситуация с одной стороны, способствует сохранению стабильности семейных отношений, с другой – определяет низкий уровень доходов. Численное превалирование в республике лиц чувашской национальности, как в городе, так и на селе, определяет условия для широкого распространения влияния традиционной чувашской культуры на все население республики. Однако исторические особенности развития чувашского этноса, социально-экономическая ситуация в стране, а также вестернизация общественного сознания способствуют формированию и активному распространению в обществе противоположно направленных тенденций

негативного отношения к традиционной культуре, в том числе и среди чувашей. Тем не менее, основные проявления чувашского этнического менталитета во многом сохраняют свое влияние на социальные нормы поведения жителей республики, как здоровых, так и имеющих ППР.

Изучение на основе анализа этнографического и фольклорного материала этнического менталитета чувашей, определяемого как относительно целостная система ценностей, взглядов, мировоззрения, черт характера, норм поведения, создающих картину мира и скрепляющих единство культурной традиции, показывает, что в традиционной чувашской культуре существует несколько ключевых факторов, обнаруживающих влияние на состояние психического здоровья населения, протективный или деструктивный характер воздействия которых определяется доминирующей в обществе системой ценностей.

К таким факторам, прежде всего, относится характерный для чувашской культуры высокий уровень социальной ориентированности личности, стирающей границы между «Я» индивида и «Мы» общества, что находит отражение в картине мира, представлениях о здоровье и благополучии, а также – системе компенсаторно-приспособительных механизмов и оздоровительных практик. Широкая сеть естественной социальной поддержки, возникающая в недрах такой культуры, создает благоприятные условия для снижения напряжения, вызываемого необходимостью жесткого контроля эмоциональных реакций и гетероагрессивных импульсов.

Категория труда как самостоятельной ценности, занимающей центральное место в чувашской культуре, больше связана с понятиями духовного и физического благополучия, чем с уровнем материального благосостояния, а потому во многом определяет систему самоотношения личности и специфику внутренней картины здоровья и болезни.

Интеграция в мировоззрении рациональных и иррациональных представлений о нозогенезе допускает возможность принятия различных, часто противоречащих друг другу моделей диагностики, лечения и профилактики болезненных состояний, что неоднозначно отражается на состоянии здоровья. Межпоколенная трансмиссия определенного уровня толерантности к таким формам аутодеструктивного поведения, как злоупотребление алкоголем и самоубийство, служит еще одним социокультурным фактором, снижающим адаптивный потенциал личности в условиях чувашской культуры. В отсутствии серьезных социокультурных альтернатив, данные модели дезадаптивного поведения активно транслируются новым поколениям, встраиваясь в их картину мира и формируя, таким образом, аутодеструктивные паттерны реагирования личности на стрессовые ситуации.

Несмотря на то, что данные детерминанты выделены в рамках чувашской культуры, доминирующей в обществе, они нередко могут быть распространены и на ту часть нечувашского населения республики, которая в течение длительного времени проживает в условиях описанной выше социокультурной реальности и не может ос-

таваться свободной от ее влияния, формируя сходные механизмы адаптации. Именно поэтому важным моментом исследования стало определение социокультурных особенностей диагностики ППР в регионе.

Особенности диагностики ППР в Чувашии

В результатах применения методики SCL-90 у здорового населения Чувашии находят подтверждение характерные для коллективистских обществ культурные наборы реакций, проявляющиеся нежеланием выбора предельных значений оценочных шкал и свидетельствующие о стремлении «не выделяться» (Мацумото Д., 2002). Подобные устремления полностью вписываются в рамки традиционной чувашской культуры. Именно эта тенденция, на наш взгляд, объясняет более низкие значения всех психопатологических показателей у контрольной группы в Чувашии, что отнюдь не указывает на более высокий уровень психического здоровья ее населения. Об этом же свидетельствуют и данные психологических методик, направленных на изучение особенностей личности и ее поведения.

Анализ результатов методики ISTA показывает, что статистически достоверные различия между чувашской и общероссийской нормативными группами определяются по 12 шкалам из 18 возможных. Наиболее полное несоответствие можно констатировать по функциям страха и внешнего Я-отграничения, все три формы проявления которых (конструктивная, деструктивная и дефицитарная) имеют здесь более высокие или более низкие значения. Давая обобщенную характеристику испытуемым нормативной группы в Чувашии, можно подчеркнуть, что все полученные у них показатели не выходят за пределы нормативного диапазона 40–60 Т-баллов (рис. 1), а потому не свидетельствуют о личностном дисбалансе испытуемых. В то же время, соотношение шкал ISTA здесь имеет определенную специфику, которая может свидетельствовать о наличии социокультурных особенностей здорового населения республики.

Групповые оценки психического здоровья испытуемых чувашской выборки (T_α и T_β) по МОПЗ находятся в нормативном интервале от -10 до $+10$ баллов, что свидетельствует о сбалансированности психоэмоциональных проявлений, ресурсов психической адаптации и реализации психического потенциала. С другой стороны, здесь определяется достоверное снижение конструктивных показателей (A), отражающих более низкие значения способности противостоять неблагоприятным обстоятельствам, отстаивать собственные жизненные позиции, сохраняя значимые межличностные отношения, что традиционно считается важным при оценке адаптационного ресурса личности. В данной выборке также отмечается значимое повышение показателей шкал деструктивности (B) и дефицитарности (C), содержательной стороной которых являются те или иные психопатологические проявления, ощущение нераскрытости, нереализованности личности, стремление функционировать на минимуме возможностей.

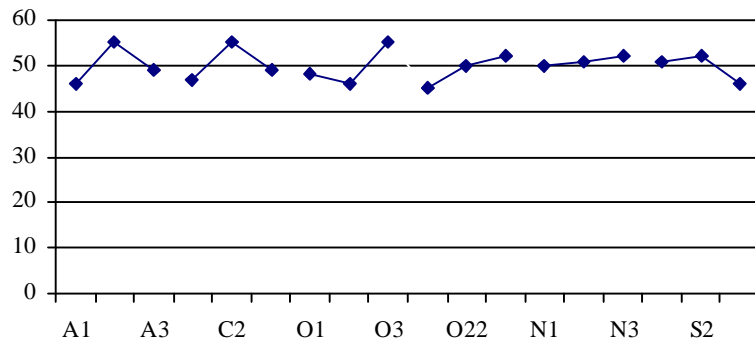


Рис. 1. Усредненный профиль ISTA здоровой популяции Чувашии.

Определение базисных копинг-стратегий по методике Е. Neim свидетельствует, что для чувашской выборки, в целом, характерна большая конструктивность и аналитичность совладания, что подтверждается более высокими показателями когнитивного копинга ($z=4,208$; $p<0,001$) и снижением частоты его относительно адаптивных форм ($z=3,732$; $p<0,001$). Чуть большая адаптивность чувашской выборки прослеживается в сфере эмоциональных реакций ($z=2,365$; $p=0,018$), прежде всего, за счет присущей ей уверенности в существовании выхода из любой трудной ситуации (стратегия «оптимизм»). В то же время, чувашская выборка уступает общероссийской в способности к непосредственному конструктивному поведению в критической ситуации ($z=3,803$; $p=0,001$). Совладание с трудностями здесь происходит в основном за счет стратегий «сотрудничество» и «отвлечение», что носит адаптивный и относительно дезадаптивный характер.

По итогам проведенного психометрического исследования здоровой популяции Чувашии можно констатировать, что в качестве ведущих на сегодняшний день черт личности, связанных с влиянием чувашской культуры, определен комплекс психологических свойств. К таким стержневым компонентам относится гиперсоциальная направленность личности, характеризующаяся высоким уровнем ориентации на групповые цели в противовес индивидуальным. Здесь считается вполне привычным быть вовлеченным в жизнь других людей, проявлять привязанность и зависимость от них. Задачи взаимосвязанного сосуществования в таких условиях поощряют развитие в личности черт конформности, аспонтанности, навыков жесткого контроля за эмоциональными реакциями. Более поощряемым качеством является сдержанность. Неконфронтационный характер межличностного взаимодействия предполагает модели общения, основанные на строгом соблюдении иерархии социальных ролей, а также частом перенаправлении агрессивных тенденций с окружающих на собственную личность.

В силу того, что описанные выше качества выявлены у психически здоровой части популяции республики, а также с учетом соответствия их количественного выражения исходному нормативному диапазону психометрических методик, можно констатировать, что данные свойства личности носят, в целом, характер нормативных

для данного общества и потому соответствуют адаптивным моделям поведения. В то же время, определение взаимосвязей между полученными показателями психометрических методик проясняет картину наиболее вероятных вариантов дестабилизации психического состояния и развития психической дезадаптации. К их числу у жителей Чувашии, прежде всего, отнесено общее снижение психической активности с нарушением адекватности восприятия собственной личности и дисгармонией межличностных отношений, проявляющееся депрессией и аутоагрессивными тенденциями.

Анализ распространенности (болезненности) населения Чувашии психическими расстройствами за период 2000 – 2004 гг. показывает, что ее уровень в республике значительно превышает среднероссийский. Небольшое снижение распространенности психических расстройств отмечается только в 2001 г., после чего вновь наблюдается отчетливый рост. Максимальная болезненность психической патологией в ЧР регистрируется в 2004 г. Несмотря на снижение общей численности населения в республике происходит увеличение абсолютного числа психически больных с 15927 чел. в 2000 г. до 18076 чел. в 2004 г., что составляет положительный прирост в 13,5%. Устойчивый прирост болезненности психическими расстройствами в Чувашии отмечается и в сравнении с соответствующими показателями РФ.

Показатель выявляемости психических расстройств в Чувашии также свидетельствует о наличии негативных тенденций. Так, уровень выявляемости психических расстройств в республике значительно выше, чем в РФ и составляет в среднем 662,3 случая на 100 тыс. чел. населения, что более чем в полтора раза выше, чем в РФ. Некоторое снижение выявляемости психических расстройств в ЧР в 2001 г. компенсируется ее значительным приростом в последующие годы. При сравнении с аналогичными показателями РФ видно, что выявляемость психических расстройств в Чувашии после пика в 2003 г. пришла к более стабильному уровню, который соответствует среднему значению за указанные годы.

Еще более показательна динамика показателей ППР в Чувашии. Если в 2000 г. их распространенность здесь выше в 1,35 раза, чем в целом по России, то к 2004 г. это соотношение приблизилось к 1,40. Незначительное снижение распространенности ППР в ЧР с 1767,2 в 2000 г. до 1643,8 в 2001 г. сменяется их неуклонным ростом до 2059,4 в 2004 г.

Стоит отметить, что на протяжении последних лет в общей структуре распространенности психических расстройств в Чувашии ППР составляют более половины всех случаев. В то время, как в РФ этот показатель меньше, что отражает региональные особенности эпидемиологии психических расстройств в Чувашии.

Не может не обратить на себя внимание и динамика выявляемости ППР в Чувашии. Здесь также наблюдается устойчивый рост показателей с 536,2 в 2002 г. до 547,0 в 2004 г. Эти цифры превышают аналогичные среднероссийские показатели примерно в два раза и определенно свидетельствуют о качественно большей выяв-

ляемости ППР в Чувашии, что можно связать с традиционно высоким уровнем организации психотерапевтической службы в республике.

Опираясь на высокую долю ППР в общей структуре выявляемости психических расстройств в ЧР и РФ, можно утверждать, что пограничная психическая патология играет определяющую роль в структуре заболеваемости психическими расстройствами. В то же время, более высокий уровень выявляемости ППР в Чувашии, может свидетельствовать не только о хорошей организации работы психотерапевтов и психиатров, но и достаточно высоком уровне заболеваемости ППР, что обуславливает необходимость более глубокого изучения особенностей ее структуры.

