

ISSN 1993-1298



# ВЕСТНИК

ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ ЧУВАШИИ

ПСИХИАТРИЕ ПСИХОЛОГИИ ЧАВАШ ХЫПАРСИ  
THE BULLETIN OF CHUVASH PSYCHIATRY AND PSYCHOLOGY



3

ЧУВАШСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ПСИХИАТРОВ,  
НАРКОЛОГОВ, ПСИХОТЕРАПЕВТОВ, ПСИХОЛОГОВ

---

---

# **ВЕСТНИК**

## **ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ ЧУВАШИИ**

*Психиатрипе психологин чăваш хыпарĕи*  
*The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology*

---

---

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ  
ИЗДАНИЕ

**№ 3**

**Чебоксары**  
**2007**

## **Научно-практическое издание Чувашской ассоциации психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов**

### **Председатель редакционного совета**

А.Б. КОЗЛОВ (Чебоксары, Россия)

### **Редакционный совет:**

А.А. АЛЕКСАНДРОВ (Санкт-Петербург, Россия)

К.А. ИДРИСОВ (Грозный, Россия)

Е.Н. КАДЫШЕВ (Чебоксары, Россия)

Б.Д. КАРВАСАРСКИЙ (Санкт-Петербург, Россия)

А.М. КАРПОВ (Казань, Россия)

В.Н. КРАСНОВ (Москва, Россия)

С. ЛЕСИНСКЕНЕ (Вильнюс, Литва)

Д.М. МУХАМАДИЕВ (Душанбе, Таджикистан)

С.А. НУРМАГАМБЕТОВА (Алматы, Казахстан)

А.Ф. СОГОЯН (Ереван, Армения)

Д. ХРИСТОДУЛУ (Афины, Греция)

А.В. ХУДЯКОВ (Иваново, Россия)

А.А. ЧУРКИН (Москва, Россия)

С. ЭВАНС (Нью-Йорк, США)

### **Главный редактор**

Е.Л. НИКОЛАЕВ (Чебоксары, Россия)

### **Редакционная коллегия**

И.Е. БУЛЬГИНА (редактор раздела «Наркология»)

Д.В. ГАРТФЕЛЬДЕР (технический редактор)

А.В. ГОЛЕНКОВ (зам. главного редактора,  
редактор раздела «Психиатрия»)

А.Н. ЗАХАРОВА (редактор раздела «Психология»)

Ф.В. ОРЛОВ (ответственный секретарь,  
редактор раздела «Психотерапия»)

### **Адрес редакции**

Россия, 428018, Чувашская Республика,  
г. Чебоксары, ул. К. Иванова, 20

Тел. (8352) 42-01-30, 42-53-41,

факс (8352) 42-01-30

Е-mail: [chapn1962@yahoo.com](mailto:chapn1962@yahoo.com)

**Чăваш психиатрĕсемпе наркологиĕсен,  
психотерапевчĕсемпе психологиĕсен  
ассоциацийĕн клиника практикипе  
ăслăлăх кăларăмĕ**

**Редакци канашĕн пуçлăхĕ**  
А.Б. КОЗЛОВ (Шупашкар)

**Редакци канашĕ**  
А.А. АЛЕКСАНДРОВ  
(Санкт-Петербург)  
К.А. ИДРИСОВ (Грозный)  
Е.Н. КАДЫШЕВ (Шупашкар)  
Б.Д. КАРВАСАРСКИЙ  
(Санкт-Петербург)  
А.М. КАРПОВ (Хусан)  
В.Н. КРАСНОВ (Мускав)  
С. ЛЕСИНСКЕНЕ (Вильнюс)  
Д.М. МУХАМАДИЕВ (Душанбе)  
С.А. НУРМАГАМБЕТОВА  
(Алматы)  
А.Ф. СОГОЯН (Ереван)  
Д. ХРИСТОДУЛУ (Афины)  
А.В. ХУДЯКОВ (Иваново)  
А.А. ЧУРКИН (Мускав)  
С. ЭВАНС (Нью-Йорк)

**Тĕп редакторĕ**  
Е.Л. НИКОЛАЕВ (Шупашкар)

**Редакци ушкăнĕ**  
И.Е. БУЛЬГИНА  
Д.В. ГАРТФЕЛЬДЕР  
А.В. ГОЛЕНКОВ  
(тĕп редактор сұмĕ)  
А.Н. ЗАХАРОВА  
Ф.В. ОРЛОВ (яваплă секретарĕ)

**Редакци вырăнĕ**  
428018, Чăваш Республики,  
Шупашкар хули, К. Иванов ур., 20

Тел. (8352) 42-01-30, 42-53-41  
факс (8352) 42-01-30  
E-mail: [chapn1962@yahoo.com](mailto:chapn1962@yahoo.com)

Research and clinical practice edition  
of the Chuvash association  
of psychiatrists, narcologists,  
psychotherapists, psychologists

Chairman of Editorial Council  
A.B. KOZLOV (Cheboksary)

Editorial Council  
A.A. ALEKSANDROV  
(St. Petersburg)  
G. CHRISTODOULOU (Athens)  
A.A. CHURKIN (Moscow)  
S. EVANS (New-York)  
K.A. IDRISOV (Grozny)  
E.N. KADYSHEV (Cheboksary)  
A.M. KARPOV (Kazan)  
B.D. KARVASARSKY  
(St. Petersburg)  
V.N. KRASNOV (Moscow)  
A.V. KHUDIYAKOV (Ivanovo)  
S. LESINSKIENE (Vilnius)  
D.M. MUKHAMADIEV (Dushanbe)  
S.A. NURMAGAMBETOVA  
(Almaty)  
A.F. SOGHOYAN (Yerevan)

Editor-in-Chief  
E.L. NIKOLAEV (Cheboksary)

Editorial Board  
I.E. BULYGINA  
D.V. HARTFELDER  
A.V. GOLENKOV  
(deputy editor)  
F.V. ORLOV (executive editor)  
A.N. ZAKHAROVA

Editorial office  
20 K. Ivanova ul., Cheboksary  
Chuvash Republic 428018 Russia

Tel. +7 (8352) 42-01-30, 42-53-41  
Fax. +7 (8352) 42-01-30  
E-mail: [chapn1962@yahoo.com](mailto:chapn1962@yahoo.com)

# СОДЕРЖАНИЕ

От редактора.....	6
-------------------	---

## АКТУАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

*Е.Л. Николаев*

Современные направления исследования пограничных психических расстройств.....	8
---	---

*Ф.В. Орлов*

Клинико-терапевтические особенности головной боли, связанной с психическими расстройствами.....	50
---	----

## СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

*С.А. Петунова*

Влияние статуса безработного на психоэмоциональное благополучие личности.....	59
---	----

*О.Г. Рындина*

Условия формирования психологической готовности к воинской службе.....	74
--	----

## ПЕРЕКРЕСТОК КУЛЬТУР

*Нурмагамбетова С.А., Ю.В. Игнатьев*

Этнокультуральная идентичность как объект психиатрического исследования (на материале немецкого этноса в Республике Казахстан).....	89
---	----

*Е.С. Сулова*

Приспособительные механизмы при стрессе в различных субкультурных группах .....	101
--	-----

### **СОБЫТИЯ И ИМЕНА**

*А.В. Аверин, Л.Г. Ронжина*

Всероссийская конференция по сестринскому делу в психиатрии .....	113
--	-----

Третий съезд психологов Чувашии .....	120
---------------------------------------	-----

*А.М. Карпов*

Рецензия на монографию Е.Л. Николаева «Пограничные расстройства как феномен психологии и культуры» .....	122
--	-----

Первый Восточно-Европейский конгресс по психиатрии .....	124
---	-----

Рефераты текущих публикаций .....	126
-----------------------------------	-----

---

## ОТ РЕДАКТОРА

Уважаемые читатели!

Содержание данного номера довольно разнообразно по тематике и географии рассматриваемых проблем и авторов, представивших свои работы. Большинство материалов носит также отчетливый междисциплинарный характер.

Выпуск открывает аналитический обзор, выполненный по материалам последних научных публикаций в области психиатрии и психологии пограничных состояний. Широта анализируемой отечественной и зарубежной литературы позволяет не только выделить различия в современных исследовательских подходах, но и обозначить перспективные направления новых изысканий. Особенности диагностики и терапии головной боли в клинике психических расстройств получают всестороннее освещение в следующей статье. Важным итогом работы является вывод о необходимости разработки лечебных мероприятий с учетом как соматической, так и психической составляющей заболевания при основополагающей роли немедикаментозных методов лечения.

Проблемы психологического благополучия личности, тесно связанные с психическим здоровьем человека, достаточно подробно рассматриваются в двух следующих публикациях. В первой из них исследуются психологические последствия для личности такого социально-экономического феномена, как безработица. Отмечается, что психосоциальные последствия безработицы носят негативный характер не только для самого человека, но и всего общества в целом. Не менее злободневной теме, теме призыва молодежи на воинскую службу посвящена другая работа. В ней изучаются социально-психологические факторы, определяющие готовность допризывников к службе в армии.

Довольно интересной по постановке проблемы является статья, посвященная анализу этнокультурных детерминант пси-

хического здоровья этнических немцев, проживающих в Казахстане. Хронологический подход к периодизации социальных проблем немецкого населения республики помогает автору обосновать применение этнокультурного подхода в предстоящих исследованиях. Близким по научной направленности стал анализ психологических особенностей копинг-поведения представителей основных субкультурных групп населения Чувашии. Определение характерных для каждой из групп вариантов дезадаптации в социуме позволяет эффективно планировать лечебно-профилактические мероприятия в регионе.

Минувший год был не менее, чем прежние, богат на значимые для специалистов службы охраны психического здоровья населения республики события. Чувашия, по сути, является пионером в области организации сестринского ухода в системе психиатрических учреждений, что и послужило основанием для собрания всероссийского форума специалистов по этому направлению. Психологи, работающие в различных сферах научной и практической деятельности, также получили прекрасную возможность для встречи и обсуждения своих актуальных проблем и обмена опытом на заседаниях своего очередного съезда. В завершение в номере публикуется приветствие организаторов Первого конгресса психиатров Восточной Европы и Балкан, где представлены объективные предпосылки для его проведения.



---

## АКТУАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

### СОВРЕМЕННЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

**Е.Л. Николаев**

*Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова,  
Республиканский психотерапевтический центр, Чебоксары*

Психическое здоровье, рассматриваемое как центральная способность индивида к осознанию себя в качестве субъекта, взаимодействующего с окружающим миром (А.Л. Катков, 1999), является важным условием индивидуального и общественного благополучия и имеет множество медицинских, социальных и политических аспектов (Г.Х. Брутланд, 2001).

Одним из наиболее распространенных на сегодняшний день подходов в изучении психического здоровья населения является клинико-эпидемиологический. Он основывается на анализе многочисленных данных первичного статистического учета, проводимого на территории либо специально (государственный учет), либо в процессе осуществления своих функций социальными институтами (ведомственный учет) (И.Н. Гурвич, 2003). Он также часто базируется на сплошном или выборочном исследовании распространенности определенных психических расстройств в конкретной популяции (Г.М. Кудьярова, 2000), в том числе пограничных психических расстройств (ППР).

Вместе с тем современное состояние индивидуального и общественного здоровья, степень развития социальных отношений и уровень научных достижений настоятельно диктуют потребность расширения привычного биомедицинского понимания категорий «психическое здоровье» и «психическое расстройство», что предусматривает комплексный междисциплинарный характер их изучения с позиций как естественных, так и

гуманитарных наук (R. Zachariae et al., 2000; R.J. Pasick et al., 2001; H.S. Wallach, I. Farbshtein, 2001; S.S. Zoroglu et al., 2002).

Естественнаучные исследования. Несмотря на многолетнюю историю изучения отечественной наукой проблемы ППР, в системе знаний все еще остается немало «белых пятен», требующих теоретического и практического исследования. Количественный и качественный анализ диссертационных работ в области медицины на соискание степени кандидата (доктора) наук за 2000-2005 гг. убедительно свидетельствует, что тема пограничной психиатрии продолжает рассматриваться на государственном уровне как крупная научная проблема, решение которой не только имеет существенное значение для медицины, но и вносит значительный вклад в развитие экономики страны и повышение ее обороноспособности.

Следует отметить, что в то время как в предыдущие годы основное внимание ученых было сосредоточено на собственно психиатрических аспектах проблемы, в последние годы наблюдается отчетливый рост интереса к ППР как коморбидным с другими заболеваниями состояниям. В связи с этим необходимо выделить работу Н.П. Гарганеевой (2002), посвященную поискам клиничко-патогенетических закономерностей формирования психосоматических соотношений при заболеваниях внутренних органов (ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, сахарном диабете) и ППР. Проводя связь между пограничными состояниями и соматической патологией, автор считает, что манифестация ППР предшествует первичному выявлению и верифицированной диагностике заболеваний внутренних органов. С другой стороны, анализ патогенетических условий формирования психосоматических заболеваний свидетельствует о роли психосоциальных факторов в механизмах психотравмирующего воздействия на пациентов, нарушающих их адаптационные возможности. Близкие по механизму развития психопатологические состояния развиваются и у больных бронхиальной астмой – заболеванием, также относимым к разряду психосоматических, что обуславливает особенности клинической оценки его динамики и мер превенции (Е.С. Байкова, 2005).

В фундаментальном исследовании С.В. Иванова (2002) комплексно изучены органичные неврозы как самостоятельная группа психосоматических расстройств с оценкой их распространенности в общемедицинской сети, интегративным клиническим анализом, разработкой оптимизированных методов терапии, социальной реабилитации и определением основных направлений в организации медицинской помощи больным на модели синдромов гипервентиляции, Да Коста и раздраженного кишечника. Им, в частности, установлено, что психосоматические соотношения при органичных неврозах представлены в рамках континуума, на одном полюсе которого располагается психическая патология, включающая соматовегетативный комплекс, а на другом – соматические нарушения, усиленные функциональными расстройствами. Центральное звено континуума формируют собственно функциональные расстройства, с одной стороны, маскирующие, оттесняющие на уровень факультативных симптомов психопатологические расстройства, а с другой – дублирующие симптомокомплексы соматического заболевания.

Клинические особенности формирования ППР прослежены и при таких сравнительно малоизученных состояниях, как нарушения голоса (Л.К. Галиуллина, 2003). Свежим научным исследованием ППР, затрагивающим вопросы типологии, динамики и реабилитации больных с ВИЧ-инфекцией, является работа О.Д. Бородкиной (2005). Ранее практически не изучались вопросы формирования пограничных состояний у матерей детей, больных детским церебральным параличом (Н.В. Устинова, 2004).

Если существование тесной взаимосвязи этиопатогенеза ППР при соматической патологии с воздействием психосоциальных факторов на сегодняшний день сомнений практически не вызывает, то развитие аналогичных состояний при патологии, требующей хирургического вмешательства, является относительно новой областью исследований. Этим и объясняется интерес ученых к поиску новых научных данных о ППР при урологических заболеваниях (Б.Ю. Приленский, 2001), в том числе опухолях предстательной железы (И.Е. Данилин, 2003); мочекаменной (А.В. Онегин, 2001) и желчнокаменной болезнях (Э.И. Му-

хаметшина, 2003), в пред- и постоперационный периоды гистерэктомии при гинекологических заболеваниях (Е.В. Павлова, 2002).

Еще одним направлением научных исследований состояния психического здоровья населения является изучение клинических особенностей протекания ППР у различных по своим социодемографическим и профессиональным характеристикам групп населения, позволяющее разрабатывать конкретные реабилитационные и профилактические рекомендации.

Так, работа Н.Н. Кузенковой (2003) посвящена эпидемиологическим, клинко-динамическим и реабилитационным аспектам ППР у подростков допризывного возраста. В исследовании О.В. Якубенко (2001) затрагиваются актуальные вопросы клиники, коррекции и профилактики ППР у школьников-подростков, а в близкой по содержанию, но не менее значимой по практической востребованности работе И.А. Пальянова (2004) разрабатывается проблема ППР у учащихся системы начального профессионально-технического образования.

На изучении старшего возрастного контингента – студентов построено исследование М.А. Ильиной (2004), рассматривающее пограничные состояния как проявление психической дезадаптации. По результатам работы И.А. Зиминой (2004) создан банк объективных данных состояния психического здоровья подростков, проживающих на экологически неблагоприятных территориях Забайкалья, что позволяет изменить организационный подход к оказанию лечебной и профилактической психиатрической помощи детско-подростковому населению. Обоснована необходимость открытия в г. Балее специализированного отделения по лечению и реабилитации детей и подростков с нервно-психическими расстройствами. Проблемы психического здоровья и ППР могут иметь тесную взаимосвязь с социальными условиями проживания населения в новой экономической ситуации. Именно этим, по мнению Е.В. Воинкова (2003), обуславливается необходимость научного совершенствования организации психиатрической помощи сельским жителям, доля больных ППР среди которых составляет 61,0%.

Влияние социально-экономических преобразований на психическое состояние шахтеров и работниц текстильного произ-

водства, больных ППР, а также система мероприятий по их психотерапии и реабилитации рассматриваются в работах О.В. Потапова (2001) и Л.Л. Погореловой (2001). Не обходят стороной исследователи и психическое здоровье лиц, работающих в особых условиях профессиональной коммерческой деятельности. По данным Е.А. Панченко (2002), доля предпринимателей с ППР значительно превышает аналогичные значения в общей популяции и близка к показателям работников опасных профессий (шахтеры, моряки, инкассаторы). Им, к примеру, отмечено наличие достоверных связей соматических заболеваний с такими факторами риска, как курение, загрязнение окружающей среды, употребление алкоголя, а также снижение уровня жизни. Примечателен факт высокой корреляционной связи между такими факторами, как плохие условия труда и высокий риск инфекционных заболеваний.

Реалии воинской действительности не исключают формирование донозологических форм психических нарушений и ППР у военнослужащих срочной службы (С.А. Нурмагамбетова, 2002). Большинство их, как правило, имеют реактивно-психогенный генез – на примере военнослужащих пограничных войск доказывает В.Н. Петровский (2000). Причем психические расстройства у военнослужащих требуют очень серьезного подхода и должны сопровождаться катамнестическим наблюдением в случае увольнения из Вооруженных сил (А.А. Марченко, 2003).

Экстремальные условия определяют специфическую картину ППР. Здесь чаще доминируют нарушения психогенного характера, что должно учитываться при оценке психического здоровья военнослужащих (В.Л. Жовнерчук, 2001) и определять тактику лечения и реабилитации (Л.Ю. Волкогонова, 2002). Данные принципы могут быть во многом распространены и на психофармакотерапевтические основы реабилитации жертв терроризма с ППР (В.А. Якшин, 2000) и на водителей-участников дорожно-транспортных происшествий (Н.В. Шемчук, 2003).

Менее острые, но не менее тяжелые расстройства адаптации, развивающиеся в структуре ППР у вынужденных мигрантов, не снимают актуальности проблемы создания комплексной программы терапии и реабилитации больных данного контин-

гента (Е.В. Павлова, 2000). Одним из вариантов лечения и реабилитации больных ППР в подобных случаях может быть методика динамической саморегуляции, предложенная А.Н. Михайловым (2004).

Разработка системных профилактических мероприятий в отношении ППР, как и любых других заболеваний, невозможна без проведения эпидемиологических исследований. Примером подобного рода анализа может послужить работа Г.М. Кудьяровой (2000), посвященная анализу ситуации с психическими расстройствами в Республике Казахстан. Предлагаемая система профилактических мероприятий, охватывающая все периоды жизни человека, по мнению автора, должна включать медико-генетическое консультирование, акушерско-гинекологическое наблюдение, акушерскую помощь, осмотры педиатра и социальных работников, наблюдение семейного врача, периодическое психологическое консультирование и, в случае необходимости, осмотры врачей специалистов и социальных работников. Важность учета клинико-генетических и организационных факторов в превенции ППР подтверждает в своем исследовании Е.В. Гуткевич (2003).

Выделяя влияние на здоровье таких факторов, как пол, возраст и профессиональная деятельность, И.А. Потапкин (2001) в качестве перспективного и нового направления мер превенции ППР предлагает организацию с учетом региональной специфики межведомственного центра психического здоровья, как внедиспансерного звена психиатрической службы.

*Гуманитарные исследования.* Исследования психического здоровья и его нарушений с позиций гуманитарных наук, в частности психологии, в отличие от естественнонаучных исследований ориентированы не на определенные нозологические единицы, а на отдельные функции и структуры, регулирующие поведение и переработку информации. В свете такой позиции не человек является больным, а конкретный тип поведения и конкретные психические функции обнаруживают отклонения, которые расцениваются обществом и самой личностью как аномальные и нуждающиеся в изменении (Д. Шульте, 2002).

Работ, которые были бы непосредственно посвящены изучению психологических механизмов пограничных состояний, сравнительно немного. В крупномасштабном труде Ю.А. Александровского (2000), посвященном теоретическим, клиническим, терапевтическим, профилактическим и организационным проблемам ППР, имеется специальный подраздел о психологическом исследовании больных с ППР. В нем Л.Ю. Собчик (2000) предлагает работать с такими больными в рамках индивидуально-типологического подхода, в соответствии с которым все типологические свойства личности разделены на восемь основных и восемь дополнительных индивидуально-личностных вариантов. Они охватывают такие полярные свойства, как тревожность и агрессивность, интроверсия и экстраверсия, а также лабильность – ригидность, сенситивность, спонтанность. В связи с этим наиболее оптимальными целями использования в пограничной психиатрии психодиагностических методик автор считает следующие: определение индивидуально-типологической принадлежности больного, поуровневое изучение его личностных свойств и особенностей состояния с учетом мотивационных искажений и защитных тенденций в ситуации обследования, оценку степени выраженности различных тенденций, определяющих степень адаптированности и уровень дезинтеграции.

Более широкий круг задач психологического исследования в клинике, которые небезосновательно можно распространить и на ППР, выделен Л.И. Вассерманом и О.Ю. Щелковой (2003). По их мнению, одной из главных задач медицинской психодиагностики является исследование познавательной деятельности, эмоциональной и мотивационно-волевой сфер личности, ее структурных особенностей, а также системы значимых отношений, направленности, ценностных ориентаций, социального опыта больного. Особое значение, на их взгляд, имеет исследование внутренней картины болезни и ожидаемых ее последствий, отношения пациента к болезни, лечению, референтному окружению, к своей профессии, к производственной и личной ситуации, определение зон конфликтных переживаний и фрустрирующих факторов, способов психологической защиты, психологического преодоления (копинг-механизмов) и механизмов психологической компенсации.

Разрабатывая описанные направления, исследователи сосредотачивают свои усилия на малоизученных аспектах пограничных состояний. К примеру, работа В.И. Ситкиной (1998) построена на медико-психологическом анализе структуры нарушений адаптивного поведения при ППР, обусловленных отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы. Объектом другого исследования являются особенности психологической защиты и совладания у больных ППР, переживших травматические события (С.А. Ошаев, 2004).

В общей структуре научных исследований психического здоровья выделяется пласт работ, сконцентрированных на поиске психологических закономерностей конкретных психических нарушений, относящихся к категории ППР. Так, изучению особенностей пограничной личностной организации при расстройствах личности и их взаимосвязи с эмоциональным опытом насилия посвящена работа С.В. Ильиной (2000). Г.Е. Рупчев (2001) теоретически и экспериментально подтверждает положение о специфическом характере восприятия и организации опыта в области внутренней телесности, а также существовании различных вариантов организации внутренней телесности в рамках различных типов соматоформных расстройств.

Е.А. Корабельникова (2004) в отношении невротических расстройств вводит понятие адаптационного комплекса, который включает совокупность адаптационных механизмов, формирующихся на личностно-психологическом, клинико-психофизиологическом и психосоциальном уровнях. При этом психологическая адаптация оценивается, как характеризующаяся более напряженной работой психологических защит с преобладанием незрелых и невротических механизмов и использованием преимущественно неадаптивных копинг-стратегий в аффективной и когнитивной сферах.

В работе Л.Р. Ахмадуллиной (2003) указывается на существование взаимосвязи между формированием психических расстройств невротического уровня у пациентов пожилого и старческого возраста и нарушением процессов вероятностного прогнозирования (антиципационной деятельностью). Выявлено, что с увеличением возраста у больных с невротическими расстрой-



ствами чаще усиливаются характерологические особенности, нередко становящиеся базой для формирования ППР.

Одной из актуальнейших клинических проблем последних лет является проблема посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Исследование Х.Б. Ахмедовой (2004) мирного населения, пережившего военные действия, позволило установить, что воздействие длительных психотравмирующих ситуаций, связанных с угрозой жизни, ведет не только к возникновению симптомов ПТСР, но и к формированию структурно-динамических изменений личности. Наиболее подверженными ПТСР являются лица с эмотивными, дистимными, возбудимыми и застревающими чертами личности. Изменения личности при ПТСР затрагивают высшие иерархические уровни регуляции устойчивых форм социального поведения, в частности структуру ценностно-смысловой сферы.

Ключевым вопросом психологических исследований в области психического здоровья, тесно связанным с проблемой ППР, является изучение психической адаптации, а также условий и механизмов ее нарушения. Определяются взаимосвязи между структурой личности и свойствами темперамента у курсантов военно-морского вуза на протяжении периода обучения, обуславливающие последующий выбор стратегий как психолого-коррекционной, так и воспитательной работы (И.М. Владимирова, 2001); проводится комплексное многомерное исследование процесса адаптации военнослужащих морской пехоты к условиям военно-профессиональной подготовки с учетом профессионального, медицинского, физиологического, психического и психосоциального компонентов, их взаимосвязи в динамике наблюдений при деятельности в обычных и в экстремальных условиях деятельности и постстрессовый период (Л.Е. Шевчук, 2001); с целью теоретического обоснования подходов к психопрофилактике стрессовых расстройств рассматриваются психологические механизмы копинг-поведения и алгоритмы прогноза его эффективности у специалистов экстремального профиля (И.Б. Лебедев, 2002).

Психическая дезадаптация часто может принимать форму психосоматических нарушений и тогда опыт массовой оценки

здоровья методом математико-статистического моделирования становится одним из оптимальных вариантов диагностики, особенно у студентов (Л.А. Фоменко, 2002). Аналогичные расстройства, имеющие отчетливо психогенное происхождение, связанное с условиями интенсивных физических и психологических нагрузок, отмечаются и у детей, обучающихся в специализированных английских школах (Н.А. Муханова, 2000). Еще одним вариантом психической дезадаптации у детей и подростков может быть агрессивность, в формировании которой при поведенческих и эмоциональных расстройствах прослеживается влияние когнитивных стилей (Е.А. Карасева, 2002). Данные свойства и типы личности, как фактор риска ППР у детей, нуждаются в своевременной диагностике, коррекции и профилактике, которая может происходить как на уроках, так и в процессе индивидуально-групповой работы в диалоге психолога с ребенком (И.М. Никольская, 2001).