Число впервые в жизни выявленных больных ППР на 100 тыс. чел. населения является одним из важнейших показателей, характеризующих уровень психической патологии в территории. Он может не совпадать с реальными показателями заболеваемости, однако в случае разветвленной и хорошо работающей системы внебольничной психиатрической, психотерапевтической и медико-психологической помощи, как в Чувашии, может значительно к ним приближаться и давать количественную характеристику ППР в регионе.

Анализ по основным демографическим параметрам усредненных показателей числа заболеваний ППР, зарегистрированных впервые в жизни в ЧР за период 2000-2004 гг., показывает, что психические расстройства пограничного уровня здесь чаще регистрируются у женщин (59,0%), жителей города (83,3%) и лиц в возрасте старше 18 лет (72,1%). Среди взрослых больных ППР жители села составляют только 7,0%. Сельских детей и подростков среди всех больных ППР – 16,3%.

Анализ структуры ППР по клинико-нозологическим группам непсихотических психических расстройств показывает, что доминирующее место (более 90%) здесь занимают невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (43,6%); органические расстройства (30,6%), а также объединенные в одну группу поведенческие синдромы, больше характерные для взрослых, и непсихотические расстройства детского и подросткового возраста (18,1%).

Раздельный анализ непсихотических форм психических расстройств с учетом возрастного фактора по иному представляет клинико-нозологическую структуру ППР. У взрослого населения значительно возрастает роль невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (50,4%); органических расстройств (36,6%). Несколько чаще в этой возрастной группе встречаются аффективные нарушения (3,1%), расстройства личности и поведения (6,8%). В шесть раз снижается частота поведенческих синдромов и непсихотических расстройств детско-подросткового возраста (3,1%), что обусловлено зрелым возрастом больных.

Структура ППР у детей и подростков определяется весомым (56,4%) вкладом поведенческих синдромов и психических расстройств, более характерных именно для этой возрастной категории. Более четверти всех случаев ППР в этой группе имеет вы-

раженную психогенную природу и складывается в клиническую картину невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств (26,3%).

Каждый третий (36,6%) случай определяется органическим характером нарушений, восходящих к перинатальному или другому периоду жизни ребенка. Минимальная представленность аффективных нарушений (0,3%) и расстройств личности и поведения (1,8%) у детей и подростков может быть связана с незавершенностью формирования личностных структур, и, в частности, их эмоционально-аффективной сферы.

В ходе эпидемиологического анализа динамики и структуры ППР в ЧР в сравнении с РФ установлено, что значимость данного вида психопатологии для республики особо велика. На протяжении всего периода 2000-2004 гг. ППР являются абсолютно доминирующей группой в структуре всех психических расстройств. Несмотря на то, что исследуемый временной промежуток является периодом относительной социально-экономической стабилизации для всей страны, в республике отмечен более высокий уровень негативной динамики ППР в области их выявляемости и болезненности, что нельзя объяснить только хорошей организацией работы психиатрической и психотерапевтической службы. В их основе, на наш взгляд, лежит комплекс социокультурных детерминант, предполагающих большую уязвимость населения республики к воздействию определенных психосоциальных влияний и формированию психической дезадаптации.

Исследование взаимосвязи социокультурных характеристик личности с содержанием психической дезадаптации пограничного уровня по системе пяти модулей (общедемографического, этнокультурного, духовно-ценностного, семейного, отношения к здоровью и болезни) позволило значительно расширить понимание психосоциальной составляющей актуальных переживаний больного, являющихся феноменологическими проявлениями состояния психической дезадаптации.

Находясь в состоянии психической дезадаптации и остро осознавая первоочередную необходимость семейного благополучия, больные ППР, тем не менее, не в состоянии строить зрелые гармоничные отношения с окружающими. Они легко идут на конфронтацию, в лучшем случае, игнорируя существование имеющегося конфликта, вместо его конструктивного разрешения. Причины такого поведения могут лежать в недрах родительской семьи больных ППР, в которых, как правило, доминируют матери, не способные к равносторонним эгалитарным отношениям с супругом. В таких условиях воспитание детей чаще происходит по типу доминирующей гиперпротекции с установкой на подчинение и ограничение самостоятельности. Этому вполне благоприятствуют внутрисемейные обстоятельства, так как больные ППР растут и воспитываются в семьях, где являются средними, а не старшими детьми по порядку рождения. Такая внутрисемейная позиция, в условиях дисгармоничного воспитания, скорее всего, способствует формированию личностной пассивности и зависимости.

Факторы общности этнической и религиозной принадлежности, потенциально свидетельствующие о большей культурно-духовной близости супругов, больными ППР при построении семьи учитываются недостаточно, несмотря на высокий уровень декларируемой ими веры. Однако их религиозные убеждения во многом носят формальный характер и сосуществуют с мистическими и магическими представлениями о дурных приметах, сглазе, колдовстве и порче.

Еще одним проявлением мировоззренческой противоречивости больных ППР также служит то, что, расценивая многие негативные события собственной жизни как результат определенных магических воздействий, они все же предпочитают обращаться за помощью к официальной медицине, которая имеет у них на начальных этапах большой авторитет. В связи с чем, больные ППР ожидают более позитивных, нередко малообоснованных, эффектов от проводимого лечения, что лежит в основе последующих разочарований. В то же время, незрелость, личностная пассивность и неверие в собственные силы заставляют их вновь и вновь обращаться за помощью к специалистам или близким, отношения с которыми часто нарушены и конфликтны, что замыкает собой патологический круг.

Деструктивный выход из этого круга у больных ППР нередко происходит за счет суицидального поведения, готовность к которому среди них довольно высока. Причем аутоагрессия возникает импульсивно, как проявление неспособности найти в определенный момент времени альтернативные пути решения проблем.

Принадлежность больных ППР к определенной социокультурной группе подразумевает наличие общих описательных переменных, позволяющих расширить понимание возможных механизмов нозогенеза. Так, в глубине формирования базового внутриличностного конфликта у *женщин* часто определяется противоречивая потребность достижения успехов и получения удовлетворения одновременно в области двух сфер – семейно-супружеских отношений и карьерно-профессиональной деятельности, адекватно справиться с чем, на фоне повышенного социального давления, больные ППР не в состоянии.

Актуальными для *мужчин* с ППР являются проблемы социально-психологической адаптации к функционированию в условиях высоко урбанизированной среды, когда все возможности социального продвижения и увеличения доходов связаны исключительно с внешней экономической успешностью профессиональной деятельности, а субъективное психологическое благополучие индивида определяется вне связи с экзистенциально-духовными факторами.

ППР в условиях *города* часто развиваются на фоне низкой удовлетворенности больных своим материально-экономическим положением и потери уверенности в своих силах. В подобной ситуации в качестве основного источника помощи рассматривается ближайшее социальное окружение, в частности – родственники.

Ключевой проблемой больных ППР из *сельской* местности является состояние семейных отношений и связанные с ним трудности развода, так как поведение жите-

лей села во многом ориентировано на соблюдение вековых традиций и устоев и порицает расторжение брака между супругами. Экономическая взаимозависимость также способствует максимальному сохранению семьи, несмотря на глубокую дисгармонию внутрисемейных отношений.

ППР у *этнических чувашей* чаще определяются невысоким образовательным уровнем, доминированием в мировоззрении иррациональных представлений, сложным материально-экономическим положением. Предопределяемая особенностями семейного воспитания тенденция избегания конфликтных ситуаций не приводит к их разрешению, способствует ограничительному поведению, которое снижает адаптивные возможности личности.

Социокультурная характеристика *этнических русских* с ППР обуславливается развитием их личности в условиях избыточного внимания и заботы со стороны родителей. Формирующаяся, во многом, благодаря этому позиция привычного противостояния в отношениях со старшими и руководителями является частым осложняющим фактором в профессиональном взаимодействии при изначально высокой нацеленности на достижения в области работы и карьеры.

Неоднозначность своего этнического статуса, сложности в этнической идентификации ярче всего проявляются у больных ППР из *биэтнической* и *дизэтнической групп* конфликтными взаимоотношениями с собственными родителями. В дизэтнической группе это, к тому же, сопровождается неадекватным ощущением своей этнической идентичности, высоким уровнем материальных потребностей, повышенной готовностью к суицидальному поведению, которое здесь входит в разряд реальных жизненных альтернатив.

Исследование социокультурного профиля личности при ППР ориентирует, прежде всего, на базисную проблематику, которая может лежать в основе внутрличностного конфликта у представителей различных социокультурных групп. Тем не менее, полноты диагностической информации, полученной с помощью социокультурного профиля, может быть недостаточно для выяснения характера взаимосвязей между описанными явлениями, глубиной и уровнем их значимости при диагностике ППР. В таком случае целесообразно рассмотрение еще одной диагностической модели ППР, которая возможна при применении многомерных методов статистического анализа. Так, с целью иерархической классификации всего массива социокультурных характеристик больных ППР при помощи кластерного анализа проведена процедура математического упорядочения 42 параметров в сравнительно однородные классы. Можно выделить пять основных кластеров социокультурных параметров при ППР.

Кластер А. Наиболее значимые взаимосвязи в этом кластере отмечены между адекватностью этнической самооценки и уровнем антисуицидального барьера личности, что определяет высокий риск совершения самоубийства больными с неприятием собственной личности по признаку этнической принадлежности. Данные характеристики тесно соотносятся с фактом проживания в условиях сельской местности и более

негативной оценкой состояния собственного здоровья. Отдельная подструктура кластера образована следующими парами характеристик: материальным неблагополучием и ролью старшего ребенка в семье, низким уровнем образования и верой в предопределенность судьбы, приметы и суеверия. Искренняя убежденность в существовании колдовства, сглаза, порчи здесь сочетается со стабильностью семейных отношений, а религиозность сознания определяет иные варианты поддержки, чем обращение за квалифицированной помощью к психотерапевту или психологу.

Кластер В выделяет параметры, соответствующие дисгармоничности семейной среды, в которой происходит формирование личности больного ППР, чаще женского пола. Роль отца в такой семье, городской по условиям проживания и чувашской по этнокультурному происхождению, носит, как правило, номинальный характер и сказывается, в основном, на формальном выборе собственной национальности ребенком.

Основным средством общения здесь служит русский язык, который также является родным для больного, т.к. роль чувашского языка в семье родителями сознательно минимизируется. Этнокультурные воспитательные традиции в такой семье с доминирующей позицией матери преломляются в форме стратегий, ориентированных на послушание и беспрекословное подчинение со стороны ребенка. Данный воспитательный стереотип позже ложится в основу формирования высокого уровня напряженности отношений больного с собственными родителями, свидетельствующих о резко выраженном конфликте поколений.

Кластер С. В этом кластере объединены социокультурные характеристики больных ППР, чья работа в негосударственном секторе экономики с высоким уровнем доходов соответствует более зрелому возрасту и прагматичности жизненных установок, в том числе, в отношении здоровья и болезни. Испытывая безразличие к этнокультурным традициям, они часто вступают в брак с лицами с низким уровнем духовности, что сопровождается частыми разводами и повторными браками. Воспитываясь в родительской семье в условиях избыточного внимания, в собственной семейной жизни они проявляют тенденции к доминированию над супружеской стороной, что нередко приводит к серьезным внутрисемейным конфликтам.

Кластер D определяется социально-уязвимым характером многодетности при ППР. Психотравмирующим началом здесь служит не столько число собственных детей у больного ППР, а неспособность личности адекватно реагировать на ту социальную ситуацию, в которой многодетность не приветствуется и не поощряется, а способствует ухудшению материального благополучия семьи. Отрицательными моментами, характеризующими больных данного кластера, являются определенная иррациональность и ригидность когнитивных установок, а также высокий уровень их социальной конформности и внушаемости.