*Этнокультурные исследования.* Как видно из приведенного выше анализа научных исследований психического здоровья, основную часть ученых объединяет понимание его патологии, в том числе ППР, как конструкта, в большей степени связанного с категориями клинической психиатрии и психологии. Между тем реалии клинической практики в такой многонациональной стране, как Россия, и международный опыт определенно свидетельствуют о влиянии этнических, религиозных, семейных, ценностных и иных культурных факторов на уровень психического здоровья населения (Б.С. Положий, А.А. Чуркин, 2001).

В связи с этим особую актуальность в науке получают исследования, в основе которых лежит этнокультурный подход, базирующийся на следующих принципах. Первый принцип подразумевает оценку любых психических расстройств с учетом особенностей общества и культуры, в которых они встречаются. Второй – подчеркивает важность оценки психических расстройств в рамках одной и той же культуры с учетом конкретного исторического отрезка времени ее существования (Т.Б. Дмитриева, Б.С. Положий, 2003).

На сегодняшний день исследования подобного рода проводятся во многих регионах России, а также в некоторых странах

постсоветского пространства. Основная часть работ выполняется в рамках научной программы «Психическое здоровье народов России», реализуемой Государственным научным центром социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского (Т.Б. Дмитриева, Б.С. Положий, 2003).

Так, своеобразным «полигоном» для этнокультурных исследований психического здоровья и его проблем стала Удмуртия. В работе И.В. Реверчука (2002) показано, что клиническая структура ППР среди больных различных этнических субпопуляций имеет определенные различия. В частности, невроз тревоги и страха, неврастения преобладают среди русских, депрессивный невроз – среди удмуртов. Среди русских чаще встречаются кратковременные депрессивные реакции, среди удмуртов – затяжные. Также выявлены другие различия в клинике и динамике психических расстройств, имеющие отчетливую этнокультурную окраску.

Дополнением к названной работе в плане психологической картины невротических расстройств в Удмуртии может послужить исследование Л.Л. Репиной (2004), в котором установлено, что удмурты наиболее часто используют сенситивный радикал во внутренней картине болезни, копинг-стратегию «религиозность» в когнитивной сфере, неадаптивные поведенческие и эмоциональные механизмы совладания. Кроме того, по данным субъективного контроля, удмурты придают меньшее значение своему здоровью, чем русские.

Как свидетельствует исследование И.А. Уварова (2004), этнокультурные различия в клинической картине психических расстройств начинают проявляться уже в подростковом возрасте. Сравнение частоты ППР в форме патохарактерологического развития личности обнаруживает, что она достоверно выше у русских пациентов. Преобладание у удмуртов тормозимых черт, по мнению автора, подтверждается особенностями их национальной психологии – робостью, ранимостью, неуверенностью, боязливостью, низкой самооценкой. В ходе исследования А.И. Лазебником (2000) клинико-социальных и этнокультурных особенностей суицидального поведения у подростков Удмуртии выявлено наличие таких факторов, повышающих риск аутоаг-

рессии среди удмуртов, как терпимое отношение к самоубийству, авторитарный стиль воспитания в семье, повышенная чувствительность, «избегающие» копинг-стратегии и склонность к аутоагрессии.

Сравнительное исследование клинических особенностей ППР, проведенное А.М. Бендриковским (2001) в Республике Коми, также позволяет установить вклад этнокультурных особенностей славянских и финно-угорских этносов в частоту и характер психических расстройств. Прежде всего, болезненность ППР среди коми в несколько раз превышает болезненность среди славян. Если у коми среди больных больше лиц старшего возраста, то у славян – молодого. При этом ведущее место в структуре ППР у больных коми занимают расстройство адаптации, а также тревожное расстройство и неврастения. Различаются обследованные этнические группы и по отношению к возможности суицида (у коми терпимость к этому факту выше), по жизненным ценностям (карьера у славян и материальное благополучие у коми), а также – по вариантам социальной дезадаптации.

Интересные данные получены Т.Е. Евдокимовой (2004) о состоянии психического здоровья проживающих в Сибири бачатских телеутов, распространенность ППР среди которых довольно высока, а обращения нечасты. Данная ситуация объясняется ею тем, что в большинстве случаев невротическая симптоматика расценивается телеутами как «усталость, сложный жизненный этап, неуверенность». Подобное отношение к здоровью связывается с культурой народа, включающей и отношение к здоровью, поведению своему и окружающих, что подтверждается отсутствием в языке телеутов понятия «нервный», «тревога», а также сдержанным отношением в выражении своих эмоциональных переживаний, сосредоточенностью на внешней оценке.

Во многом близкая картина наблюдается и в Бурятии. По мнению Б.А. Дашиевой (2004), неврозы у бурят практически не распознаются, не наблюдается «больших» невротических синдромов, не предъявляются ипохондрические жалобы, не встречается истерическая и конверсионная симптоматика. С учетом того, что невротические расстройства часто являются формой призыва о помощи или способом манипуляции окружающими, существ-

венной особенностью бурят и монголов является разрешение внутренних психологических конфликтов без помощи посторонних лиц. С другой стороны, нереализованные эмоциональные потребности, неотреагированные интерперсональные и внутриличностные конфликты в условиях жесткого запрета на проявление «слабости» могут оформляться в виде расстройств, имитирующих тяжелые соматические заболевания. В заключение делается вывод о необходимости сохранения традиционного образа жизни как протективного фактора бурятской популяции.

Определенный опыт этнокультурных исследований имеется и в Чувашии. Прежде всего, здесь стоит выделить работу А.В. Голенкова (1998), который, разрабатывая статистические модели психического здоровья в регионе, отмечает, что в происхождении психических расстройств видна тесная взаимосвязь социальных, генетических, демографических, медицинских, биологических, экологических и этнокультурных показателей. Некоторые этнокультурные особенности противоправных действий психически больных обозначены в исследовании Л.Н. Никитина (2000), непосредственно не затрагивающем проблемы ППР. Судебно-психиатрическим аспектам внутрисемейной агрессии посвящена работа М.П. Сергеева (2005), который выделяет этнокультурные психопатологические механизмы подобного поведения.

На материале сплошного клинико-эпидемиологического исследования больных невротическими и соматоформными расстройствами, проведенного А.Б. Козловым (2001), установлена меньшая болезненность данными нозологическими формами чувашей в сравнении с русскими. Вместе с тем в клинической структуре у больных-чувашей достоверно выше удельный вес тревожно-фобических расстройств, у русских – диссоциативных, соматоформных и обсессивно-компульсивных. Расстройства адаптации наиболее характерны для русской субпопуляции. Собственно невротический синдром, являющийся ведущим в обеих группах, чаще встречается у мужчин-чувашей. Также выявлено, что если среди чувашей меньше разведенных и вдовых, а при болезни – больше проявлений утраты прежних интересов, у русских – достоверно выше удельный вес конфликтности, ан-

тисоциального поведения, нарушений семейных отношений и ухода в мир мистических переживаний.

С другой стороны, не столь жесткие связи с этническим фактором прослеживаются в некоторых других работах, посвященных психическому здоровью населения. Изучая основные закономерности распространенности психических расстройств в Казахстане, Г.М. Кудьярова (2000) приходит к выводу, что сравнительная оценка влияния этнического и экопатогенного факторов на адаптационные возможности психически больных определяет большую уязвимость казахов. Однако степень выраженности социальной дезадаптации, развившейся в результате заболевания, не связана с принадлежностью к определенной этнической группе и больше зависит от экопатогенных факторов. В проявлениях социальной дезадаптации также отмечается большое разнообразие, связанное не с этническим, а с рядом культурных факторов, присущих населению той или иной местности.

Не выявлены этнокультурные различия и в работе Н.М. Абрамовой (2005), посвященной изучению личностных особенностей лиц, совершивших суицидные попытки путем отравления в г. Чебоксары, что может, по ее мнению, свидетельствовать как об отсутствии этнокультурных влияний на частоту суицидов у чувашей и русских, так и о стирании этнокультурных различий в среде городского населения Чувашии.

Опыт работы Д.М. Мухаммадиева (2003) по медико-социальной реабилитации таджикских женщин-беженок приводит к необходимости выделения группы социокультурных факторов, объединяющей более широкий круг характеристик, чем собственно этнокультурные. В соответствии со спецификой исследуемой им ситуации, социокультурными факторами, обуславливающими течение и исходы социально-психологической дезадаптации, являются: низкий уровень образования женщин, занятость общественно полезным трудом, длительное пребывание в лагерях беженцев в условиях социальной изоляции при отсутствии информации о судьбе родственников и близких, недостаточность социальных контактов с микросоциальным окружением после возвращения в места своего постоянного проживания, потеря супруга в ходе вооруженного конфликта, а также возраст.

*Адаптация личности в различных культурах.* Культурные характеристики тесно взаимосвязаны со здоровьем. Они влияют на отношение к здравоохранению и лечению, представления о причинах здоровья и болезни, доступность здравоохранения, обращение за медицинской помощью (Д. Мацумото, 2002). Одним из путей исследования механизмов адаптации личности является изучение ее защитно-компенсаторных реакций, в частности стратегий совладания (копинга). Понятие совладания тесно связано с понятием стресса, а потому во многом определяет адаптационные ресурсы личности (R.S. Lazarus, 1993).

*Защитно-компенсаторные механизмы.* В последние два десятилетия значительно возросло количество работ, посвященных изучению механизмов совладания и психологической защиты, их связи с процессами адаптации у здоровых и больных, взрослых, детей и подростков, мужчин и женщин, представителей различных профессий. Эти исследования широко проводятся как в России, так и за рубежом (Р.К. Назыров, 1993; Н.А. Сирота, 1994; Е.И. Чехлатый, 1994; В.М. Ялтонский, 1995; С.Л. Истомин, 1998; V.L. Banyard, S. Grakham-Bermann, 1993; P.A. Thoits, 1995; S. Oakland, A. Ostell, 1996; D.D. Ridder, 1997; R. Moos, 2001). Активно разрабатываются многогранные аспекты защитно-компенсаторного поведения применительно к различным этнокультурным группам населения Северной Америки, Западной Европы, других индустриальных обществ, которые столкнулись с необходимостью проведения подобных исследований. Получаемые результаты нередко носят неоднозначный характер, свидетельствующий об отсутствии единого взгляда на данную проблему (B.G. Knight et al., 2000; L.D. Kubzansky et al., 2000; M. Nasser, 2000; J. Schaubroeck et al., 2000).

Тем не менее не вызывает сомнений то, что культурные особенности личности играют важную роль в восприятии стресса и выработке оптимальных стратегий его преодоления. Можно сказать, что социальные нормы индивидуализма или коллективизма напрямую отражаются в особенностях защитно-компенсаторного поведения (J. Schaubroeck et al., 2000), причем связи между этнокультурными характеристиками личности, стрессом и совладанием носят сложный и разноплановый характер (B.G. Knight et al., 2000).

По мнению М.Р. Aranda, В.С. Knight (1997), у латиноамериканцев это может быть связано с традиционным использованием фактора семейной поддержки. Социоэкономический уровень и статус этнического меньшинства также влияют на формирование защитно-компенсаторного поведения. Знакомство Т.Т. Donnelly (2002) с опытом использования вьетнамскими иммигрантами в Канаде медицинской помощи в системе официального здравоохранения позволило констатировать, что совладание должно рассматриваться как динамический процесс, связанный с определенными различиями в социальных, культурных, политических, экономических и исторических условиях.

Однако психологические различия в эмоциональных, когнитивных и поведенческих реакциях могут наблюдаться не только между группами коренного населения, европейского происхождения и недавними иммигрантами из развивающихся стран. В группах населения одного и того же статуса, принадлежащих к различным культурам, регистрируются неодинаковые модели совладания. Так, более чем четырехлетнее наблюдение экипажей космических кораблей «Мир» и «Шаттл», а также персонала центров управления полетами в России и США, с очевидностью показало, что, несмотря на схожие условия деятельности, выявлялись значимые различия в уровне подверженности стрессу и типах ответного реагирования на него у русских и американцев. Причем определялась передача эмоционального напряжения от членов экипажа на Землю и в обратном направлении (N. Kanas et al., 2001).

Наблюдение Л.М. Тауковой (2004) больных неврозами в Кабардино-Балкарии показывает, что если русские в состоянии психической дезадаптации чаще используют конфронтационный копинг, дистанцирование и избегание, то кабардинцы больше ориентированы на стратегии, связанные с самоконтролем. Для последних вообще характерна большая традиционность, нормативность и табуированность культуры, запрет на проявление гетероагрессивных чувств.

Сравнительное исследование Е.А. Панченко и М.В. Гладышевым (2004) особенностей суицидального поведения русских и удмуртов в Удмуртии позволило установить детерминирующие



его факторы. Так, установлены системообразующие особенности удмуртов: тяготение менталитета к «восточной» этнокультурной модели (архаические механизмы мышления), интровертированность (концентрация интересов на проблемах личностно-индивидуального мира), тенденция доминирования интуиции и эмоций, склонность к реакциям «избегания» или «ухода» в ситуациях угрозы или отвержения. В данной этнической группе определяется низкая толерантность к стрессу, склонность к быстрому развитию фрустрации, саморазрушающему поведению, реакциям дезадаптации.