Кластер E характеризует кризисное состояние духовно-ценностной сферы личности при ППР. Здесь, прежде всего, определяются выраженные различия между субъ-

ективной и объективной оценкой собственного этнического статуса. Может также отмечаться недостаточная сформированность духовного и этнического самосознания, проявляющаяся в индифферентном или негативном отношении к вопросам религии и этнической культуры. В системе жизненных ценностей такой личности часто преобладают исключительно материальные ориентиры, а в случае глубокого кризиса или серьезной болезни вполне реальны обращения к помощи альтернативных целителей – экстрасенсов, магов, колдунов, эффект воздействия которых больными явно переоценивается.

Кластеризация социокультурных параметров больных ППР показывает реальную структуру наиболее распространенных характеристик, которые отражают состояние системы семейных отношений, духовно-ценностной сферы личности и процесса ее этнической идентификации. Именно эти области психической деятельности больных ППР определены в качестве приоритетных в изучении клинко-психологических и этиопатогенетических особенностей ППР.

Клинические и психологические аспекты ППР в Чувашии

В основу дальнейшего изучения клинических и психологических особенностей ППР положены результаты исследования больных непсихотическими формами психических расстройств, рассматриваемых здесь в качестве пограничных. Традиционная отечественная классификация клинических форм пограничных состояний, включающая невротические реакции, невротические состояния, невротические развития личности, психопатии, акцентуированные личности и патохарактерологические развития личности (Александровский Ю.А., 2000) в данной работе расширена за счет группы неврозоподобных (псевдоневротических) и психопатоподобных (псевдопсихопатических) состояний. На наш взгляд, это вполне правомерно, поскольку ППР не относятся к категории исключительно психогенных нарушений, а объединяют состояния, характеризующиеся единством биологических и социально-психологических механизмов, определяющих адаптированную и дезадаптированную деятельность (Александровский Ю.А., 2000).

Психические нарушения у исследуемых больных в возрасте старше 18 лет представлены широким спектром ППР, включающем невротические, аффективные, неврозоподобные, поведенческие расстройства и расстройства зрелой личности и поведения. Наиболее часто встречающимся видом нарушений при ППР (50,5%) являются невротические расстройства (НР), среди которых лидируют реакции на тяжелый стресс и нарушение адаптации (22,1%), связанные с особенностями личностного реагирования, препятствующими действию механизмов успешного приспособления и ведущими к нарушению социального функционирования. Практически у каждого десятого больного ППР (9,6%) определяется повышенная утомляемость, сниженная умственная работоспособность, раздражительность и нарушения сна, являющиеся признаками неврастения, в основе которой лежит внутриличностный конфликт несоответствия между индивидуальными возможностями личности и требованиями дей-

ствительности.

Чуть реже в группе НР встречаются соматоформные (8,7%) и тревожные расстройства (7,1%), первые из которых определяются возникновением физических симптомов вне связи с органической основой для их появления. Вторые – отражают доминирование в клинической картине проявлений тревоги, не ограничивающейся какой-либо определенной ситуацией. Еще более редко (1,6%) встречаются тревожно-фобические расстройства, характеризующиеся выраженными реакциями тревоги, страха, паники, вызываемыми конкретными внешними по отношению к больному ситуациями или объектами. Всего два случая (0,2%) приходится на психические расстройства диссоциативного (конверсионного) характера, когда у больного наблюдается замена психологического содержания бессознательного конфликта, в данном случае, двигательными нарушениями.

На втором месте по распространенности в структуре ППР (36,4%) находятся неврозоподобные расстройства на фоне органической патологии или физической болезни (НПР). Они связаны с появлением в клинической картине заболевания эмоциональных, когнитивных и поведенческих нарушений, имеющих, на первый взгляд невротический характер. Однако тщательное обследование позволяет установить наличие соматического заболевания или органической патологии головного мозга, обуславливающих подобные симптомы. Своевременно начатое лечение основного заболевания может сопровождаться исчезновением неврозоподобной симптоматики. В то же время, органические расстройства личности и поведения, связанные с поражением или дисфункцией головного мозга (6,9%), чаще носят необратимый и прогрессивный характер.

Расстройства зрелой личности и поведения (РЛП) являются третьей по распространенности в структуре ППР клинической группой, и диагностируются у каждого пятнадцатого больного (6,7%). Они охватывают больных с глубоко укоренившимися и постоянными моделями поведения, дезадаптивно реагирующих на широкий диапазон личностных и социальных ситуаций. Среди специфических расстройств личности (3,5%) наиболее часты: эмоционально неустойчивое, параноидное, шизоидное и тревожное. У 2,5% больных ППР выявлено расстройство личности, которое можно отнести к смешанной мозаичной форме. В эту же клиническую группу вошли и 6 больных (0,6%) с таким сравнительно новым видом ППР как расстройство привычек и влечений, проявляющееся в патологической склонности к азартным играм (игровые автоматы, компьютерные игры, казино). У данной части больных неконтролируемая страсть к играм имеет всепоглощающий характер и является причиной глубокой социальной дезадаптации.

Доля аффективных расстройств (АР) в общей структуре ППР сравнительно невелика (3,4%). Сюда отнесены те непсихотические формы депрессивных нарушений, в происхождении которых отчетливо прослеживается роль психосоциальных факторов. Состояние патологического снижения настроения с пессимистической оценкой

собственной личности, положения в окружающей действительности и значимости будущего может иметь характер единичного депрессивного эпизода (1,3%), повторного (рекуррентного) депрессивного расстройства продолжительностью до года (1,2%) или хронического расстройства настроения (0,9%) в виде постоянной нестабильности настроения с многочисленными эпизодами легкой депрессии и легкой приподнятости (циклотимия) либо в виде стабильного депрессивного настроения (дистимия).

Наименее представленной в структуре ППР (3,0%) является группа поведенческих расстройств, связанных с физиологическими нарушениями (ПР). Здесь можно выделить половую дисфункцию, не обусловленную органическим заболеванием (1,6%), при которой в происхождении неспособности мужчины участвовать в половой жизни в соответствии с его желанием основную роль играют психологические факторы. Среди расстройств сна неорганической природы (1,2%) преобладают диссомнии, как первично психогенные состояния, обусловленные нарушением количества, качества или продолжительности сна. Практически не встречавшимся до недавнего времени в республике видом психических нарушений, имеющим также социокультурную обусловленность, является расстройство приема пищи в форме нервной анорексии, доля которой в общей структуре ППР пока незначительна (0,2%).

По данным клинико-анамнестического обследования больных ППР, психопатологическая отягощенность наследственности шизофренией, алкоголизмом, умственной отсталостью, аффективными расстройствами, другими психическими расстройствами прослеживается у каждого четвертого (24,9%). Отягощенная наследственность в наибольшей степени выявляется при РЛП ($z=2,662$; $p=0,008$), в наименьшей – при АР ($z=2,997$; $p=0,003$).

У 23,1% больных в детско-подростковом возрасте отмечались эпизоды тиков, мутизма, энуреза, фобий, депрессий, повышенной возбудимости, дисморфофобий, гиперактивности, других вариантов психической дезадаптации. Их связь с актуальным психическим расстройством чаще прослеживается также при РЛП ($z=4,061$; $p=0,0001$).

Преобладающей личностной характеристикой больных ППР является нестабильная (55,8%) или низкая (38,9%) самооценка. Причем, НПР характеризуются более позитивным восприятием собственной личности ($z=4,457$; $p=0,0001$), а ПР – отсутствием стабильности в самооценке ($z=3,209$; $p=0,001$).

Тревожность, как личностная черта, наблюдается у каждого шестого больного (16,4%), чаще при АР ($z=2,223$; $p=0,026$) и РЛП ($z=4,715$; $p=0,0001$). У подавляющего большинства больных тревожность носит ситуативный характер (81,6%).

Обращает на себя внимание тот факт, что реагирование в стрессовых ситуациях более, чем у половины больных имеет аутоагрессивную направленность (65,5%). В то время, как каждый пятый склонен к аутично-агрессивным действиям (22,3%), каждый десятый – к экспрессивной направленности деструктивного поведения (9,8%).

Если при стрессе для НР характерно аутоагрессивное поведение ($z=4,156$;

$p=0,0001$), то для НПР и ПР – аутично-агрессивные действия ($z=8,124$; $p=0,0001$ и $z=6,219$; $p=0,0001$ соответственно). При РЛП наблюдается сочетание агрессии, обращенной на себя, с агрессией, обращенной на окружающих. У больных с АР аутодеструктивное реагирование сопровождается аутичной ориентацией поступков.

У подавляющего большинства больных развитию психической дезадаптации способствуют преимущественно психогенные факторы (81,4%), что больше свойственно больным с НР ($z=4,800$; $p=0,0001$). Экзогенный характер заболевания четко прослеживается при НПР ($z=20,873$; $p=0,0001$). Наиболее распространенной сферой возникновения психотравмирующей ситуации для всех больных являются семейно-бытовые проблемы (79,0%).

Около половины больных обращаются за медицинской помощью в течение четырех месяцев после начала заболевания (46,0%). Среди них «лидируют» больные НР ($z=3,310$; $p=0,0001$). В течение года с момента осознания наличия проблем с психическим здоровьем обращаются к врачу и психологу при РЛП ($z=3,261$; $p=0,001$). Каждый десятый больной обходится без медико-психологической помощи на протяжении более, чем пяти лет (11,4%), что более характерно для НПР ($z=11,709$; $p=0,0001$).

Ведущим клиническим синдромом у каждого третьего больного ППР является депрессивный синдром непсихотического регистра (30,1%). Депрессивные симптомы являются ключевыми не только в клинике АР ($z=4,767$; $p=0,0001$). Наряду с невротическим и неврозоподобным нарушениями они также формируют психопатологическую картину НР.

Собственно невротический спектр психических нарушений в виде неврастенических, истерических, обсессивно-фобических, тревожных, ипохондрических, соматоформных, других симптомов определяется у 28,1% больных. Помимо НР он не менее часто встречается и при РЛП ($z=0,309$; $p=0,758$).

Астенические, вегетативные, диссомнические, цефалгические, другие проявления объединяются у 27,1% больных в неврозоподобный синдром, который является центральным для НПР ($z=18,026$; $p=0,0001$) и ПР ($z=3,890$; $p=0,0001$).

У 13,7% больных клиника психических нарушений обусловлена симптомами психопатического или психопатоподобного синдрома (паранойальный, шизоидный, возбудимый, истерический, тревожный, ананкастный, зависимый типы), характерного преимущественно для РЛП ($z=4,167$; $p=0,0001$).

Динамика психического расстройства закономерно сопровождается снижением способности эффективно использовать трудовые возможности личности.

Снижение трудоспособности у 63,9% больных носит, в основном, умеренный характер, что более свойственно больным с НР ($z=3,830$; $p=0,0001$). С другой стороны, у каждого четвертого больного (24,1%), преимущественно с ПР ($z=6,350$; $p=0,0001$), трудоспособность сохранена. Резкое снижение трудовых возможностей отмечается только в 8,8% случаев и чаще наблюдается при АР ($z=3,267$; $p=0,001$) и НПР ($z=9,107$; $p=0,0001$).

Тем не менее, у большинства больных присутствуют очевидные признаки трудовой дезадаптации. Так, продолжение трудовой деятельности при НР сопровождается ростом числа ошибок и просчетов в работе ($z=3,041$; $p=0,002$), при РЛП – дисциплинарными нарушениями ($z=2,833$; $p=0,005$), при НПП – снижением способности выдерживать темп и ритм сменной работы ($z=8,1402$; $p=0,0001$).

Наряду с трудовой дезадаптацией у 75,6% больных ППП определяются основные признаки снижения социальной продуктивности. Так же как и при трудовой дезадаптации, они в меньшей степени встречаются при ПР ($z=6,272$; $p=0,0001$). При этом, социальная дезадаптация в период заболевания по-разному проявляется в клинических группах ППП. К примеру, безучастность, безынициативность, утрата прежних интересов чаще наблюдается при НПП ($z=5,151$; $p=0,0001$), конфликтность, агрессивность – при НР ($z=3,363$; $p=0,0001$), антисоциальное поведение – при РЛП ($z=4,801$; $p=0,0001$).

При оценке с помощью методики SCL-90 психологического статуса у больных ППП, прежде всего, обращает на себя внимание доминирование симптомов депрессии (1,61 бал.) и тревоги (1,55 бал.). Причем, тревожная симптоматика при ППП имеет большие показатели прироста ($t = -29,98$), чем депрессивная ($t = -28,83$). Наряду с этим, весомую положительную динамику получают обсессивно-компульсивные симптомы ($t = -27,69$). Наименьшие различия со здоровыми определяются у больных ППП по признакам враждебности ($t = -17,74$) и дополнительным вопросам, не относящимся ни к одному из указанных расстройств ($t = -13,78$).

Более того, результаты дисперсионного анализа позволяют выделить четкие различия между клиническими группами ППП в области проявлений и выраженности психопатологической симптоматики. Так, наибольшей выраженностью патологических симптомов психического расстройства характеризуется группа АР, общий индекс тяжести которой составляет $1,82 \pm 0,60$ балла. Тогда как, психопатологическая симптоматика ПР определяется минимальными показателями тяжести ($0,85 \pm 0,48$ балла). Уровень депрессии в клинических группах ППП также существенно различается. Его максимальные значения определяются при АР, что вполне объяснимо, и при РЛП, что соответствует общей тяжести состояния больных.

Сочетание доминирующих в клинической картине психического расстройства симптомов помогает выделить базисный для данной группы расстройств спектр психопатологических синдромов. В случае НР – это, прежде всего, тревожно-депрессивный синдром с диссомническими нарушениями в виде затрудненного засыпания и прерывистого сна. Неадекватное жизненным обстоятельствам пониженное настроение в сочетании с беспокойством, внутренней напряженностью, ощущениями страха, достигающими уровня паники, гипертрофирует чувство вины, актуализирует мысли об умирании и смерти.

При АР основную роль также играет депрессивный синдром. Состояние печали, упадка духа, неспособность радоваться, мрачность, подавленность, ощущение

уныния затрагивает практически все сферы жизни личности. Тревожные импульсы, необоснованные упреки к себе и суицидальные мысли здесь могут носить навязчивый характер, плохо поддаваться сознательному контролю при помощи переключения внимания на другие предметы и приводить к выраженным нарушениям сна.

НПР лучше всего рассматривать через призму соматических эквивалентов тревоги в структуре обсессивно-компульсивного синдрома. При этом, наблюдающиеся нарушения количества, качества и времени сна, включающие трудности засыпания и пребывания в состоянии сна, сочетаются с признаками легкой когнитивной дисфункции. Затруднения мышления, концентрации внимания и негрубые мнестические симптомы могут возникать в ситуациях принятия решений по простым вопросам, при необходимости удержания в сознании одновременно нескольких элементов информации.

Для ПР характерна тесная взаимосвязь признаков межличностной сенситивности и обсессивно-компульсивных симптомов. В основе данной комбинации лежит навязчивое ощущение личностной неадекватности и неполноценности, проявляющееся привычным самоосуждением, чувством беспокойства и ощущением дискомфорта в процессе межличностного взаимодействия. Излишняя озабоченность собственными действиями в прошлом способна вызывать неадекватные и неконтролируемые болезненные переживания в настоящем.

При РЛП в качестве доминирующих в клинической картине заболевания синдромов определяются обсессивно-компульсивный и депрессивный. Депрессивные проявления здесь больше наполнены дисфорическим и аффективным содержанием. Сознание крайне подвержено навязчивым идеям, образам, импульсам, противостоять которым крайне затруднительно. Чувство вины, связанное с реально совершенными действиями и ошибками явно преувеличено, носит мучительный характер и держится чрезмерно долго.

В процессе комплексного лечения, в рамках полипрофессионального бригадного взаимодействия специалистов, обследованные больные ППР проходят индивидуальную, групповую психотерапию (95,6%) и психологическую коррекцию (71,7%), получают психофармакотерапию (46,1%), мануальную терапию (18,9%), рефлексотерапию (15,4%) и физиотерапию (8,3%).

Психотерапия и психологическая коррекция находят наибольшие точки приложения при ПР и НР. Психофармакотерапия достоверно чаще используется при РЛП ($z=7,129$; $p=0,0001$) и АР ($z=4,817$; $p=0,0001$). Мануальная терапия ($z=10,180$; $p=0,0001$), рефлексотерапия ($z=6,358$; $p=0,0001$) и физиотерапия ($z=10,137$; $p=0,0001$) – более востребованы при НПР.

Стоит заметить, что у большинства больных отмечена положительная терапевтическая динамика в виде стойкого клинического улучшения (67,0%). Полное выздоровление определяется только при НР (21,1%) и ПР (4,2%). В 6,0% случаев лечения НПР регистрируется ухудшение состояния больных. Доля больных, прервавших ле-

чение, составляет 10,0%. Наибольшая резистентность к терапии определяется у больных с РЛП ($z=3,343$; $p=0,0001$).

Направленность динамики патологической симптоматики у больных ППР после лечения характеризуется следующими видами положительных изменений: слабой интенсивностью, редкими проявлениями (75,3%), отсутствием проявлений (8,1%). Наиболее полное устранение психопатологической симптоматики наблюдается при лечении АР ($z=2,126$; $p=0,034$). Частичная сохранность симптомов в большей степени характерна для НПР ($z=5,604$; $p=0,0001$).

Понимание больными ППР психологических механизмов возникновения расстройства в большинстве случаев достигает уровня осознания связи имеющегося заболевания и нервно-психического напряжения (73,6%). Оно предельно выражено у больных с ПР и НР. При РЛП чаще происходит осознание больными связи имеющегося заболевания с патологическими особенностями собственной личности ($z=5,880$; $p=0,0001$). Полное осознание роли собственной личности в происхождении конфликтных для больного ситуаций достигается только у 2,2% больных.

Наиболее распространенной после терапии динамикой нарушенных отношений личности являются изменения в области отношения к болезни и лечению, отмечаемые у 68,1% больных (преимущественно с НР и ПР). Изменения только в сфере актуальной конфликтной ситуации определяются у 11,6% больных, во всех значимых сферах личности с их значительной перестройкой – у 5,7%.

Результаты лечения не могут не затронуть и сферу социально-профессиональной адаптации личности. Минимальные изменения в этой сфере выявляются при ПР ($z=3,321$; $p=0,0001$). В то же время, у трети больных (преимущественно с НР) наблюдается частичное восстановление доболезненного уровня. Каждый пятый больной полностью восстанавливает свой доболезненный уровень, что больше проявляется при НР и АР. 1,4% всех больных превосходит доболезненный уровень социально-психологической адаптации.

Лечение ППР не оказывает существенного влияния на профессиональную динамику. Большинство больных при всех видах психических нарушений сохраняют свой прежний трудовой статус (63,5%). Часть больных НР и НПР – снижает его (9,4%), меньше – повышает (6,1%).

Субъективная оценка уровня социального функционирования после лечения с позиций самого больного свидетельствует о доминировании умеренной удовлетворенности (70,8%), больше характеризующей больных НР и ПР. Более позитивное восприятие своего состояния после лечения отмечают 15,2% больных, представляющих все клинические группы. Больные с выраженной удовлетворенностью собственным социальным функционированием отмечаются только при НР.

Стоит отметить, что клиническая картина ППР в большей мере определяется проявлениями депрессивных и тревожных нарушений, часто сопровождающихся аутоагрессивной направленностью. В развитии психодезадаптивных состояний при

ППР установлена ведущая роль психогенных факторов, накладывающихся на биологически неполноценную «почву» организма больного. При этом более тяжелый уровень психических нарушений и более скромные результаты лечения выявляются при АР и РЛП.

Психодинамическое исследование структуры личности больных свидетельствует, что ППР сопровождаются кардинальным рассогласованием ее центральных бессознательных функций, опосредуемым определенными социокультурными характеристиками. Ярчайшим направлением данного личностного дисбаланса является нарушение регуляции отношений с внешним миром, когда личности недостает позитивности самопринятия, негативно отражающейся на межличностных отношениях. Данная направленность психической дезадаптации реализуется, прежде всего, в рамках повышения функциональной деструктивности и дефицитарности личности, происходящей на фоне общего снижения ее конструктивных возможностей.

Как свидетельствуют полученные в ходе исследования данные, личность становится наиболее уязвимой для возникновения ППР в возрасте 30-39 лет и в возрасте старше 50 лет. Именно для этих периодов нами отмечено значительное снижение эффективности протективных барьеров личности. В первом случае, это совпадает с так называемым «кризисом среднего возраста», когда в сознании происходит переоценка смысла существования на основе оценки достижений предшествующих периодов жизни в области семейной, профессиональной, личной и других значимых сфер. Вторым кризисным периодом является этап подготовки личности к завершению трудовой деятельности и осознанию перспектив своей меньшей социальной востребованности, в частности, в сфере профессиональной деятельности, что для многих больных усугубляется отсутствием гармоничных отношений в семейной среде, роль которой прежде могла ими недооцениваться.

Также установлена тесная связь психической дезадаптации личности с гендерными особенностями психодинамической структуры личности. Женщины с ППР обнаруживают низкие конструктивные возможности на фоне роста дефицитарных проявлений. Они неспособны к реальной оценке собственной личности, адекватному выражению эмоций. При этом страдает их способность к установлению продуктивных межличностных отношений, в том числе в семейном кругу.

Специфика городского образа жизни оказывает неоднозначное влияние на структуру личности при психической дезадаптации. С одной стороны, она способствует уменьшению эмоциональной скованности, сдержанности, ригидности, повышению эмоциональной экспрессивности при ППР. С другой – лишает личность ощущения реальности, снижает ее прагматические способности и навыки эффективного поведения в экстремальных ситуациях.

Определен уровень снижения психического здоровья личности и направленность ее деформации с учетом этнокультурного статуса. Максимально приближенными к региональным нормативным показателям оказались больные ППР из группы

этнических чувашей. За ними находятся больные из группы этнических русских. Неопределенность этнического статуса, связанная со смешанным этнокультурным происхождением или искаженной этнической идентификацией, сопровождается более глубокими патологическими изменениями со стороны психодинамической структуры личности. Деформированная структура этнически маргинальной личности может чаще всего проявляться в неспособности установления продуктивных межличностных отношений, что не только затрудняет преодоление жизненных препятствий и реализацию собственных целей, но и несет непосредственную физическую угрозу самому больному.

По современным определениям, совладание (копинг) представляет собой сознательное использование личностью когнитивных, эмоциональных и поведенческих стратегий, направленных на преодоление стрессовых ситуаций и ситуаций эмоционального напряжения. При ППР совладание носит менее конструктивный, чем у здоровых характер, отражая наличие тенденций к уходу от решения проблем через пессимизм и растерянность, самообвинение и смирение, безропотность и покорность, а также – религиозность, которая, в данном случае подразумевает принятие происходящего как фатально неизбежного. Такая личностная позиция проявляется в клинике общим снижением психической активности, депрессивными нарушениями.

С другой стороны, могут наблюдаться невротические реакции по истерическому или неврастеническому типам, когда больной в результате глубокого возмущения несправедливостью судьбы может выражать бурные реакции протеста или в результате мощной эмоциональной разрядки впадать в отчаяние, рыдать и плакать.

Ощущение «безвыходности» ситуации и осознание необходимости поиска источника помощи в кризисе реализуется при ППР, как правило, в тактике пассивной кооперации или обращения за помощью к окружающим, в ходе которого происходит переложение ответственности за преодоление собственных трудностей на других людей, в частности, на врачей и психологов.