Пытаясь объяснить мотивы суицидального поведения, японские психиатры более склонны, в сравнении с американскими, находить обоснование неспособностью личности соответствовать ожидаемым от нее социальным ролям, в соответствии с чем они более осторожны с информированием умирающих пациентов об их диагнозе, т.к. считают, что это может способствовать осуществлению суицидальных намерений (D. Berger, 1997).

Заметное влияние культуры на защитно-компенсаторное поведение прослеживается в отдельных возрастных и гендерных группах (G. Mahat, 1998; E.H. Van Naaften, F.J. Van de Vijver, 1999; L.D. Kubzansky et al., 2000; F. Aysan et al., 2001). Исследования в индейской резервации штата Монтана свидетельствуют, что при столкновении со стрессорными обстоятельствами у женщин, которые имеют ориентиры на свое сообщество, а не только на себя, наблюдается меньше проявлений депрессии и гнева (S.E. Hobfoll, 2002).

Интересные результаты получены A. Furnhaim et al. (2000) при изучении копинг-стратегий японских женщин, рожденных в Японии и в США. Для уроженок Японии использование «активных» стратегий совладания было менее предпочтительным, чем для «американок». Такой стиль поведения расценивался первыми как менее эффективный. Принятие уроженками Японии «пассивных» копинг-стратегий сопровождалось снижением уровня психологического дистресса, что носило явный защитный характер. У американских японок наблюдалось обратное соотношение, что отчетливо демонстрировало значимость куль-

турной среды для раннего усвоения адаптивных моделей поведения. Подобные различия описаны также М. Yoshima (2002) при сравнении британских студентов и японских студентов, обучающихся в Британии и в Японии.

Негативная экологическая ситуация всегда связана высоким уровнем стресса, пассивными копинг-стратегиями (избегание), экстернальным локусом контроля и низким уровнем активного копинга (разрешения проблем и поиска поддержки). Более высокий уровень стресса и поиска поддержки демонстрируют женщины (E.H. Van Haften, F.J. Van de Vijver, 1999).

Еще одной страной, где кросскультурным исследованиям уделяется большое внимание, является Израиль. Так, существующие традиционные пути совладания со стрессом выходцев из Йемена в Израиле без когнитивного диссонанса интегрируют в единую систему традиционных целителей и современных врачей. При этом целители в своей практике сочетают предписания иудаизма и традиции исламских влияний, в связи с чем противоречия между сглазом, вселением духов и учением Талмуда отсутствуют (P. Palgi, 1979).

Защитно-приспособительное поведение детей всегда связано с родительской моделью поведения (Z. Mirnics et al., 2001). Уже в возрасте 6-14 лет можно выделить отдельные культурно обусловленные реакции на стресс. В работе С.А. McCarty et al. (1999), посвященной детям Таиланда и США, показано преобладание среди тайских детей скрытых стратегий по привлечению авторитетных фигур для решения проблем. Они также более активны в ситуации разлуки и одиночества, чем американцы, которые демонстрируют большую нацеленность на самостоятельное решение проблем.

Семья, гармоничные отношения между супругами и ее остальными членами чаще всего выступают в качестве одного из эффективных средств преодоления стресса. Наряду с этим сегодня необходим поиск новой парадигмы совладания со стрессом, которая была бы основана на культурном подходе. Так, предлагаемая K.L. Walters, J.M. Simoni (2002) для американских индейцев и коренных жителей Аляски новая модель совладания со стрессом, в отличие от евроцентристской парадигмы, не фоку-

сируется на индивидуальной патологии. Концепция здоровья коренного жителя США опирается на исторический опыт его колонизации; учитывает такие культурные ценности, как семья, община, духовность; интегрирует в себе традиционные лечебные практики и чувство групповой общности (K.L. Walters et al., 2002).

*Этническая идентичность личности.* Психологическое отождествление личности с этнической общностью, позволяющее осваивать важные стереотипы поведения, требования к основным культурным ролям, является одним из значимых механизмов адаптации личности. Формирование этнической идентичности в целом соотносится с этапами психического развития ребенка (Т.Г. Стефаненко, 2003).

Нарушение процесса этнической идентификации может приводить к формированию состояния психической дезадаптации как у детей, так и у взрослых, подтверждения чему описаны в отечественной и зарубежной литературе. Например, изучение О.С. Бахаревой (2004) клинико-типологических особенностей психических расстройств у детей и подростков в удэгейско-нанайской популяции помогло определить, что одним из пяти интегральных показателей психических расстройств здесь является блок «метисации». Он отражает значимость социокультурных особенностей отношения в семье и к взрослым у детей, «метисированных» европейцами и рожденных от обоих родителей удэгейско-нанайской национальности. Негативный эффект «метисации» обнаруживается в том, что один из родителей (чаще это отец), представитель славянской национальности, вносит этнокультурный диссонанс, который проявляется нейтральным отношением детей к родителям, взрослым и удэгейской культуре в целом.

Схожие процессы наблюдаются и в других регионах России. По данным И.А. Уварова (2004), для удмуртов характерно чувство национальной неполноценности, незнание родного языка, традиций и устоев своего народа, повышенная сенситивность и ранимость, что свидетельствует о психологической уязвимости, неустойчивости и повышенной готовности личности к возникновению тех или иных нарушений психического здоровья.

Исследование в Чувашии самоотношения у испытуемых из этнически гетерогенных семей (этнические маргиналы) и чувашей выявляет более высокие показатели самоуничижения у маргиналов (И.Н. Афанасьев, 2004).

Данные проблемы не менее актуальны для США и Канады, имеющих, помимо широкого слоя иммигрантов, и многочисленные группы аборигенного населения – индейцев и инуитов, среди которых довольно высок уровень аутодеструктивного поведения (L.J. Kirmayer et al., 2000). Низкий уровень качества жизни демонстрируют и афро-американцы в сравнении с азиатами и латиноамериканцами в США, в основе чего лежат проблемы с этнической идентичностью и культурный расизм (S.O. Utsey et al., 2002). В связи с этим невозможно не упомянуть о феномене этнокультурной аллодинии, описанном в США, который возникает у людей с цветом кожи, отличным от белого. Он характеризуется неадекватно повышенной чувствительностью к незначительным стимулам, связанным с предшествующим опытом болезненных переживаний в инокультурной ситуации (L. Comas-Diaz, F.M. Jacobsen, 2001).

Проблемы аккультурации и этнической идентификации стали возникать и в клинической практике Японии, также переживающей изменение этнического состава населения вследствие миграции (S. Murphy-Shigematsu, 2000). Считается, что у мигрантов проблемы этнической идентичности наиболее остро начинают проявляться во втором поколении (D. Bürgin, 2001).

Дети из семей, находящихся в ситуации культурных изменений, на полном основании относятся к повышенной группе риска ППР, т.к. их семьи переживают кризис. Родительский стресс аккультурации и связанная с ним дезадаптация неизменно отражаются на физическом и психическом состоянии ребенка, на гармоничности его развития (D. Roer-Strier, 2001).

В качестве средства решения проблемы этнической идентичности может быть рассмотрено формирование мультикультурной идентичности, которая, как ожидается, будет сопровождаться более высоким уровнем психического здоровья и удовлетворенности жизнью. Однако подобное предположение при всей своей заманчивости далеко не подтверждается практикой

(R.R. Mowrer, D.M. McCarver, 2002). Об этом же свидетельствует и опыт А.В. Сухарева (1998), который предлагает рассматривать проблему этнической идентичности в рамках концепции этнофункционального подхода, опирающегося на отношение к этничности и ее признакам как к смыслообразующим факторам культурно-исторического развития, играющим существенную роль в психической адаптации личности к внутренней и внешней среде. Критериями психической дезадаптации личности он видит этнофункциональные рассогласования отношения к социокультурным, антропо-биологическим и климато-географическим признакам, на основе которых выстраивается соответствующая система терапии.

Таким образом, можно отметить, что в мировой научной литературе накоплено достаточно клинических данных, свидетельствующих о важности изучения культурных механизмов психической адаптации. В то же время проблема адаптации личности из смешанной по этнокультурному происхождению семьи не получила достаточного освещения, несмотря на то, что она, как правило охватывает не только одного человека, но и всю семью или даже определенный слой общества (S. Milan, M.K. Keiley, 2000).

*Пограничные расстройства в социокультурной плоскости.* Введение категории культуры в изучение психического здоровья и его нарушений предполагает определение понятия культуры и теоретической основы такого исследования. По мнению H.R. Wicker (2001), понятие культуры на протяжении десятилетий претерпевало многочисленные изменения. До сих пор единого определения практически не существует.

Одним из оптимальных вариантов толкования культуры является следующий: культура – это динамическая система правил, установленных группами с целью обеспечить свое выживание, включая установки, ценности, представления, нормы и модели поведения, общие для группы, но реализуемые различным образом каждым специфическим объединением внутри группы, передаваемые из поколения в поколение, относительно устойчивые, но способные изменяться во времени (Д. Мацумото, 2002).

В отечественных этнокультурных исследованиях данный термин понимается как совокупность искусственных порядков и объектов, созданных людьми в дополнение к природным формам человеческого поведения и деятельности, обретенных знаний, образов самопознания и символических обозначений окружающего мира (Т.Б. Дмитриева, Б.С. Положий, 2003).

*Культурная вариативность оценки.* В системе культурных координат можно выделить несколько теоретических концепций оценки психических процессов и состояний. Первая концепция – *универалистская* (этик-подход) (Д. Мацумото, 2002). Ее последователи придерживаются взглядов, что все центральные симптомы психических заболеваний не обнаруживают каких-либо различий в разных культурах (M.G. Weiss, 2001), причем отрицается и биологическая сторона различий, существующих между представителями различных этнических групп, а различия в распространенности, выраженности и качественном своеобразии психопатологии в разных регионах приписываются искажениям, которые вносятся в процесс их оценки местными психиатрами, терапевтами, психологами и представителями других медицинских специальностей. Крайней формой универализма является этноцентризм, подразумевающий, что одна (чаще западная) цивилизация имеет преимущества над всеми остальными и только сформированные внутри нее понятия о норме и патологии являются правильными, в то время как все другие – недостаточно обоснованными. При такой постановке вопроса в практической сфере количество диагностических ошибок будет наибольшим (С.В. Цыцарев, 2005).

Вторая концепция – *релятивистская* (эмик-подход), касается тех аспектов жизни, которые различны для разных культур (M.G. Weiss, 2001; Д. Мацумото, 2002). Представителями культурного релятивизма рассмотрение психопатологии с позиций одной культуры признается категорически необоснованным. Поскольку само понятие поведенческой нормы – культурный феномен, то применение основанных на нем определений к психическим нарушениям одинаково легко ведет либо к их сверхпатологизации, либо – к игнорированию нечасто наблюдаемых в своей культуре синдромов психопатологии (С.В. Цыцарев, 2005).

В связи с этим представляется довольно интересной точка зрения на неврозы и невротический уровень реагирования как на феномен, присущий западной культуре новейшего времени, способствующей формированию индивидуализма с переживаниями собственной беззащитности перед опасностями (В.Б. Миневич, С.А. Рожков, 1995).

Являющийся определенной альтернативой описанным выше подходам *мультикультурный* подход позволяет гибко учитывать особенности субкультурных интерпретаций психопатологии, не выделяя какую-либо из культур (С.В. Цыцарев, 2005). Здесь становится возможным проведение сравнений, позволяющих ответить на вопрос, каким образом культура влияет на внутренний мир человека и определяет состояние его психического здоровья и стратегии адаптивного или дезадаптивного поведения.

*Культуроспецифическая патология.* Уже в конце XVIII в. была предпринята первая попытка оценить картину психического состояния больного с учетом особенностей культуры общества. В 1733 г. Д. Чейном была опубликована работа «Английская болезнь», в которой проводилась связь между типичными для Англии, на его взгляд, симптомами депрессивного, ипохондрического, истерического спектра и пассивным, малоактивным образом жизни населения промышленных городов в условиях, не способствующих сохранению здоровья. В конце XIX в. Г. Эллис, работавший в психиатрической больнице Сингапура, описал картину двух состояний, не наблюдаемых в Англии и названных им *амок* и *лата*. Примерно в то же время в Индонезии Д. Блок столкнулся с проявлениями у местных жителей необычного страха потери гениталий, получившего название синдрома *коро*. Все эти совершенно не наблюдавшиеся у европейцев психические нарушения стали объединяться в рамках «этнических неврозов» (R. Raguram, 2001). В 1967 г. П. Яп ввел понятие «синдрома, связанного с культурой» (P.M. Yap, 1967). В настоящее время в мировой литературе имеются описания нескольких сотен подобных культуроспецифических синдромов.

Как указано в американской классификации психических и поведенческих расстройств DSM-IV\*, понятие культуроспецифического синдрома относится к повторно возникающим, связанным с определенной местностью типом эмоционально-поведенческих нарушений, которые относятся или не относятся к определенной рубрике международной классификации психических расстройств. Многие случаи такого поведения рассматриваются местными жителями как «болезнь» или, в лучшем случае, как отклонение.

В соответствии с целью проводимого исследования анализу подвергнуты культуроспецифические синдромы непсихотического регистра, описанные в DSM-IV и доступной нам научной литературе. Вся культуроспецифическая патология в зависимости от характера общества, в которой она получила наибольшее распространение, отнесена к двум группам. В первой группе ППР объединены синдромы, характерные для традиционных культур (в основном незападных), во второй – для индустриальных и постиндустриальных обществ западного типа. Тем не менее подобное разграничение весьма условно, т.к., с одной стороны, в индустриальных обществах сегодня широко представлены разнообразные группы мигрантов из развивающихся стран, с другой – многие традиционные общества интенсивно встают на путь индустриального развития, сопровождающийся изменением прежней культуры (G. Tsai, 2000).

Так, в Западной Африке описано существование особого вида психического нарушения у старшекласников и студентов вузов, возникающего в ответ на трудности обучения и обозначаемого как *брэйн фэг*, или «*мозговое изнурение*». Среди его симптомов можно выделить затруднение в концентрации внимания, сложность запоминания, мышления. Студенты часто обозначают это как «усталость» мозга. Дополнительные соматические симптомы обычно сконцентрированы вокруг головы и шеи: ощущение боли, давления или уплотнения, теплоты или жара, ухудшение зрения. Данный синдром довольно близок к психическим на-

---

\* Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. Washington, 2000. 943 p.



рушениям, которые относятся к группе тревожных, депрессивных или соматоформных расстройств (Е.А. Guinness, 1992; DSM-IV, 2000).

У ВИЧ-инфицированных жителей Уганды наблюдаются культуроспецифические синдромы *йоквекиава* и *оквекубазига*, представляющие собой особые формы депрессии и сходных с ней состояний (С.М. Wilk, P. Bolton, 2002). У жителей и выходцев с Островов Зеленого Мыса обнаружен синдром *сангве дормидо*, который характеризуется болями, неподвижностью, дрожью, бессилием, судорогами, параличами, слепотой, сердечными приступами, различными инфекциями, невынашиванием беременности (DSM-IV, 2000). Среди коренного населения Новой Зеландии – маори встречается состояние, обозначаемое как *вакама*. Оно характеризуется крайне низкой самооценкой и проявляется неадекватной скромностью и застенчивостью, постоянным ощущением стыда и собственной неполноценности, тенденцией к самоуничтожению, отсутствием веры в собственные силы, отчужденностью и ограничительным поведением (Д. Мацумото, 2002).

У жителей Южной Азии культурно приемлемая форма выражения дистресса нередко воплощается в «*жжение селезенки (печени)*» что отражает широкий спектр эмоциональных реакций – раздражение, гнев, ярость, чрезмерную тревогу, печаль или глубокую тоску. У пенджабцев на фоне воздействия высоких температур, эмоционально неустойчивого фона настроения, а также социально индуцированных переживаний возникает феномен «*опущения сердца*» с болями и неприятными ощущениями в груди, в области сердца, аффективными расстройствами депрессивного характера (В. Krause, 1989).

Отчетливо культурная форма фобии *тайдзин киофушо* распространена в Японии. Проявления синдрома заключаются в переживании больным страха, что его тело, физиологические функции, выражение лица, движения, запахи могут быть неприятными или оскорбительными для других. Данный синдром больше связан с тревогой по поводу причинения неудобства окружающим, а не с собственным дискомфортом. Подобные опасения соответствуют высокой значимости социальных взаимодействий, основанных на учете сложной иерархии обществен-

ных статусов, в японской культуре (L.J. Kirmayer, 1991; R.A. Kleinknecht et al., 1997; DSM-IV, 2000).

Корейский этнический синдром *хва-биунг* или *вул-хва-биунг*, буквально переводимый как «синдром гнева» и относимый к подавлению негативных эмоций, включает бессонницу, усталость, панику, опасения по поводу надвигающейся смерти, дисфорию, расстройство пищеварения, потерю аппетита, дыхательные нарушения, учащенное сердцебиение, боли по всему телу, ощущение комка в верхней части живота. Чаще встречается среди женщин среднего возраста, низкого социального статуса, проживающих на селе, разведенных, употребляющих алкоголь и курящих. Связан с такими особенностями личности и образа жизни, как вспыльчивость, строгая ориентация на традиционные ценности, субъективно тяжелая и несчастливая жизнь, конфликтные супружеские отношения. Сопровождается переживанием глубокой грусти («хан» в корейской культуре), длительным подавлением чувства гнева. Единственным способом жизни для женщины в такой ситуации становится терпение (DSM-IV, 2000; Y.J. Park et al., 2002).

Среди камбоджийцев описан культурный синдром *хуче-ранг*, проявляющийся признаками депрессии и тревоги, тенденцией повторных переживаний и воспоминаний о событиях, оставшихся в далеком прошлом (С.Е. D'Avanzo, S.A. Varab, 1998).

Неврастения, называемая в Китае *шеньдзинг шуайруо*, также относится к культуроспецифической патологии. Данное состояние характеризуется физической и психической усталостью, головокружениями, головными и иными болями, трудностями концентрации внимания, нарушениями сна, снижением памяти. Среди других жалоб могут быть желудочно-кишечные, сексуальные нарушения, вспыльчивость, раздражительность, симптомы, связанные с нарушением деятельности вегетативной нервной системы (S. Lee, 1998; DSM-IV, 2000).

В рамках традиционной китайской культуры описан также синдром *шень-куэй* или *шенькуй*, который обозначает состояние выраженной тревоги или паники, сочетающейся с соматическими жалобами, не имеющими под собой физической основы. К частым симптомам относятся: головокружение, боль в спине,

утомляемость, общая слабость, бессонница, частые сновидения, жалобы на сексуальные нарушения. Данные расстройства связываются с чрезмерной потерей семени в результате частых половых актов, мастурбации, ночных семяизвержений, или появления «белой мутной мочи», которая, как считается, содержит семя. Чрезмерной потери семени опасаются из-за поверий, согласно которым это отражает потерю жизненной сущности, и потому угрожает жизни (DSM-IV, 2000).

Одним из культуроспецифических синдромов еще одной традиционной культуры – латиноамериканской – является *билис* (*колера* или *муина*). К основным причинам его развития относят состояния ярости и гнева. Гнев рассматривается латиноамериканцами как особо сильная эмоция, которая воздействует на тело и может усиливать имеющуюся симптоматику. Гнев нарушает равновесие в организме: равновесие между «холодным» и «горячим», между материальным и духовным в организме. Признаки расстройства могут включать эмоциональное напряжение, головную боль, дрожь, крики, дискомфорт в животе, в более серьезных случаях – потерю сознания. Эпизод острого расстройства может перейти в хроническую усталость (DSM-IV, 2000).

Концепция *мал де охо* (*сглаза*) широко распространена в странах Средиземноморья, а также по всему миру. Особому риску подвергаются дети. К типичным проявлениям относится появление у младенца или ребенка прерывистого сна, необъяснимого плача, рвоты, лихорадки. В редких случаях такое состояние возникает и у взрослых, преимущественно у женщин (DSM-IV, 2000).

*Нервиос* – другое распространенное обозначение дистресса среди латиноамериканцев. Данный синдром относится как к общему состоянию подверженности стрессу, так и к конкретному нарушению, вызванному серьезными жизненными событиями. Его проявления включают в себя широкий спектр эмоциональных реакций, соматических нарушений, социальную дисфункцию. Среди симптомов отмечается головная боль, «мозговая» боль, раздражительность, нервозность, плаксивость, снижение концентрации внимания, желудочные расстройства, дрожь, покалывания, а также головокружение с частыми обострениями (S.G. Miller, 1996; DSM-IV, 2000).

Начало *сусто* – народной болезни, распространенной среди жителей Мексики, Центральной и Южной Америки, иммигрантов в США, связывают с испугом, после которого, как считается, душа покидает тело, что приводит к несчастьям и болезням. Больной начинает испытывать тревогу при выполнении своих социальных ролей. Симптомы могут появиться через несколько дней или даже лет после момента испуга. Считается, что в некоторых случаях *сусто* может приводить к смерти. Основные симптомы включают нарушения аппетита, сна (чрезмерная продолжительность, сновидения), чувство печали, апатию, ощущение собственной никчемности и загрязненности. Среди мышечных симптомов наблюдаются мышечные, головные, желудочные боли, диарея. Ритуал исцеления сконцентрирован на призыве к душе вернуться в тело и очищении, нацеленном на достижение телесного и духовного равновесия. Различные проявления *сусто* могут быть отнесены к тяжелому депрессивному расстройству, посттравматическому стрессовому расстройству и соматоформному расстройству (S.G. Miller, 1996; DSM-IV, 2000).

*Невра* в традиционной греческой культуре рассматривается как социально допустимое средство выражения эмоций. В глубине его лежит конфликт между идеями общественной солидарности, стоящими во главе семейных ценностей, и реалиями межличностных отношений повседневной жизни (S. Low, 1994).

Среди коренного населения стран западной культуры можно выделить также психопатологические состояния, относимые к категории культуроспецифических. Одним из наиболее описанных из них является *нервная анорексия*. Данное расстройство характеризуется преднамеренным снижением массы тела самим больным из-за искаженных представлений о собственной внешности. Потеря массы тела достигается за счет избегания пищи или вызыванием у себя преднамеренной рвоты, приемом слабительных, использованием средств, снижающих аппетит. Распространено в большей степени в тех странах, где отсутствует недостаток пищи, а образ женской привлекательности связан с худобой (в США, Канаде, Европе, Австралии, Японии, Новой Зеландии, Южной Африке). С распространением массовой культуры начинает появляться и в других странах мира (V.F. Di Nicola, 1990; D. Levinson,

1997), в том числе и в России, а также распространяется среди мужчин (А.М. Меллер-Леймкюллер, 2004).

Еще одним психопатологическим состоянием, распространенным среди женщин индустриальных стран, является *предменструальный синдром*. Состояние повышенной эмоциональной напряженности, проявляющееся вспыльчивостью, раздражительностью, сниженной работоспособностью, другими симптомами за несколько дней до начала менструаций, может также рассматриваться как культуроспецифическая патология, характерная для западного общества, как символическое отражение противоречивых ожиданий социума одновременного и эффективного выполнения женщиной продуктивной и репродуктивной ролей (Т.М. Johnson, 1987).

*Послеродовая депрессия* у женщин также рассматривается S. Stewart и J. Jambunathan (1996) как проявление культуроспецифической патологии. Основную роль в ее развитии, по их мнению, играет отсутствие ритуала поддержки женщины после рождения ею ребенка как со стороны ближайшего окружения, так и общества в целом. Данный вид депрессии может встречаться у представителей традиционных культур в иммиграции, хотя он более распространен среди коренного населения индустриальных стран.

К разряду культуроспецифической патологии, характерной для западного по своим ориентирам общества, нередко относят еще несколько биопсихосоциальных феноменов. Один из них *петизм* – совместное проживание чаще пожилого человека с домашними животными (кошками, собаками), число которых может достигать нескольких десятков, что существенно ухудшает физическое и материальное благополучие хозяина и сопровождается антисанитарными условиями (D. Levinson, 1997). C. Rittenbaugh (1982) рассматривает умеренную степень ожирения как патологию, тесно связанную с культурными ценностями общества. Уход от реальной жизни с ее проблемами и социальными контактами в виртуальную реальность компьютерного мира описывается в Японии как синдром *отаку* (Т.Б. Дмитриева, Б.С. Положий, 2003).

Таким образом, наиболее распространенными психопатологическими симптомами, определяющими клиническую картину ППР в рамках культуроспецифической патологии, являются соматоформные, депрессивные и тревожные проявления. Причем, если в культурах традиционного типа чаще встречаются психические нарушения соматоформного спектра, то в индустриальных обществах преобладают тревожно-депрессивные нарушения. Очевидно, что данные различия отражают культурную специфику социально приемлемых вариантов реакции на стресс и результаты его переработки.

*Ситуация в России и ее регионах.* Россия является одной из стран, на территории которой представлено множество культур различного исторического, этнического и религиозного происхождения. Однако большинство зарегистрированных здесь культуроспецифических синдромов относится к психотическому уровню психических расстройств.

Так, в начале XX в. у народов Восточной Сибири описано психотическое состояние, получившее название *меряченье*. П. Баторов в 20-х гг. XX в. выявил, а В.Б. Миневич объяснил существование у бурят особого психического расстройства *болошин* (Т.Б. Дмитриева, Б.С. Положий, 2003).

На севере Европейской России и в местах расселения коми издавна распространены представления о «злом духе», способном вселяться в человека, овладевать его голосом, мыслями и вызывать приступы насильственного искаженного говорения – *икотку* (В.Д. Менделевич, 2001).

Своеобразная психогенная реакция под названием *сёмли* описана у хантов. Она характеризуется внезапным наступлением слабости, вялости, апатии, безразличия к окружающему, отсутствием выраженных соматоневрологических проявлений. Такое состояние может длиться от нескольких часов до трех суток, когда, прекратив всякую деятельность, больной находится в постели и, избегая контактов с близкими, общается крайне неохотно и с раздражением. Возможно возникновение кратковременных дисфорических проявлений, головных болей, ночных вздрагиваний, мышечных подергиваний, сдвигов фаз цикла «сон-бодрствование». После завершения аффективной симпто-

матики исходный уровень личностного реагирования полностью восстанавливается (В.Я. Семке, 1999).

Наиболее типичным для собственно русской культурной традиции некоторые исследователи считают *юродство*, чертами которого является сочетание отказа от мирского благополучия (аскетизм, смиренность) и проявлений асоциальности поведения в форме нонкомформизма, странничества, некоей дурашливости, а также тенденции к обличению мирской власти, ее действий на основе догматов православия (В.Д. Менделевич, 2001).