Обращает на себя внимание, что адаптивность используемых больными ППР стратегий совладания, находится в тесной связи с социокультурными параметрами личности. Полученные данные свидетельствуют, что более низким адаптационным потенциалом обладают женщины. Причем, недостаточная конструктивность предпочитаемых ими при ППР стратегий разрешения проблем носит тотальный характер и отмечается в области всех сфер психической деятельности – когнитивной, эмоциональной и поведенческой. На наш взгляд, это может быть связано с теми высокими психологическими нагрузками, которые несет современная женщина в обществе. Если в течение многих столетий перед большей частью женщин стояла единственная основная задача – быть матерью и женой, то сегодняшнее техногенное общество, не снимая с женщины этой задачи, неуклонно ставит перед ней новый социальный запрос – быть успешной и преуспевающей не только в семейной сфере, но и в области карьерно-профессионального роста, ни в чем не уступая мужчинам. Подтверждение

данному предположению получено и в ходе представленного выше анализа социокультурного профиля личности.

Низкий уровень адаптивности копинг-стратегий у больных ППР также обнаруживает отчетливую связь с возрастом. Несостоятельность когнитивного уровня совладания, определяемая объективной невозможностью обращения к примерам собственного жизненного опыта, более характерна для молодых людей в возрасте 20-29 лет. В возрасте до 40 лет на передний план выходят стратегии совладания, свидетельствующие об эмоциональной незрелости личности. Непродуктивное подавление эмоций или, наоборот, стереотипы бурной эмоциональной разрядки дестабилизируют собственное психическое состояние больного ППР, нарушают основы его межличностного взаимодействия. Данный возрастной период является максимально критическим для личности в плане высокого риска психической дезадаптации, вызванного низкой продуктивностью используемых копинг-стратегий во всех сферах психической деятельности, что мы объясняем его соответствием времени, так называемого, кризиса среднего возраста.

Определенное негативное воздействие на копинг-поведение больных ППР оказывает урбанизационный фактор. Областью его приложения является когнитивная сфера совладания, в которой у городских жителей в сравнении с сельскими определяется преимущественное снижение общего удельного веса способности придавать смысл своим страданиям и использовать позитивные ресурсы веры.

Особо следует сказать о закономерностях снижения адаптационного потенциала совладания у больных ППР в плоскости этнокультурных различий. Как установлено в ходе исследования, больные ППР, являющиеся этническими чувашами, обладают относительно высоким адаптивным копинг-ресурсом, что мы связываем с их более полным соответствием реалиям актуальной социокультурной среды в республике.

Иная ситуация складывается у больных ППР, принадлежащих к биэтнической и дизэтнической группам. В случае, когда больные ППР являются выходцами из межэтнических семей большая степень нарушений наблюдается в когнитивной сфере. Ко всему прочему, по-нашему мнению, это также может отражать наличие внутриличностного конфликта, связанного с незавершенностью для личности процесса этнокультурной идентификации с одной из родительских культур.

При рассогласовании между собственным этническим статусом и этнической идентичностью личности, прежде всего, страдают способности больных ППР к эмоциональному и поведенческому копингу, что отражает более глубокий уровень психической дезадаптации. В его основе может лежать затянувшийся кризис этнической идентичности, который в процессе отчуждения формирующейся личности от собственного этнокультурного статуса деформирует развитие ее эмоционально-оценочного осознания и соответствующих ему поведенческих реакций.

Клинико-психологические и социокультурные факторы этиопатогенеза ППР

Обобщенный клинико-психологический анализ состояния больных ППР, не затрагивающий их нозологической принадлежности, позволяет выделить в качестве ведущих направлений пограничного уровня психической дезадаптации личности мобилизационную и компенсационную формы (рис. 2).

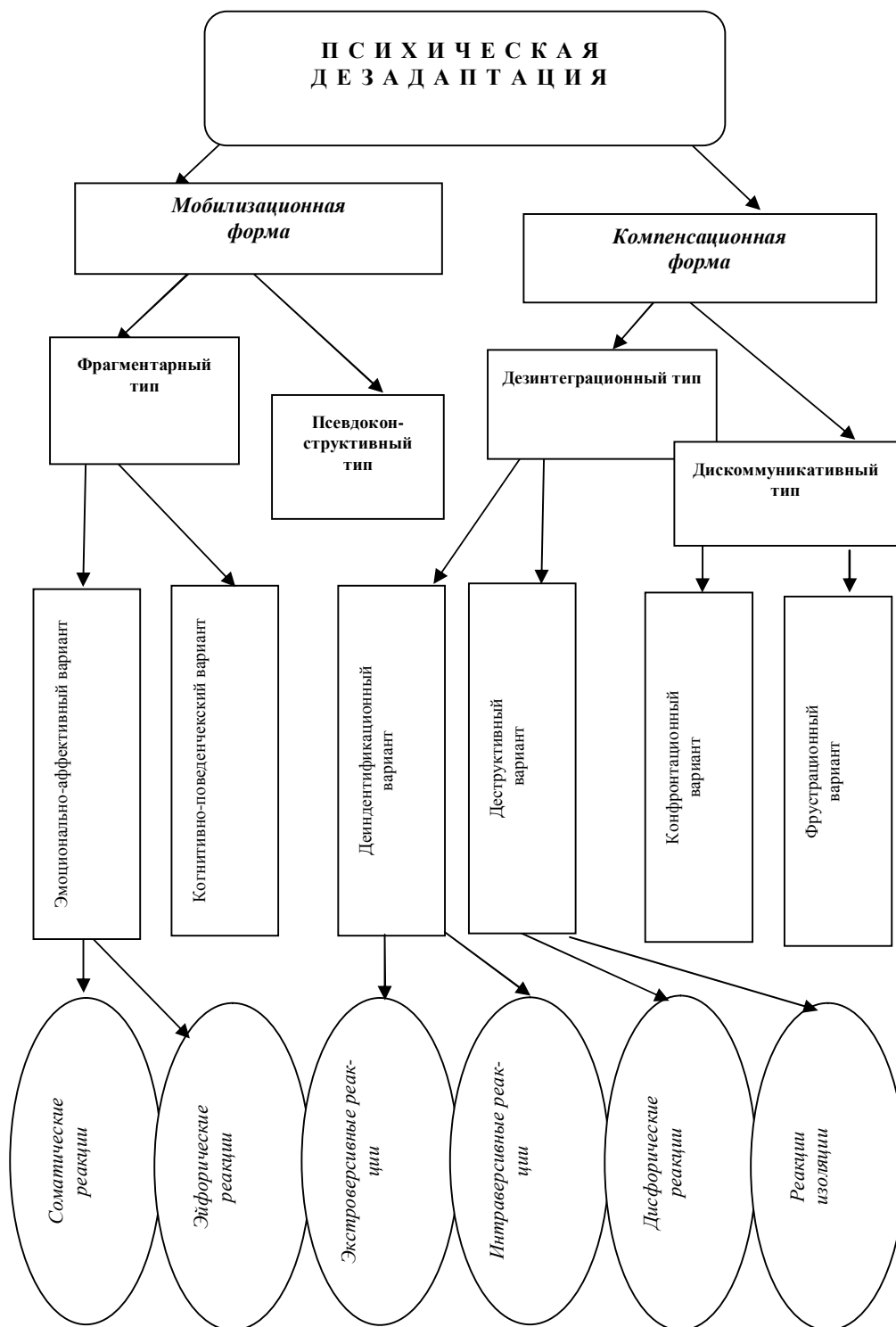


Рис. 2. Клинико-психологическая модель психической дезадаптации личности при ППР.

Мобилизационная форма дезадаптации характеризует больных ППР с относительной сохранностью позитивной самооценки, ориентированных на активность, деятельность, достижение результатов. В стрессовых ситуациях они способны к мобилизации части внутренних и внешних ресурсов, что однако не приводит к решению проблем, так как эта мобилизация всегда фрагментарна или носит неадекватный для конкретной ситуации характер.

Как более выраженная степень психической дезадаптации может быть обозначена ее компенсационная форма, отражающая наличие стойких психопатологических изменений у больных ППР с негативной самооценкой и объективными нарушениями социального функционирования. Общее снижение продуктивности психической активности здесь может находить воплощение в дезинтеграционных и дискommунитивных для личности процессах, объединяющих различные варианты дезадаптации в более высокий уровень типов психической дезадаптации.

Наличие большого количества взаимосвязанных между собой психологических и социокультурных характеристик личности, используемых в данном исследовании, существенно затрудняет объективность такого анализа. С целью установления патогенетически значимых для развития психической дезадаптации психосоциальных механизмов проведен факторный анализ демографических, этнических, религиозных, семейных и духовно-ценностных характеристик, полученных в результате сбора анамнеза и заполнения больными специальной анкеты.

Как свидетельствуют результаты проведенного многомерного анализа, в основе этиопатогенеза ППР можно выделить пять ключевых факторов – этнокультурную диссоциацию личности, степень зрелости семейной структуры, аутодеструктивную насыщенность среды, иррациональное мышление и религиозно-этническую индифферентность (см. таблицу).

Выявленный *фактор этнокультурной диссоциации* личности сформирован группой тесно связанных по степени факторной нагрузки признаков, определяющих этнокультурный статус личности. Большое место здесь занимают такие параметры как этническая идентичность, родной язык и язык реального общения в семейной среде, национальность обоих родителей.

Этнокультурная диссоциация, формируемая в условиях семейной среды и понимаемая как сознательная отдаленность, отстраненность личности от культуры и своих этнических корней, обнаруживает положительную связь с риском возникновения ППР. Данный фактор тесно соотносится с феноменом этнической маргинальности, при которой личность испытывает влияние двух или более социокультурных систем, вступающих в незримое противоречие, ведущее при ППР к психической дезадаптации. В данной работе признаки этнокультурной диссоциации явно обнаружены у 104 больных из би- и дизэтнической групп, что составляет 11,4% от всех больных ППР. Структура самоотношения их личности, по данным МИС, определяется высокой рефлексивностью, неудовлетворенностью собой, недооценкой позитивности

Таблица

Социокультурные факторы феноменообразования ППР

Фактор	Показатель	Факторная нагрузка	Вклад в общую дисперсию, %
1. Фактор этнокультурной диссоциации	Национальная принадлежность больного по самоопределению	0,860	31,71
	Язык привычного общения в родительской семье больного	0,842	
	Родной язык больного	0,835	
	Национальная принадлежность матери больного	0,830	
	Национальная принадлежность отца больного	0,826	
2. Фактор зрелости семейной структуры	Число детей в собственной семье больного	-0,815	18,72
	Возраст больного	-0,788	
	Семейное положение больного	0,739	
3. Фактор аутодеструктивной насыщенности среды	Проживание больного в семье с лицом, имеющим алкогольную зависимость	0,799	9,72
	Наличие суицидальных тенденций у самого больного	0,689	
4. Фактор иррационального мышления	Убежденность больного в реальном существовании магических практик в повседневной жизни	0,714	9,27
	Наличие негативного жизненного опыта, связываемого больным с магическими практиками	0,669	
5. Фактор религиозно-этнической индифферентности	Возможность этнических различий с супругом (супругой)	0,752	9,24
	Возможность религиозных различий с супругом (супругой)	0,731	
Всего	–	–	78,66

отношения окружающих, что соответствует незрелости самоуважения и аутосимпатии в эмоциональной и социальной сферах. Профиль личности по ММРІ у них обусловливается наличием тревожно-депрессивных тенденций на фоне трудностей межличностной коммуникации, определяемых иррациональным типом восприятия окружающего мира.

В клинике ППР у трети этнических маргиналов ведущее место занимает неврастенический синдром (30,77%), чьи проявления связаны с наличием у больных внутриличностного конфликта, характеризующегося несоответствием между потребностями личности и ее возможностями, что соотносится с системой самоотношения при этнокультурной диссоциации. На втором месте по представленности у этнических маргиналов стоит тревожно-депрессивный синдром, который встречается у каждого пятого из них (22,16%) и подтверждается результатами психологического обследования несколькими методиками. Высокий уровень тревожности, неуверенности в собственных силах и личностных качествах сочетается здесь с пессимистичным взглядом на жизнь, неумением видеть перспективы. Третье место по распространенности занимают поведенческие нарушения в форме эмоциональной неуравновешенности, повышенной возбудимости (12,48%), что во многом обуславливает их трудности в межличностном общении и определяет формирование у каждого пятнадцатого из них расстройства зрелой личности и поведения.

Лечение больных с этнокультурной диссоциацией, в силу стойкости психопатологических изменений и их тесной взаимосвязи с психологическими структурами личности, представляет собой определенные трудности. Именно поэтому полностью купировать патологическую симптоматику у этнических маргиналов удастся гораздо реже, чем в моноэтнической группе ($z=2,34$; $p=0,019$). Также в этой группе после лечения гораздо реже наблюдается изменение нарушенных отношений личности с их значительной перестройкой ($z=2,00$; $p=0,045$), реже происходит полное восстановление социально-профессиональной адаптации больного ($z=1,96$; $p=0,050$).

На долю *фактора зрелости семейной структуры*, приходится 18,72% детерминации изучаемого феномена. Он связан с демографическими характеристиками личности и определяет высокий риск развития ППР у лиц молодого возраста, несемейных и разведенных, бездетных или однопородных. Устанавливающую роль здесь играет дисфункциональный характер родительской семьи больного, определяемый нарушением системы межпоколенной передачи гендерно-ролевых, этнокультурных и духовно-ценностных ориентиров. Так, среди родителей больных ППР гораздо больше представителей би- и дизэтнической группы ($z=3,924$; $p<0,001$), представляющих собой смешанные субкультуры с нестабильной этнической идентичностью. Они чаще игнорируют национальные традиции ($z=6,979$; $p<0,001$), а также имеют гетероэтнические предпочтения при формировании собственной семьи ($z=2,878$; $p=0,004$). Несмотря на максимальную удовлетворенность своим материальным статусом ($z=6,377$; $p<0,001$) у родителей детей с ППР сильнее выражено стремление к материальному

благополучию ($z=3,097$; $p=0,002$). В их мировоззрении наряду с православными взглядами мирно уживаются магические представления о сглазе, колдовстве, порче ($z=3,874$; $p<0,001$), являющиеся, как правило, ирреальным осмыслением своего «собственного жизненного опыта» ($z=2,758$; $p=0,006$), который родители невольно передают собственным детям. В семьях отмечается доминирование женщин ($z=3,252$; $p=0,001$), также отмечаемое в семьях их родителей ($z=2,050$; $p=0,040$). Стратегии совладания таких родителей носят, как правило, дезадаптивный характер, что сближает их с поведенческими паттернами самих больных ППР. В этом факте можно заметить прямой механизм передачи неэффективных моделей поведения от родителей к детям с последующим формированием у последних пограничного уровня психической дезадаптации.

Выделение *фактора аутодеструктивной насыщенности среды* дает 9,72% социокультурной детерминации ППР. Его содержательная структура может быть связана с таким явлением, имеющим глубокие социально-исторические корни, как терпимое отношение к совместному проживанию со злоупотребляющим алкоголем. Деструктивная роль зависимого в семье сопровождается развитием признаков психологической созависимости у остальных ее членов, появлением и усилением у них собственных аутодеструктивных тенденций, чаще суицидального характера.

Данный фактор приобретает особое значение для больных ППР, поскольку непосредственно обозначает высокий риск совершения суицида. К важным психологическим составляющим подобного патологизирующего окружения у больных ППР помимо созависимости от больного алкоголизмом (71,6%) также относятся высоко конфликтные семейные отношения (75,9%), доминирование женщины в семье (28,9%), факты физического и психологического внутрисемейного насилия (47,1%), негативное самоотношение по этническому признаку (9,6%).

Среди значимых социокультурных детерминант можно отметить принадлежность к женскому полу (60,0%), чувашской национальности (65,2%), проживание в условиях сельской местности ($z=2,642$; $t=0,008$), а также воспитание в условиях эмоциональной депривации (23,5%), что в совокупности формирует дисгармоничное восприятие собственной личности и осложняет процесс межличностных отношений.

Основной проблемой личности, формирующейся в подобных условиях, становится несформированность границ идентичности, что нарушает собственное самовосприятие и осложняет продуктивные интерперсональные отношения. Ригидность, как личностная черта, тревожно-депрессивный эмоциональный фон, обедненность системы естественной социальной поддержки снижают адаптационные возможности и увеличивают риск суицида.

Фактор иррационального мышления, определяющий 9,27% общей дисперсии, проявляется доминированием в сознании больного ППР представлений об иррациональном характере причинно-следственных связей многих явлений, в том числе, в области здоровья и болезни. Причем, такая направленность мышления напрямую со-

относится с оценкой некоторых событий собственной жизни, как имеющих непосредственное отношение к магической практике сглаза, колдовства, порчи. Сама по себе иррациональная направленность мировоззрения личности отнюдь не является непременным условием формирования ППР. Нередко бывает наоборот, как, к примеру, при аутодеструктивном поведении, когда сугубо рациональная направленность сознания личности значительно обедняет ее возможности в постижении телесного и духовного опыта.

У верующих больных, несмотря на некоторую ригидность их установок, определяется более высокий адаптационный потенциал, в основе которого лежит позитивность мироощущения, открытость к духовному самосовершенствованию, определяемая спецификой религиозной конфессии. Структура личности, в большей степени, обуславливается низкими показателями деструктивной агрессии ($t=3,890$; $p<0,001$), деструктивного ($t=2,108$; $p=0,037$) и дефицитарного страха ($t=2,514$; $p=0,013$). Несмотря на наличие небольшого уровня тревоги, определяемой в процессе клинического наблюдения, он значительно ниже, чем у неверующих ($z=2,640$; $p=0,008$).

Верующие также более доброжелательны, спокойны и уравновешены, способны к соучастию и сопереживанию. В то же время, они более автономны и самостоятельны. Шкала самооценности у верующих более выражена ($t=-2,848$; $p=0,005$) и характеризует их, как чаще оценивающих себя с позиции внутренних критериев любви, добра, богатства внутреннего мира, что свидетельствует об уверенности в ценности собственной личности для себя и других.

Также выявлено, что верующие больные ППР, в отличие от неверующих, имеют более благоприятные интегральные показатели психического здоровья T_α и T_β по методике МОПЗ ($-7,94$ и $-3,44$ против $-10,27$ и $-8,32$), что характеризует их как психически более активных и адаптивных. Средний срок лечения верующих также достоверно ниже, чем неверующих ($t=2,424$; $p=0,017$). В то же время, удовлетворенность своим социальным функционированием после лечения в этой группе больных меньше ($z=3,317$; $p<0,001$), что тесно связано с менее глубоким уровнем осознания верующими в процессе лечения психологических механизмов возникновения заболевания ($z=3,257$; $p<0,001$) и нарушенных отношений личности ($z=2,799$; $p=0,005$).

Однако магическая направленность сознания, характеризующая верой в целенаправленную деятельность человека с целью сознательного причинения вреда, служит одним из факторов, способствующих развитию состояния психической дезадаптации. В связи с чем, можно предположить, что возможными основаниями такой причинно-следственной связи являются: более низкий уровень доверия подобной личности к окружающим, что формирует у нее ограничительное поведение, а также преимущественное обращение к альтернативным системам помощи, что утяжеляет состояние больного и способствует отсрочиванию получения им адекватной медико-психологической помощи.

Фактор религиозно-этнической индифферентности, несущий 9,24% влияния, обнаруживает положительную связь с безразличным отношением больного ППР к этническим и религиозным особенностям партнера при формировании семьи, что увеличивает вероятность возникновения семейной структуры с противоречивыми этнокультурными и духовно-ценностными установками. В такой семье вполне реальны межличностные конфликты, определяемые, ко всему прочему, несовпадением систем мировоззрения супругов. Именно поэтому большое значение для сохранения психического здоровья приобретает степень общности взглядов супругов по основным социокультурным и духовно-ценностным позициям. В противном случае, значительные различия в данных сферах могут выступать в роли дополнительных дестабилизирующих семейную жизнь факторов, способствуя, таким образом, развитию психической дезадаптации и ППР.

Характер и степень влияния биологических, индивидуально-психологических и социокультурных факторов на развитие пограничного уровня психической дезадаптации становятся более понятными при рассмотрении их в рамках предложенной нами модели этиопатогенеза ППР (рис. 3).

Ее ключевой особенностью является введение в общую многоуровневую структуру отдельной социокультурной составляющей. За счет системы взаимосвязанных контекстов макросоциального, микросоциального, этнокультурного и семейного содержания она призвана объяснять механизмы протективной роли социокультурной среды для здоровья, как отдельной личности, так и общества, в целом, без чего изучение вопросов психотерапии и психопрофилактики становится просто невозможным.

Основные принципы психотерапии и психопрофилактики ППР

Представленная выше сложность феноменологии ППР, которая в данном исследовании рассматривается сквозь призму клинических, психологических и социокультурных закономерностей, диктует необходимость разработки новых научно обоснованных подходов к лечению и профилактике пограничного уровня психических нарушений.

Из числа действующих моделей оказания медико-психологической помощи больным ППР, реализованным в современной медицине, нам представляется наиболее актуальным для Чувашии опыт развития регионального психотерапевтического центра, координирующего сеть психотерапевтических кабинетов по всей республике. Очевидными плюсами подобной организации охраны психического здоровья населения является уже доказанная более высокая эффективность лечения ППР за счет бригадной формы работы специалистов (Козлов А.Б., 2001).

Возможности регионального психотерапевтического учреждения, как методического и научного центра психотерапевтической и психологической службы республики, позволяют разрабатывать и внедрять новые формы работы психотерапевтов и психологов на местах, в том числе культурно-сенситивные подходы диагностики, лечения и профилактики ППР. Новым направлением деятельности психотерапевтиче-

ского центра становится координация лечения ППР в условиях общесоматической сети и системе общеврачебных (семейных) практик.