У части женщин Чувашии описана клиника аффективных нарушений, соответствующая диагностическим критериям культуроспецифического синдрома *хва биунг*. Сходство с этой диагностической категорией корейского происхождения основывается на наличии у больных психосоматических симптомов, связанных с хроническим подавлением в семейно-бытовой ситуации негативных эмоций гнева, и на выявлении строгого соблюдения женщиной традиционной гендерной роли, закрепленной в народной философии «терпения» (Е.Л. Николаев, 2004).

Чувашия также является одним из регионов России, где до настоящего времени сохраняют популярность идеи о сглазе, колдовстве и порче, когда в качестве основной причины ухудшения здоровья рассматривается, как правило, целенаправленное негативное воздействие со стороны другого человека (Е.Л. Николаев, 2005; М.П. Сергеев, 2005).

Таким образом, анализ современных научных исследований проблем психического здоровья населения подтверждает необходимость обязательного дополнения клинических и эпидемиологических исследований изучением психологических закономерностей изменения и восстановления психической деятельности, что повышает значимость получаемых результатов. Культурные особенности общества также оказывают важное влияние на развитие и проявления ненормативного поведения, которое может рассматриваться в качестве «патологического» лишь условно и обязательно в сопоставлении с особенностями культуры, в условиях которой оно проявляется.

Литература

1. Абрамова Н.М. Личностные и этнокультурные особенности лиц, совершивших суицидные попытки путем отравления (по материалам больницы скорой медицинской помощи г. Чебоксары): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2005. 22 с.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М., 2000. 496 с.
3. Афанасьев И.Н. Эпоха и личность: формирование и изменение этнического характера. Чебоксары, 2004. 226 с.
4. Ахмадулина Л.Р. Особенности формирования невротических расстройств у лиц пожилого и старческого возраста в зависимости от антиципационных параметров их психической деятельности): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Казань, 2003. 20 с.
5. Ахмедова Х.Б. Изменения личности при посттравматическом стрессовом расстройстве (по данным обследования мирного населения, пережившего военные действия): Автореф. дис. ... д-ра психол. наук. М., 2004. 42 с.
6. Байкова Е.С. Пограничные нервно-психические расстройства у больных бронхиальной астмой (клиника, динамика, превенция): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2005. 24 с.
7. Бахарева О.С. Клинико-типологические особенности психических расстройств у детей и подростков в удэгейско-нанайской популяции приморского края: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Владивосток, 2004. 24 с.
8. Бендриковский А.М. Этнокультуральные и клинико-социальные особенности больных пограничными психическими расстройствами в Республике Коми: Дис. ... канд. мед. наук. М., 2001. 200 с.
9. Бородкина О.Д. Пограничные нервно-психические расстройства у больных с ВИЧ-инфекцией на латентной стадии заболевания (типология, динамика, реабилитация): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2005. 23 с.
10. Брунланд Г.Х. Послание Генерального директора: докл. Всемирной организации здравоохранения о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.: Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. М., 2001. С. 9-11.
11. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: Теория, практика и обучение. СПб., 2003. 736 с.
12. Владимирова И.М. Особенности психологической адаптации лиц с различными свойствами темперамента к процессу обучения в



- военно-медицинском вузе: Дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2001. 346 с.
13. Воинков Е.В. Научное обоснование совершенствования организации психиатрической помощи сельским жителям в новых экономических условиях: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2003. 18 с.
  14. Волкогонова Л.Ю. Особенности развития и лечения пограничных нервно-психических расстройств травматического генеза у военнослужащих, находящихся в экстремальных условиях: Дис. ... канд. мед. наук. Ставрополь, 2002. 134 с.
  15. Галиуллина Л.К. Пограничные психические расстройства у больных с нарушениями голоса: Дис. ... канд. мед. наук. Казань, 2003. 175 с.
  16. Гарганеева Н.П. Клинико-патогенетические закономерности формирования психосоматических соотношений при заболеваниях внутренних органов и пограничных психических расстройствах: Дис. ... д-ра. мед. наук. Томск, 2002. 499 с.
  17. Голенков А.В. Психические расстройства как медико-социальная проблема (региональный аспект): Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. М., 1998. 39 с.
  18. Гурвич И.Н. Социальное здоровье // Психология здоровья / под ред. Г.С. Никифорова. СПб., 2003. С. 143-175.
  19. Гуткевич Е.В. Превенция пограничных психических расстройств (клинико-генетические и организационные аспекты): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Томск, 2003. 50 с.
  20. Данилин И.Е. Пограничные психические расстройства у больных с опухолями предстательной железы: Дис. ... канд. мед. наук. М., 2003. 184 с.
  21. Дашиева Б.А. Пограничные нервно-психические расстройства у бурят и русских, учащихся сельских общеобразовательных школ: транскультуральный аспект: Дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2004. 226 с.
  22. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Этнокультуральная психиатрия. М., 2003. 448 с.
  23. Евдокимова Т.Е. Психическое здоровье бачатских телеутов: (клинико-демографическая характеристика): Дис. ... канд. мед. наук. Белово, 2004. 142 с.
  24. Жовнерчук В.Л. Клинико-психологические особенности оценки психического здоровья военнослужащих, проходящих службу в экстремальных условиях деятельности: Дис. ... канд. мед. наук. М., 2001. 185 с.

25. Зими́на И.А. Состояние психического здоровья подростков в зоне экологического неблагополучия Забайкалья: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2004. 24 с.
26. Ивано́в С.В. Соматоформные расстройства (органные невроты): эпидемиология, коморбидные психосоматические соотношения: Дис. ... д-ра мед. наук. М., 2002. 306 с.
27. Ильи́на М.А. Пограничные психические расстройства как проявление дезадаптации у студентов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2004. 16 с.
28. Ильи́на С.В. Эмоциональный опыт насилия и пограничная личностная организация при расстройствах личности: Дис. ... канд. психол. наук. М., 2000. 241 с.
29. Исто́мин С.Л. Систематическое исследование стресса и копинга в семьях больных невротизмами (в связи с задачами психопрофилактики и психотерапии): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 1998. 17 с.
30. Кара́сева Е.А. Влияние когнитивных стилей на формирование агрессивности у подростков с поведенческими и эмоциональными расстройствами (в связи с задачами психологической коррекции): Дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2002. 166 с.
31. Катко́в А.Л. Стратегия охраны психического здоровья населения в новых социально-экономических условиях: Теоретические, организационные и экономические аспекты: Дис. ... д-ра мед. наук. М., 1999. 279 с.
32. Козло́в А.Б. Этнокультуральные особенности распространенности и клиники невротических и соматоформных расстройств среди населения Чувашской Республики: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М. 2001. 22 с.
33. Корабе́льникова Е.А. Клинико-психофизиологические закономерности формирования невротического синдрома: Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. М., 2004. 48 с.
34. Кудья́рова Г.М. Основные закономерности распространения психических расстройств в Республике Казахстан (клинико-эпидемиологическое исследование): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2000. 45 с.
35. Кузене́кова Н.Н. Пограничные психические расстройства у подростков допризывного возраста (эпидемиологические, клинико-динамические, реабилитационные аспекты): Дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2003. 235 с.
36. Лазебни́к А.И. Клинико-социальные и этнокультуральные особенности суицидального поведения у подростков Удмуртии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2000. 27 с.

37. Лебедев И.Б. Психологические механизмы, стратегии и ресурсы стресс-преодолевающего поведения (копинг-поведения) специалистов экстремального профиля (на примере сотрудников МВД России): Дис. ... д-ра психол. наук. М., 2002. 432 с.
38. Марченко А.А. Катамнез лиц, уволенных из Вооруженных Сил с пограничными психическими расстройствами: Дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2003. 213 с.
39. Мацумото Д. Психология и культура. СПб., 2002. 416 с.
40. Меллер-Лейкюллер А.М. Стресс в обществе и расстройства, связанные со стрессом, в аспекте гендерных различий // Соц. и клин. психиатрия. 2004. № 4. С. 5-11.
41. Менделевич В.Д. Девиантное поведение. М., 2001. 432 с.
42. Миневич В.Б., Рожков С.А. Три модели неврозов или к вопросу о способах существования и несуществования драконов // Психиатрия в контексте культуры. Вып. 3: Врач - больной - общество: Сб. науч. тр. Томск; Улан-Удэ, 1995. С. 4-77.
43. Михайлов А.Н. Применение динамической саморегуляции в лечении и реабилитации больных с пограничными психическими расстройствами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2004. 20 с.
44. Мухамадиев Д.М. Социокультуральные особенности, клинико-психопатологическая характеристика и медико-социальная реабилитация репатриированных таджикских женщин-беженков: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2003. 47 с.
45. Мухаметшина Э.И. Пограничные психические расстройства у больных с желчекаменной болезнью: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Казань, 2003. 16 с.
46. Муханова Н.А. Дезадаптация психогенного происхождения с психосоматическим симптомокомплексом у учащихся специализированной английской школы: Дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2000. 190 с.
47. Назыров Р.К. Отношение к болезни и лечению, интра- и интерперсональная конфликтность и копинг-поведение больных неврозами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 1993. 20 с.
48. Никитин Л.Н. Социокультуральные и клинические особенности психических больных, совершивших общественно опасные действия, в Чувашской Республике: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2000. 24 с.
49. Николаев Е.Л. Многоуровневый диагностический подход: учет культуральной специфики // Материалы 1-й науч.-практ. конф. психиатров и наркологов Южного фед. округа. Ростов н/Д., 2004. С.340-342.

50. Николаев Е.Л. Социокультуральные детерминанты психического здоровья. Чебоксары, 2005. 100 с.
51. Никольская И.М. Психологическая диагностика, коррекция и профилактика патогенных эмоциональных состояний у младших школьников: Дис. ... д-ра психол. наук. СПб., 2001. 364 с.
52. Нурмагамбетова С.А. Пограничные психические расстройства у военнослужащих срочной службы: Дис. ... д-ра мед. наук. М., 2002. 293 с.
53. Онегин А.В. Пограничные психические расстройства у больных с мочекаменной болезнью: Дис. ... канд. мед. наук. Казань, 2001. 159 с.
54. Ошаев С. А. Особенности психологической защиты и совладания у больных с пограничными расстройствами, переживших травматические события: Дис. ... канд. психол. наук. Томск, 2004. 256 с.
55. Павлова Е.В. Пограничные психические расстройства в пред- и постоперационный периоды гистерэктомии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Казань, 2002. 22 с.
56. Пальянова И.А. Пограничные нервно-психические расстройства у учащихся системы начального профессионально-технического образования: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2004. 31 с.
57. Панченко Е.А. Расстройства психической адаптации у лиц, занимающихся предпринимательской деятельностью (распространенность, клиника, лечение и профилактика): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Хабаровск, 2002. 33 с.
58. Панченко Е.А., Гладышев М.В. Анализ влияния этнокультуральных факторов на суицидальное поведение в Удмуртии // Психич. здоровье и безопасность в обществе: Науч. материалы 1-го нац. конгр. по соц. психиатрии. М., 2004. С. 92.
59. Петровский В.Н. Формирование, развитие и лечение пограничных нервно-психических расстройств реактивно-психогенного генеза у военнослужащих пограничных войск: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Н. Новгород, 2000. 24 с.
60. Погорелова Л.Л. Пограничные психические расстройства и их психокоррекция у работниц текстильного производства: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2001. 20 с.
61. Положий Б.С., Чуркин А.А. Этнокультуральные особенности распространенности, формирования, клиники и профилактики основных форм психических расстройств. М., 2001. 25 с.
62. Потапкин И.А. Клинико-динамическая характеристика пограничных нервно-психических расстройств (превентивный аспект): Дис. ... д-ра мед. наук. М., 2001. 405 с.

63. Потапов О.В. Психотерапия и реабилитация шахтеров с пограничными психическими расстройствами в условиях социальной дезадаптации: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2001. 23 с.
64. Приленский Б.Ю. Клиника, систематика, динамика пограничных психических расстройств при урологических заболеваниях и анализ невротических механизмов: Дис. ... д-ра. мед. наук. Тюмень, 2001. 295 с.
65. Реверчук И.В. Клинико-социальные и этнокультуральные особенности больных пограничными психическими расстройствами в Удмуртской Республике: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Казань, 2002. 22 с.
66. Репина Л.Л. Этнокультуральные особенности клинической феноменологии невротических расстройств и специфика защитных психологических механизмов (на примере сравнения удмуртской и русской субпопуляций): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Казань, 2004. 24 с.
67. Рупчев Г.Е. Психологическая структура внутреннего телесного опыта при соматизации (на модели соматоформных расстройств): Дис. ... канд. психол. наук. М., 2000. 241 с.
68. Семке В.Я. Превентивная психиатрия. Томск, 1999. 403 с.
69. Сергеев М.П. Внутрисемейная агрессия психических больных (судебно-психиатрический и социокультурный аспекты): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2005. 20 с.
70. Сирота Н.А. Копинг-поведение в подростковом возрасте: Дис. ... д-ра мед. наук. Бишкек, 1994. 283 с.
71. Ситкина В.И. Медико-психологическая структура нарушений адаптивного поведения при пограничных нервно-психических расстройствах, обусловленных отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы: Дис. ... канд. психол. наук. Смоленск, 1998. 170 с.
72. Собчик Л.Ю. Психологическое исследование больных с пограничными состояниями //Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М., 2000. С. 92-111.
73. Стефаненко Т.Г. Этнопсихология. М., 2003. 368 с.
74. Сухарев А.В. Психологический этнофункциональный подход к психической адаптации человека: Дис. ... д-ра психол. наук. М., 1998. 352 с.
75. Таукенова Л.М. Кросскультуральные исследования личностных и межличностных конфликтов, копинг-поведения и механизмов психологической защиты у больных неврозами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 1995. 24 с.

76. Уваров И.А. Клинико-социальные и этнокультуральные особенности психических расстройств у подростков в Удмуртии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2004. 24 с.
77. Устинова Н.В. Пограничные психические расстройства у матерей детей, больных детским церебральным параличом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Казань., 2004. 15 с.
78. Фоменко Л.А. Оценка психосоматического здоровья студентов на основе математико-статистического моделирования по данным мониторинга: Дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2002. 185 с.
79. Цыцарев С.В. Культуральные факторы в диагностике психических нарушений в общеймедицинской практике: опасности универсализма // Психиатрические аспекты общеймедицинской практики: сб. тез. науч. конф. с междунар. участием. СПб., 2005. С.73-75.
80. Чазова А.А. Копинг-поведение врача и больного в процессе преодоления болезни: Дис. ... д-ра психол. наук. Бишкек., 1998. 414 с.
81. Чехлатый Е.И. Личностная и межличностная конфликтность и копинг-поведение у больных невротами и их динамика под влиянием групповой психотерапии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 1994. 25 с.
82. Шевчук Л.Е. Медико-психологическое обеспечение военно-профессиональной деятельности морских пехотинцев (в связи с задачами профилактики нарушений психической адаптации): Дис. ... канд. психол. наук. СПб., 2001. 240 с.
83. Шемчук Н.В. Психические расстройства у водителей – участников дорожно-транспортных происшествий: Дис. ... канд. мед. наук. М., 2003. 157 с.
84. Шульте Д. Психическое здоровье, психическая болезнь, психическое расстройство // Клинич. психология / Под ред. М. Перре, У. Баумана. СПб., 2002. С.49-65.
85. Якубенко О.В. Клиника, медико-психологическая коррекция и профилактика пограничных нервно-психических расстройств у школьников-подростков: Дис. ... канд. мед. наук. Новосибирск, 2001. 168 с.
86. Якшин В.А. Психофармакотерапевтические основы реабилитации жертв терроризма с пограничными психическими расстройствами смешанного (психогенно-токсического) генеза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ставрополь, 2000. 24 с.
87. Ялтонский В.М. Копинг-поведение здоровых и больных наркоманией: Дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 1995. 396 с.

88. Aranda M.P., Knight B. G. The influence of ethnicity and culture on the caregiver stress and coping process: a sociocultural review and analysis // *Gerontologist*. 1997. No 3. P. 342-354.
89. Aysan F., Thompson D., Hamarat E. Test anxiety, coping strategies, and perceived health in a group of high school students: a Turkish sample // *J. Genet. Psychol.* 2001. No 4. P. 402-411.
90. Banyard V.L., Grakham-Bermann S. Can women cope? A gender analysis of theories of coping and stress // *Psychol. Women Quart.* 1993. No 17. P. 303-318.
91. Berger D. A comparison of Japanese and American psychiatrists' attitudes towards patients wishing to die in the general hospital // *Psychother. Psychosom.* 1997. No 6. P. 319-328.
92. Bürgin D. Betwixt and between: The identity problems of second-generation immigrant children // *Cultural Psychiatry: Euro-International Perspectives* Basel. 2001. P. 155-165.
93. Comas-Diaz L., Jacobsen F.M. Ethnocultural allodynia // *J. Psychother. Pract. Res.* 2001. No 4. P. 246-252.
94. D'Avanzo C.E., Barab S.A. Depression and anxiety among Cambodian refugee women in France and the United States // *Issues Ment. Health Nurs.* 1998. No 6. P. 541-556.
95. Di Nicola V.F. Anorexia multiforme: Self starvation in historical and cultural context. Anorexia nervosa as a culture-reactive syndrome // *Transcult. Psychiatr. Res. Rev.* 1990. Vol. 27. P. 246-286.
96. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. Washington, 2000. 943 p.
97. Donnelly T.T. Contextual analysis of coping: implications for immigrants' mental health care // *Issues Ment. Health Nurs.* 2002. No 7. P. 715-732.
98. Furnham A., Ota H., Tatsuro H., Koyasu M. Beliefs about overcoming psychological problems among British and Japanese students // *J. Soc. Psychol.* 2000. No 1. P. 63-74.
99. Guinness E.A. Profile and prevalence of the brain fog syndrome: psychiatric morbidity in school populations in Africa // *Br. J. Psychiatry.* 1992. Vol. 160. P. 42-52.
100. Hobfoll S.E. The impact of communal-mastery versus self-mastery on emotional outcomes during stressful conditions: a prospective study of Native American women // *Am. J. Community Psychol.* 2002. No 6. P. 853-871.
101. Johnson T.M. Premenstrual syndrome as a western culture-specific disorder // *Cult. Med. Psychiatry.* 1987. No 3. P. 337-356.
102. Kanas N., Salnitskiy V., Grund E.M. et al. Psychosocial issues in space: results from Shuttle/Mir // *Gravit. Space Biol. Bull.* 2001. No 2. P. 35-45.

103. Kirmayer L.J. The place of culture in psychiatric nosology: Taijin kyofusho and DSM-III-R // *J. Nerv. Ment. Dis.* 1991. No 179. P. 19-28.
104. Kirmayer L.J., Brass G.M., Tait C.L. The mental health of Aboriginal peoples: transformations of identity and community // *Can. J. Psychiatry.* 2000. No 7. P. 607-616.
105. Kleinknecht R.A., Dinnel D.L., Kleinknecht E.E. Cultural factors in social anxiety: a comparison of social phobia symptoms and Taijin kyofusho // *J. Anxiety Dis.* 1997. No 11. P. 157-177.
106. Knight B.G., Silverstein M., McCallum T.J., Fox L.S. A sociocultural stress and coping model for mental health outcomes among African American caregivers in Southern California // *J. Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. Sci.* 2000. No 3. P. 142-150.
107. Krause B. The sinking heart: a Punjabi communication of distress // *Soc. Sci. Med.* 1989. No 29. P. 563-575.
108. Kubzansky L.D., Berkman L.F., Seeman T.E. Social conditions and distress in elderly persons: findings from the MacArthur Studies of Successful Aging // *J. Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. Sci.* 2000. No 4. P. 238-246.
109. Lasarus R.S. Coping theory and research: Past, present, and future // *Psychosom. Med.* 1993. No 55. P. 234-247.
110. Lee S. Estranged bodies, simulated harmony, and misplaced cultures: neurasthenia in contemporary Chinese society // *Psychosom. Med.* 1998, Vol. 60. P. 448-457.
111. Levinson D. Theories of Illness / *Health and Illness: a cross-cultural encyclopedia.* Santa Barbara, 1997. P. 207-217.
112. Mahat G. Stress and coping: junior baccalaureate nursing students in clinical settings // *Nurs. Forum.* 1998. No 1. P. 11-19.
113. McCarty C.A., Weisz J.R., Wanitromanee K. et al. Culture, coping, and context: primary and secondary control among Thai and American youth // *J. Child Psychol. Psychiatry.* 1999. No 5. P. 809-818.
114. Milan S., Keiley M.K. Biracial youth and families in therapy: issues and interventions // *J. Marital Fam. Ther.* 2000. No 3. P. 305-315.
115. Miller S.G. Borderline personality disorder in cultural context: commentary on Paris // *Psychiatry.* 1996. No 2. P. 193-195.
116. Mirnics Z., Bekes J., Rozsa S., Halasz P. Adjustment and coping in epilepsy // *Seizure.* 2001. No 3. P. 181-187.
117. Moos R. The mystery of human context and coping: an unraveling of clues // *Am. J. of Commun. Psychol.* 2001. No 1. P. 67-88.
118. Mowrer R.R., McCarver D.M. A preliminary investigation of multicultural perspective and life satisfaction // *Psychol. Rep.* 2002. No 1. P. 251-256.



119. Murphy-Shigematsu S. Cultural psychiatry and minority identities in Japan: a constructivist narrative approach to therapy // *Psychiatry*. 2000. No 4. P. 371-384.
120. Nasser M. Cultural similarities in psychological reactions to infertility // *Psychol. Rep*. 2000. No 2. P. 375-378.
121. Oakland S., Ostell A. Measuring coping: A review and critique // *Human Relations*. 1996. No 49. P. 133-155.
122. Paldi P. Persistent traditional Yemenite ways of dealing with stress in Israel // *Ment. Health. Soc*. 1979. No 3-4. P. 113-140.
123. Park Y.J., Kim H.S., Schwartz-Barcott D., Kim J.W. The conceptual structure of hwa-byung in middle-aged Korean women // *Health Care Women Int*. 2002. No 4. P. 389-397.
124. Pasick R.J., Stewart S.L., Bird J.A., D'Onofrio C.N. Quality of data in multiethnic health survey // *Public Health Rep*. 2001. Vol.116, Suppl. 1. P. 223-243.
125. Raguram R. Culture-bound syndromes // *Cultural Psychiatry: Euro-International Perspectives*. Basel. 2001. P. 35-48.
126. Ridder D.D. What is wrong with coping assesment? A review of conceptual and methodological issues // *Psychology and Health*. 1997. No 12. P. 417-431.
127. Rittenbaugh C. Obesity as a culture-bound syndrome // *Cult. Ved. Psychiatry*. 1982. No 6. P. 347-361.
128. Roer-Strier D. Reducing risk for children in changing cultural contexts: recommendations for intervention and training // *Child. Abuse Negl*. 2001. No 2. P. 231-248.
129. Schaubroeck J., Lam S.S., Xie J.L. Collective efficacy versus self-efficacy in coping responses to stressors and control: a cross-cultural study // *J. Appl. Psychol*. 2000. No 4. P. 512-525.
130. Stewart S., Jambunathan J. Hmong women and postpartum depression // *Health Care Women Int*. 1996. No 4. P. 319-330.
131. Thoits P.A. Stress, coping, and social support process: Where are we? What next? // *J. of Health and Soc. Behav*. 1995. Extra issue. P. 53-79.
132. Tsai G. Eating disorders in the Far East // *Eat. Weight. Disord*. 2000. No 4. P. 183-197.
133. Utsey S.O., Chae M.H., Brown C.F., Kelly D. Effect of ethnic group membership on ethnic identity, race-related stress, and quality of life // *Cultur. Divers. Ethnic. Minor. Psychol*. 2002. No 4. P. 366-377.
134. Van Haften E.H., Van de Vijver F.J. Dealing with extreme environmental degradation: stress and marginalization of Sahel dwellers // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol*. 1999. No 7. P. 376-382.

135. Wallach H.S., Farbshtein I. Reliability and validity of the translated Psychotherapy Expectancy Inventory // *Isr. J. Psychiatry Relat. Sci.* 2001. No 2. P. 115-122.
136. Walters K.L., Simoni J.M. Reconceptualizing native women's health: an "indigenist" stress-coping model // *Am. J. Public Health.* 2002. No 4. P. 520-524.
137. Walters K.L., Simoni J.M., Evans-Campbell T. Substance use among American Indians and Alaska natives: incorporating culture in an "indigenist" stress-coping paradigm // *Public Health Rep.* 2002. No 117. Suppl. 1. P. 104-117.
138. Weiss M.G. Psychiatric diagnosis and illness experience // *Cultural Psychiatry: Euro-International Perspectives.* Basel. 2001. P. 21-34.
139. Wicker H.R. Culture and psychiatry // *Cultural Psychiatry: Euro-International Perspectives.* Basel. 2001. P. 11-20.
140. Wilk C.M., Bolton P. Local perceptions of the mental health effects of the Uganda acquired immunodeficiency syndrome epidemic // *J. Nerv. Ment. Dis.* 2002. No 6. P. 394-397.
141. Yap P.M. Classification of the culture bound reactive syndromes // *Aust. N. Z. J. Psychiatry.* 1967. No 1. P. 172-179.
142. Yoshihama M. Battered women's coping strategies and psychological distress: differences by immigration status // *Am. J. Community Psychol.* 2002. No 3. P. 429-452.
143. Zachariae R., Jorgensen M.M., Christensen S. Hypnotizability and absorption in a Danish sample: testing the influence of context // *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* 2000. No 3. P. 306-314.
144. Zoroglu S.S., Sar V., Tuzun U. et al. Reliability and validity of the Turkish version of the adolescent dissociative experiences scale // *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2002. No 5. P. 551-556.