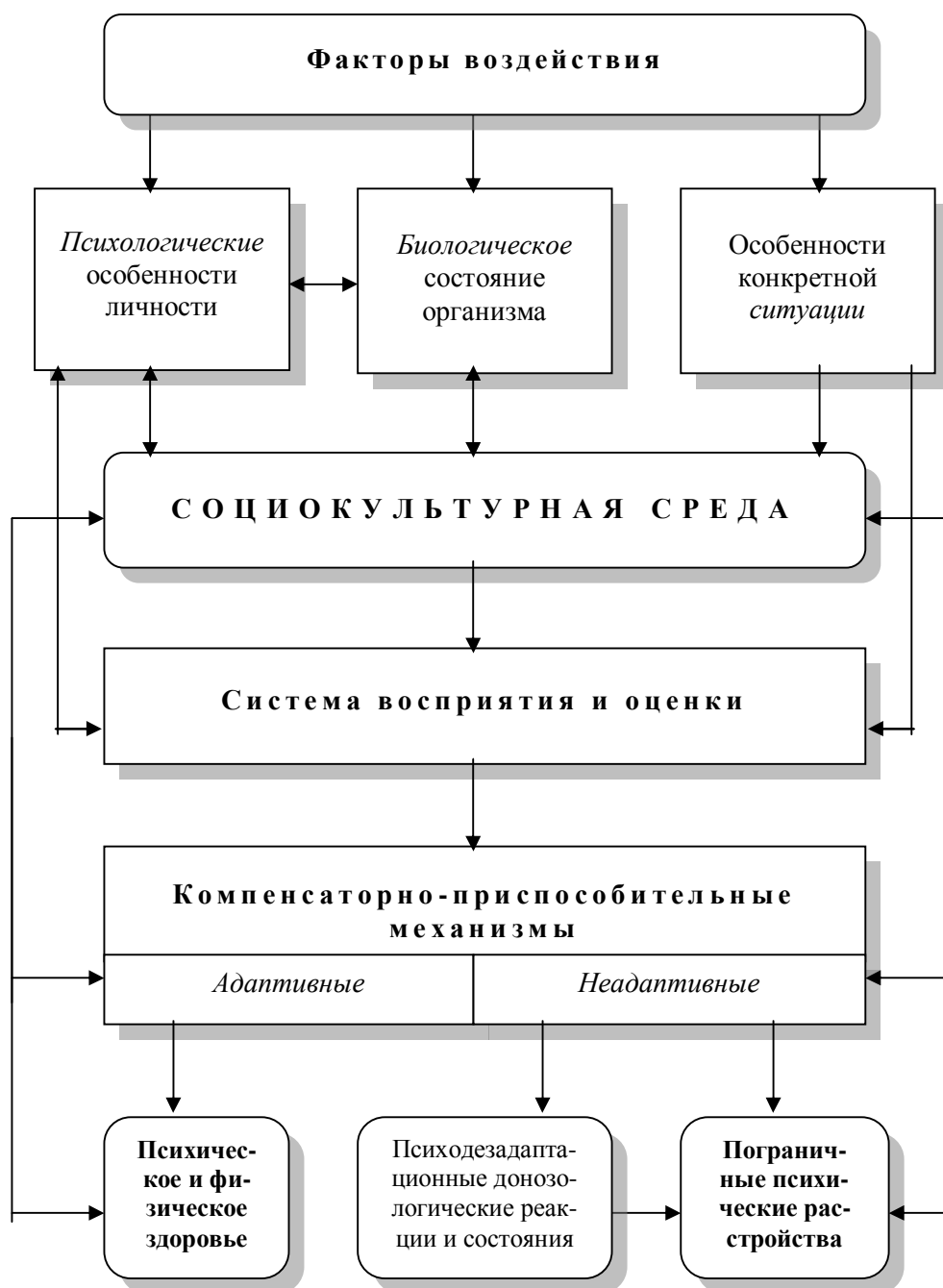


Рис. 3. Концептуальная схема этиопатогенеза ППР.

Необходимость учета в лечебно-диагностической и профилактической работе специфических особенностей чувашской культуры определяется потребностью содействия таким изменениям личности, которые способствовали бы приобретению ею большей адаптивности в рамках своего сообщества. В связи с чем, особо актуальной в психотерапевтическом процессе становится проработка вопросов, связанных с преимущественно социоцентрической направленностью личности, эргоцентрической моделью здоровья и соматоцентрированным пониманием психического расстройства,

обуславливающими настороженное отношение к системе психиатрической и психологической помощи.

Организация психотерапевтического процесса, сенситивного к чувашской культурной основе и системе ее нравственных ценностей, также подразумевает обязательную опору на ключевые фигуры семейной структуры, использование позитивных ресурсов альтернативных практик, неконфронтационную форму построения самой коммуникации. Не последнее место занимают учет традиций гендерно-возрастных предпочтений пациента в отношении психотерапевта.

Внеэтнический анализ личности в плоскости урбанистического, мировоззренческого и социотипического измерений системы культурных координат (рис. 4) убеждает в необходимости использования различных по своему социокультурному содержанию психотерапевтических подходов – рецептивного и продуктивного.

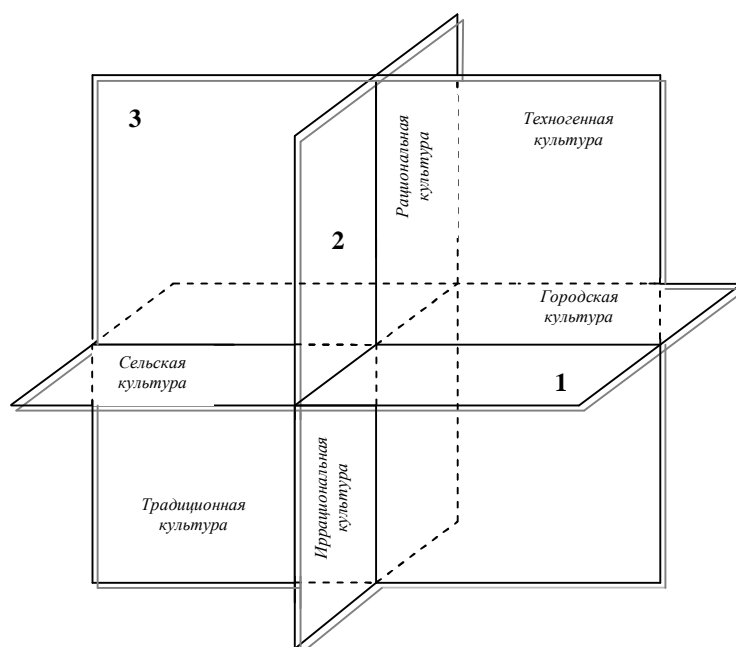


Рис. 4. Модель внеэтнической системы культурных координат.

Причем, если рецептивный подход, направлен на личность, социокультурный профиль которой в большей степени связан с коллективистскими ценностями традиционной, сельской, иррациональной культуры, то продуктивный подход в психотерапии изначально ориентирован на более индивидуалистическую личность, идентифицирующую себя с ценностями городской, рациональной, техногенной культуры с низким уровнем естественной социальной поддержки.

В качестве стратегической основы организации системы психопрофилактики при ППР предложена концепция биопсихосоциальной иерархии структуры потребностей личности, отражающая традиционное для данного общества соотношение личностных ценностей. Во главу угла здесь ставится приоритет духовно-нравственных потребностей личности над социальными, правовыми и культурными, которые в свою

очередь, превалируют над биологическими и материальными. Наиболее оптимальной тактикой организации психопрофилактических программ представляется придание им характера интерсекторального взаимодействия, осуществляемого на общенациональном, региональном и местном уровнях. Направленность на весь жизненный цикл человека призвана способствовать снижению уязвимости в отношении негативных для психического здоровья биологических и психосоциальных факторов.

ВЫВОДЫ

1. Комплексный анализ социодемографических, культурно-исторических и этнопсихологических параметров позволяет выделить специфические для населения Чувашии социокультурные детерминанты психического здоровья, которые определяются широким распространением в республике влияния традиционной чувашской культуры. Ее основными характеристиками являются: высокая степень включенности личности в социальное окружение с преимущественной направленностью на общегрупповые цели, значимость стабильности семейной структуры с жестким распределением семейно-ролевых позиций, синкретический характер мировоззрения с преобладанием его иррациональных начал, восприятие алкоголя в качестве необходимого элемента обрядово-ритуальной и коммуникативной практики, толерантное отношение к осознанному уходу из жизни (суициду), ориентиры на разрешение психосоциальных проблем в системе естественной социальной поддержки.

2. Применение психодиагностических критериев оценки психического здоровья населения Чувашии позволило установить, что психометрические показатели здоровой популяции республики находятся в пределах нормативных значений. Статистически достоверные различия с аналогичными среднероссийскими показателями количественно характеризуют особенности психического склада личности жителей региона. В качестве наиболее типичного варианта их возможной дезадаптации определено снижение психической активности с нарушением адекватности восприятия собственной личности и дисгармонией межличностных отношений, реализующееся депрессией и аутоагрессивными тенденциями.

3. Болезненность ППР в Чувашии, составлявшая в период 2000-2004 гг. от 3350,2 до 3855,5 на 100000 населения, значительно превышает соответствующие значения по РФ (от 2736,1 до 2922,2 соответственно) и отличается более чем в два раза быстрыми темпами роста. Доля ППР в Чувашии стабильно преобладает в структуре общей болезненности психическими расстройствами. Высокий, по сравнению с РФ, уровень выявляемости ППР (от 536,2 до 547,0 и от 269,0 до 296,7 на 100000 населения соответственно), среди которых превалируют нарушения психогенного характера, свидетельствует не только о наличии хорошо организованной психотерапевтической службы, но и об изначально высоком уровне заболеваемости ППР на данной территории.

4. Состояние психической дезадаптации при ППР обнаруживает прямую взаимосвязь с социокультурными характеристиками, лежащими в основе системы семейных отношений, духовно-ценностной сферы и этнической идентичности личности. На их основе обозначена структура базовых внутриличностных конфликтов, вносящих существенный вклад в формирование дезадаптации у отдельных категорий больных ППР.

5. Анализ социокультурных и клинико-психологических характеристик больных ППР выявил их выраженную несостоятельность в определенных сферах жизни. Актуальной для женщин признана неспособность разрешения противоречивой потребности в достижении успеха в области семейно-супружеской и карьерно-профессиональной. Для мужчин особо значимыми являются проблемы адаптации к необходимости социального продвижения в условиях высоко урбанизированной среды. У жителей города доминирует рассогласованность между реальными экономическими возможностями и высоким уровнем материальных потребностей. Жители села чаще не в состоянии адекватно разрешать конфликтные внутрисемейные отношения. Фактором, снижающим адаптивные возможности этнических чувашей, является их склонность к избеганию конфликтов, а этнических русских – тенденция к противостоянию с авторитетами.

6. В структуре невротических расстройств, составляющих половину всех ППР у больных в возрасте старше 18 лет, ведущее место занимают расстройства адаптации (22,1%), неврастения (9,6%) и соматоформные расстройства (8,7%). Вне зависимости от нозологической принадлежности ППР в его клинической картине лидирует депрессивный синдром (30,1%). Сочетание депрессии с суицидальными тенденциями у каждого третьего больного (35,7%) обосновывает отнесение больных ППР к группе высокого суицидального риска. В происхождении данных психопатологических нарушений видна тесная связь с демографическим и этническим статусом личности (молодой возраст, проживание в городе, принадлежность к дизэтнической группе).

7. В результате проведения многомерного статистического анализа получены пять факторов, определяющих 78,66% детерминации этипатогенеза ППР: этнокультурная диссоциация личности (31,7%), степень зрелости семейной структуры (18,7%), аутодеструктивная насыщенность среды (9,7%), иррациональное мышление (9,3%) и религиозно-этническая индифферентность (9,2%).

8. Рассогласование психодинамической структуры центральных функций личности и малоэффективное использование копинг-ресурсов при ППР опосредуется социокультурными влияниями, характеризующими более молодой возраст, принадлежность к женскому полу, городской образ жизни. Явление этнокультурной диссоциации, определяемое отчуждением личности от базовых для нее социокультурных систем, проявляется у 11,4% больных ППР выраженными нарушениями в системе самоотношения личности. Психологический профиль подобной личности описывается

доминированием тревожно-депрессивных тенденций на фоне субъективных трудностей межличностной коммуникации.

9. Основным звеном системы психотерапевтической помощи при ППР в Чувашии является Республиканский психотерапевтический центр, который наряду с амбулаторным обслуживанием больных по бригадной форме, координирует деятельность всей психолого-психотерапевтической службы республики. Организация психотерапевтического процесса, сенситивного к чувашской культурной основе, подразумевает обязательную опору на ключевые фигуры семейной структуры, использование позитивных ресурсов альтернативных практик, неконфронтационную форму построения самой коммуникации.

10. В качестве стратегической основы организации системы психопрофилактики при ППР предложена концепция биопсихосоциальной иерархии структуры потребностей личности, отражающая традиционное соотношение личностных ценностей, во главу угла которых поставлен приоритет духовно-нравственных потребностей личности. Оптимальной формой реализации подобных психопрофилактических программ представляется придание им характера интерсекторального взаимодействия, осуществляемого на общенациональном, региональном и местном уровнях.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

Статьи в соответствии с Перечнем ведущих научных журналов и изданий, выпускаемых в Российской Федерации, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора наук (2001 – 2005)

1. Социально-психологические проблемы сохранения интегрального здоровья семьи // Семья в России. — 2002. — № 2. — С. 63-79.

2. Психотерапия символами в комплексном лечении депрессии // Российский психиатрический журнал. — 2002. — № 4. — С. 56-59. (Соавт. Абрамова Н.М., Орлов Ф.В.).

3. О формах психотерапевтической помощи в условиях городской поликлиники // Социальная и клиническая психиатрия. — 2002. — № 2. — С. 64-65. (Соавт. Козлов А.Б., Орлов Ф.В., Васильева Е.М., Работаева Т.В.).

4. Здоровье семьи: медико-психологические и социальные проблемы общества // Семья в России. — 2003. — № 2. — С. 36-41.

5. Кросскультуральное исследование копинг-стратегий в здоровой популяции // Вестник Чувашского университета. — 2004. — №2. — С. 38-48.

6. Концепции нозогенеза в традиционном чувашском мировоззрении // Вестник Чувашского университета. — 2004. — №1. — С. 171-176.

7. Система семейных и духовных ценностей при психической дезадаптации // Вестник Чувашского университета. — 2005. — №2. — С. 90-99.

8. Проблемы духовного совершенствования в лечении психических расстройств // Вестник психотерапии. — 2005. — № 14. — С. 9-20.

9. Клинико-психологический контекст социокультурного исследования семейных и ценностных ресурсов кризисной личности // *Семья в России*. — 2005. — № 2. — С. 31-51.

10. Интеграция биопсихосоциального подхода в общеврачебную практику: возможности и перспективы // *Социальная и клиническая психиатрия*. — 2005. — № 2. — С. 82-84. (Соавт. Орлов Ф.В.).

11. Интегративные тенденции психотерапии в контексте взаимодействия культур // *Социальная и клиническая психиатрия*. — 2005. — № 3. — С. 63-68.

12. Кросскультуральный диалог в современной психотерапии // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. — 2005. — № 3. — С. 8-12.

13. Этнокультуральные аспекты психотерапии (аналитический обзор) // *Российский психиатрический журнал*. — 2005. — № 5. — С. 62-67.

14. Сопряженность социокультурных параметров личности с пограничными состояниями // *Вестник Чувашского университета*. — 2005. — №3. — С. 285-291.

15. Психологические механизмы совладания при дезадаптации личности: Культуральный аспект // *Вестник Чувашского университета*. — 2006. — №1. — С. 281-288. (Соавт. Сулова Е.С.),

16. О психологическом подходе к оценке психического здоровья населения // *Социальная и клиническая психиатрия*. — 2006. — №2 (в печати).

Монографии

17. Эпоха и этнос: Проблемы здоровья личности. — Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2004, 268 с. (Соавт. Афанасьев И.Н.).

18. Лечение головной боли при психических расстройствах // *Головная боль в клинике психических нарушений*. — Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2005, с. 94-115. (Соавт. Орлов Ф.В., Голенков А.В., Иваничев Г.А.).

Учебно-методические пособия

19. Психическое здоровье детей и подростков в Чувашской Республике: Метод. письмо / Козлов А.Б., Овечкина Л.А., Никитин Л.Н., Орлов Ф.В., Николаев Е.Л. и др. — Чебоксары, 2000, 24 с.

20. Организационно-правовые аспекты работы психотерапевтического кабинета: Метод. рекомендации / Козлов А.Б., Николаев Е.Л., Орлов Ф.В., Никитин Л.Н., Голенков А.В. — Чебоксары, 2001, 64 с.

21. Словарь по психотерапии и клинической психологии. — Чебоксары, 2002, 80 с.

22. Психотерапия и психологическое консультирование в клинике: Метод. указания. — Чебоксары. Изд-во Чуваш. ун-та, 2002, 28 с.

23. Краткий этнопсихиатрический словарь / Голенков А.В., Николаев Е.Л., Козлов А.Б.. — Чебоксары, 2004, 28 с.

24. Социокультуральные детерминанты психического здоровья: Учеб. Пособие. — Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2005, 100 с.

Другие научные публикации

25. Психологические особенности формирования заболевания у больных хроническим алкоголизмом и пограничными нервно-психическими расстройствами // Первый съезд психиатров, наркологов, психотерапевтов Чувашской Республики: Тезисы докладов. — Чебоксары, 1995, с. 63-65.

26. Современные модели психотерапии и немедикаментозные методы лечения // Материалы научно-практической конференции «Немедикаментозные методы лечения». — Чебоксары, 2001, с. 34-35.

27. Психотерапевтические подходы в лечении детей и подростков. // Материалы конгресса по детской психиатрии. — М., 2001, с. 149-150.

28. Социо- и этнокультуральные аспекты отношения к здоровью и болезни у студентов-медиков // Материалы международного конгресса «Социальная психология XXI столетия». Т.2. — Ярославль, 2002, с. 282-284.

29. Культуральные особенности семейной психотерапии в межэтническом браке // Психология в изменяющейся России: Материалы II съезда психологов Чувашии. — Чебоксары, 2002, с. 28-30.

30. Современные информационные технологии и здоровье семьи // Семья: Взрослые и дети в изменяющемся мире: Материалы Респ. науч.-практ. конф. — Чебоксары, 2002, с. 85-87.

31. Клинические и этнокультуральные факторы низкой выявляемости маниакально-депрессивного психоза в Чувашии. Мат. Росс. конф. «Аффективные и шизоаффективные расстройства». — М., 2003, с. 38-39. (Соавт. Голенков А.В., Николаев Е.Л., Калинина Е.В.).

32. Семья в контексте культурно-ориентированной терапии // Мат. Межрег. науч.-практ. конф. «Этнос и личность: исторический путь, проблемы и перспективы развития». — Чебоксары, 2003, с. 89-90.

33. Тревога и депрессия в культуральной перспективе. Мат. Росс. конф. «Аффективные и шизоаффективные расстройства». — М., 2003, с. 74-75. (Соавт. Голенков А.В.).

34. Этнокультуральная характеристика адаптационной модели здоровья // Чуваш. ун-т, 2004. 21 с. Деп. в ГЦНМБ. 5.04.2004. Д-27505.

35. Внутренняя картина болезни: архаичное в современном // Чуваш. ун-т, 2004. 15 с. Деп. в ГЦНМБ. 15.12.2004. Д-27579.

36. К проблеме о социальных и психологических факторах риска психического здоровья // Чуваш. ун-т, 2004. 21 с. Деп. в ГЦНМБ. 15.12.2004. Д-27581.

37. Информационная агрессия в контексте здоровья российской семьи // Мат. научн.-практ. конф. «Современные тенденции развития семьи». — М.-Чебоксары, 2004, с. 29-31.

38. Культуральные проблемы психологии здоровья и болезни // Организационное поведение: проблемы развития, регуляции, трансформации. — Чебоксары, 2004, с. 255-275.

39. Психическая адаптация и копинг поведение: социокультурный подход // Вестник Чеб. филиала Моск. гос. откр. пед. ун-та им. М.А. Шолохова. — 2004. — №1. — С. 44-58.

40. Многоуровневый диагностический подход: учет культуральной специфики // Мат. Первой научн.-практ. конф. психиатров и наркологов Южного фед. округа. Ростов н/Д, 2004, с.340-342.

41. Актуальные психотерапевтические подходы: взаимодействие терапевта и пациента // Научн. труды III Азиатско-Тихоокеан. Межд. Конгресса психологов «Человек. Власть. Общество». — Хабаровск, 2004, с. 174-176.

42. Социокультурные реалии психотерапевтической практики // Материалы симпозиума «Социальная психология XXI столетия», Т.2. — Ярославль, 2004, с. 93-94.

43. Синкретическая модель здоровья и болезни: учет в психотерапевтической практике // Материалы регион. научн.-практ. конф. «Психология и духовно-нравственное здоровье российского общества». — Чебоксары, 2004, с. 190-193.

44. Духовно-нравственное здоровье общества: взгляд сквозь призму семьи // Материалы регион. научн.-практ. конф. «Психология и духовно-нравственное здоровье российского общества». — Чебоксары, 2004, с. 77-92.

45. Стресс-совладающие механизмы и этническая идентификация // Мат. научн.-практ. конф. «Этнокультуральные вопросы психиатрии и психологии». — Чебоксары, 2004, с. 112-115.

46. Культуральные аспекты тревожности у студентов // Мат. научн.-практ. конф. «Этнокультуральные вопросы психиатрии и психологии». — Чебоксары, 2004, с. 121-124.

47. Нозогенез в историко-культуральном контексте // Мат. научн.-практ. конф. «Этнокультуральные вопросы психиатрии и психологии». — Чебоксары, 2004, с. 131-139.

48. Традиционная модель здоровья и болезни у чувашей // Тюркология. — 2004. — № 6. — С. 42-49.

49. Биопсихосоциальный подход в общеврачебной практике // Психиатрические аспекты общемедицинской практики: Тезисы научн. конф. с междун. участием. — СПб., 2005, с. 53-54. (Соавт. Орлов Ф.В.).

50. Копинг при неврозах: этнокультуральные аспекты в Чувашии // Тезисы докл. III съезда психиатров, наркологов и психотерапевтов Чувашской Республики. — Чебоксары, 2005, с. 71-74. (Соавт. Андреева Е.Н.).

51. Этнокультуральный профиль и психологические особенности невротической личности // Тезисы докл. III съезда психиатров, наркологов и психотерапевтов Чувашской Республики. — Чебоксары, 2005, с. 85-87.

52. Психотерапия и клиническая психология в Чувашской Республике: основные этапы и перспективы развития // Тезисы докл. III съезда психиатров, наркологов и психотерапевтов Чувашской Республики. — Чебоксары, 2005, с. 195-199.

53. Социокультуральные механизмы формирования совладания в детском возрасте // Социальная психология XXI столетия, Т. 2. — Ярославль, 2005, с. 94-96.

54. Феноменология межкультурного взаимодействия в практике психотерапии и клинической психологии // Материалы XIV съезда психиатров России. — М., 2005, с. 414.

55. Медико-психологическая помощь в экстремальной ситуации: содержание и приоритеты // Здравоохранение Чувашии. — 2005. — №1. — С. 26-33. (Соавт. Орлов Ф.В.).

56. Качество жизни в контексте культуры: психотерапевтические реалии в регионе // Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины: Тезисов научн. конф. с междуна. участием. — СПб., 2006, с. 47-48.

57. Психотерапия в контексте культуры. Статья вторая: этнокультурные детерминанты психотерапевтического процесса // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. — 2006. — №2. — С. 45-76.

58. Духовность, вера и религия в системе психотерапевтических ресурсов личности // Здравоохранение Чувашии. — 2006. — №2. — С. 84-89.

59. Психологическая модель пограничного уровня психической дезадаптации // Вестник интегративной психологии. — 2006. — № 4. — С. 131-133.

Публикации на английском языке

60. Psychological features of disease formation in patients with alcoholism and neurotic disorders // Amrit Medical Journal. — 1995. — No. 1. — P. 7-8.

61. , Regional statistical model for mental disorders // The Royal College of Psychiatrists Annual Meeting «2001: A Mind Odyssey – Science and Caring». — London, p. 43. (Et. Golenkov A.).

62. Poisoning cases as suicide behaviour manifestation // The Middle East Journal of Emergency Medicine. — 2002. — Vol.2. — No 2. — P. 67. (Et. Golenkov A., Prokhorovskaya A.).

63. Neurotic disorders among Nepalese students // Family: Adults and Children in Changing World. Book of Abstracts of the International Conference. — Cheboksary, 2002, p. 79. (Et. Kayastha N., Rajkarnikar S., Jha N., Golenkov A.).

64. Developing psychological care for rural victims of disaster // The Middle East Journal of Emergency Medicine. — 2004. — Vol. 4. — No 2. — P. 116.

65. Mental health in the context of the sociocultural approach // Man. Authorities. Society: Proceedings of the IV International Asian-Pacific Congress of Psychologists. — Khabarovsk, 2005, p. 201-202.

66. Ethnocultural health model: comparative study in Chuvashia // *Congressus Decimus Internationalis Fenno-Ugristarum: Pars II «Summaria acroasium in sectionibus»*. — Yoshkar-Ola, 2005, p. 216-217.