## КЛИНИКО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ, СВЯЗАННОЙ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

**Ф.В. Орлов**

*Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова,  
Республиканский психотерапевтический центр, г. Чебоксары*

Сочетание головной боли (ГБ) с психопатологической симптоматикой, как правило, обуславливает многообразие клинических проявлений цефалгии [14, 16]. ГБ при психических расстройствах (ПР) нелегко поддается идентификации из-за неопределенности границ, неоднородности, отсутствия четкой клинической формы ГБ [11]. Сохраняющаяся в современной психиатрии тенденция недифференцированного рассмотрения ГБ в структуре ПР не удовлетворяет практическим требованиям врачей. Специалистами психиатрического профиля часто ГБ у лиц с ПР расценивается как психогенная или рассматривается в составе соматовегетативного, тревожного синдрома [4, 6]. ГБ на фоне депрессивных расстройств может расцениваться как соматизация аффекта, при шизофрении - вероятнее всего, как сенестопатия. Нередко ГБ может быть квалифицирована как одно из проявлений соматоформного расстройства [3, 18]. Между тем возникает необходимость оценки цефалгии при ПР [7, 15, 16], что является необходимым условием для выбора рациональной терапии [1, 5]. Лишь в Международной классификации головных болей 2-го издания (2003) были выделены формы головной боли, вызванной психическими расстройствами [8]. В связи с этим определение структуры заболевания, нозологической квалификации ПР и установления вида ГБ, ее особенностей приобретает особое значение. Не менее важно разработать подходы направленной, дифференцированной терапии.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинических особенностей ГБ, связанной с психическим расстройством, и разработка лечебных мероприятий. Обследован 181 больной (50 мужчин и 131 женщина) в возрасте от 18 до 59 лет (средний – 36,2 ± 12,3 года), находившийся на лечении в Республиканском психоневрологическом диспансере г. Чебоксары, с ГБ в структуре ПР.

Критерием отбора больных для исследования явилось сочетание жалоб на ГБ с наличием признаков ПР. Отбирались формы цефалгий без острой боли; ГБ на момент обращения к врачу не носила пульсирующего характера. Клиническая оценка характера ГБ и ПР проводилась в соответствии с МКБ-10. Анализ клинических особенностей цефалгического синдрома проводился в рамках невротических (НР), шизотипических расстройств (ШР), хронических аффективных расстройств и легкого депрессивного эпизода (ХАР), ПР вследствие дисфункции головного мозга и посткоммоционного синдрома (ДГМ). Из исследования исключались больные с большим депрессивным эпизодом, биполярным аффективным расстройством, шизофренией, выраженным органическим поражением ЦНС. В исследовании применялся комплекс методов: клинико-психопатологический, экспериментально-психологический. Математико-статистическая обработка осуществлялась с помощью корреляционного и однофакторного дисперсионного анализа.

При НР цефалгия возникала на фоне имеющегося психологического конфликта и проявлялась болью давящего характера ( $p < 0,001$ ), умеренной интенсивности ( $p < 0,03$ ), не усиливалась при обычной физической нагрузке ( $p < 0,001$ ). ГБ, как правило, обуславливалась наличием тревожности и депрессии. Обнаруживалась связь с конверсионными, соматическими расстройствами (миофасциальным синдромом, цервикалгией), нарушениями сна. В случаях длительного течения заболевания эпизоды ГБ появлялись чаще, становились продолжительными. При них больные обычно принимали анальгетики. На начальных этапах НР (с длительностью до одного года) существовала временная связь между психогенией и развитием болевого синдрома. При продолжающемся психологическом конфликте и длительно существующем НР (больше года) цефалгия возникала спонтанно без видимых причин, приобретала психалгический характер.

ГБ в структуре ШР манифестировала на начальном этапе развития ПР без видимых внешних воздействий. В этой группе ГБ была слабовыраженной ( $p < 0,001$ ), в виде неприятных ощущений ( $p < 0,01$ ), труднолокализуемой, не беспокоила при физической деятельности ( $p < 0,001$ ). Для больных ШР оказалось нехарактерным сочетание ГБ с миофасциальными и болевыми синдромами другой

локализации. ГБ проявлялась сенесталгией с последующей трансформацией в сенестопатию. При сенесталгии выявлялись характеристики ГБ определенного вида, в то время как при сенестопатии ГБ была психалгической и недифференцированной. Существовала достоверная связь с тревогой, которая присутствовала практически постоянно ( $p < 0,001$ ). Больных отличало наличие патохарактерологического симптомокомплекса в виде замкнутости, апатичности, сужения круга интересов и эмоционального обеднения. При нарастании астенических и психопатоподобных изменений личности у больных ШР ГБ беспокоила редко.

При ХАР пониженное настроение больных связывалось с ГБ, происходило смещение аффекта на ГБ. В этой группе наряду с ГБ встречались другие болевые синдромы (кардиалгия, абдоминалгия) ( $p < 0,03$ ). Обнаруживалась связь ГБ с постоянно присутствующей тревожностью. Депрессивные расстройства характеризовались полиморфной ГБ с непостоянной локализацией. Боль высокой интенсивности носила давящий характер ( $p < 0,001$ ), в других случаях ГБ была в виде тяжести, диффузной ( $p < 0,001$ ). Ее усиление наблюдалось в связи с интеллектуальной нагрузкой. Продолжительность эпизода ГБ коррелировала с астенической симптоматикой. На частоту эпизодов ГБ влияли конфликты в семье. Длительное течение ГБ сопровождалось нарушением сна, отмечалось преимущественное появление утренних болей. В этой группе представленность ГБ и собственно депрессии в динамике отдельного эпизода, а также в течение болезни менялась. Возникновение ГБ было связано с началом депрессивного эпизода и в ряде случаев его завершением. При углублении депрессии ГБ больных не беспокоила. Возникшая в начале депрессивного расстройства ГБ была психалгической, недифференцированной. На выходе из депрессивного состояния ГБ приобретала характер сосудистой или мышечной цефалгии.

У больных с ДГМ ГБ отличалась выраженной интенсивностью ( $p < 0,001$ ), была метеозависимой, имела тупой характер, с приступами пульсирующей боли ( $p < 0,001$ ). На фоне диффузной боли определялась область ее повышенной интенсивности. Нарушения в психоэмоциональной сфере, так же как и церебралгическая симптоматика, обнаруживали метеозависимость. Выявлялась достоверная связь ГБ с наличием психогенно или соматогенно обуслов-

ленной тревоги ( $p < 0,03$ ), депрессией ( $p < 0,001$ ). У больных с длительностью заболевания до пяти лет, сопровождающегося невротоподобной симптоматикой, клинические характеристики ГБ были достаточно очерчены в рамках того или иного нозологического варианта ГБ (ГБ, обусловленной сосудистыми расстройствами, заболеванием шеи и т. д.). У больных с длительностью заболевания более пяти лет, имевших психопатоподобную или энцефалопатическую симптоматику, ГБ, несмотря на преобладание психалгического компонента, не имела четкой клинической формы.

Выявление клинических особенностей ГБ и определение ее видов является одним из важных этапов в многоступенчатой диагностике, что учитывалось при разработке подходов к лечению. В оказании помощи больным с ГБ в структуре ПР отдавали предпочтение комбинированию психофармакотерапии с немедикаментозными методами лечения (психотерапией, мануальной терапией). Мануальная терапия проводилась всем больным с ГБ. Ее роль на различных этапах и в разных группах больных была неодинаковой.

Лечение проводилось в три этапа. Поскольку действие психотропных средств наступало через определенное время, а собственно цефалгическая симптоматика затрудняла психотерапевтическую работу в начале лечения, на первом этапе (симптоматического лечения) применялись преимущественно немедикаментозные методы. С учетом рассмотрения боли как многокомпонентного феномена, лечебные воздействия были направлены на ее соматические и психические составляющие. Лечение, как правило, начиналось с мануальной терапии в области головы и шеи в соответствии с ожиданиями больного, рассматривающего ГБ как соматическое заболевание и интерпретирующего свои ощущения только как болевые. С помощью массажа, релаксационных и мобилизационных приемов мануальной терапии, положительный эффект которых начинал проявляться уже в течение 2-3 сеансов, интенсивность ГБ уменьшалась, больной успокаивался. Уменьшение ГБ под воздействием мануальной терапии создавало условия для проведения психотерапии. Больному разъяснялись механизмы взаимосвязи ГБ с ПР, психологическими факторами, проводилась психологическая подготовка к началу психотерапии.

На втором этапе (патогенетическом) релаксирующий и аналгезирующий эффекты мануальной терапии закреплялись использованием релаксационных, суггестивных, поведенческих методик психотерапии. Проводилась терапия, направленная на восстановление нарушенных отношений пациента, адаптацию в семье и на работе, развитие адекватных форм психологической защиты, а также фармакотерапия.

На третьем этапе (профилактическом) проводилось поддерживающее лечение с использованием психотерапевтических методик и методов мануальной терапии с самостоятельным выполнением большими приемами физической и психической релаксации.

В группе НР наиболее адекватным методом лечения оказалась психотерапия, ориентированная на осознание больным связи между его личностными особенностями и развитием заболевания. Особое внимание в психотерапевтической работе уделялось устранению возможных конфликтов, предупреждению стрессовых ситуаций. Выбор и назначение психотропных средств (транквилизаторов, антидепрессантов), длительность их применения определялись структурой, выраженностью и курабельностью НР. При невротической ГБ, в развитии которой ведущую роль играет дисфункция мышц (ГБ напряжения, цервикогенная ГБ), для успешного лечения в комплекс лечебных мероприятий включали мануальную терапию, направленную на устранение дисфункции мускулатуры, болезненных мышечных уплотнений. Применяли релаксацию мышц с помощью приемов постизометрической релаксации, массажа. При болезненных мышечных уплотнениях использовалась локальная инъекционная терапия. Приемы мануальной терапии применялись также для устранения функциональных блокад в шейном отделе позвоночника. При ГБ с доминированием сосудистых расстройств назначались цереброваскулярные препараты. Важное значение придавалось тренировке умения сосредоточиться на мышечных группах, участвующих в мимике раздражения, недовольства, гнева и других эмоциональных проявлениях. Во время сеансов аутотренинга, психоэмоциональной разгрузки достигалось расслабление мышц головы и шеи.

В группе ШР ведущим методом лечения явилась психофармакотерапия препаратами нейролептического и антидепрессив-

ного действия. Указанные средства использовались для нормализации психической активности, аффективности. Проведение когнитивной психотерапии в комплексе с медикаментозной терапией способствовало нормализации психического состояния больного, оказывало благотворное воздействие на течение ГБ. Этому также способствовали релаксационные приемы мануальной терапии, которые при психалгической боли больше носили вспомогательный характер и использовались в комплексном лечении для помощи больному в осознании связи между имеющейся симптоматикой и наличием ПР.

В группе больных с ХАР лекарственная терапия антидепрессантами и психотерапия являлись приоритетными. На начальных этапах применялись малые или средние дозы психотропных препаратов. Для снятия общего напряжения использовались методы психической релаксации, суггестивная психотерапия, а также приемы мануальной терапии. Нормализация сна, повышение психического тонуса способствовали выработке убежденности в излечимости заболевания. Психотерапия была ориентирована на оживление в сознании больного положительно окрашенных эмоциональных переживаний. Для выработки уверенности в себе использовались элементы поведенческой терапии.

Терапевтические мероприятия при ДГМ разрабатывались с учетом полиморфной невротической и неврозоподобной симптоматики, которая усугубляла имеющиеся неврологические симптомы, и в соответствии со структурой церебрально-органической патологии. В связи с повышенным риском побочных эффектов, обусловленных отрицательным влиянием сосудистой отягощенности и органической недостаточности, использовались малые дозы психотропных средств и немедикаментозные методы лечения. При выраженном цефалгическом синдроме применялись анальгетики. С целью воздействия на патофизиологическую основу ГБ лечение проводилось на фоне применения ноотропов (ноотропил, пирацетам), витаминов группы В, препаратов, улучшающих мозговое кровообращение (циннаризин, кавинтон) и стимулирующих метаболические процессы (алоэ). В случаях пульсирующего, распирающего характера ГБ использовался сульфат магния внутримышечно по 5 мл



25% раствора. Устранение болезненных мышечных уплотнений в области головы и шеи, восстановление подвижности в суставах позвоночника достигалось с помощью мануальной терапии. Психотерапия в комплексе лечебных мероприятий была направлена на устранение неврозоподобной симптоматики. Использовалась релаксационная, суггестивная и рациональная психотерапия.

В общей сложности положительный терапевтический эффект был отмечен у 81,2% психически больных с преобладающей в клинике заболевания головной болью. Побочных явлений в процессе лечения бригадой не наблюдалось. Улучшение состояния в большинстве случаев наступало через 3-5 недель.

Комплексный подход в лечении ГБ в структуре ПР обеспечивал взаимопотенцирующее действие психотерапии, мануальной терапии и фармакотерапии в достижении обезболивающего эффекта, устранении выраженности психоэмоциональных нарушений, улучшении психологического и физического функционирования больных.

Таким образом, полноценное понимание телесных симптомов невозможно только лишь в пределах их психопатологической квалификации [10]. Об этом свидетельствует низкая эффективность лечения больных отдельно как врачами терапевтического профиля, так и психиатрического. Признание ГБ как психогенной на основе сочетания ГБ и ПР не позволяет учитывать видовые особенности и принадлежность ГБ, с другой стороны, интерпретация ГБ только как соматического расстройства без учета ПР обнаруживают диагностическую ограниченность. Формирование и клиническое выражение ГБ часто является результатом интеграции соматических и психических составляющих болезни [2, 7, 9]. Как достаточно очерченный синдром в структуре ПР, она может возникнуть вследствие общности механизмов ГБ и ПР [12, 13] или включения психологических механизмов соматизации, а не только как психопатологическое расстройство в сфере соматопсихики. Клинические наблюдения над больными с ГБ позволяют выявить ее клинические особенности, проследить ее динамику в зависимости от этапа развития ПР. ГБ в структуре ПР обнаруживает тесную связь с длительно-

стью и течением ПР, что влияет на проявления клинических особенностей и развитие того или иного вида ГБ. Разработка терапевтических мероприятий с учетом соматической и психической осей заболевания позволяет значительно повысить эффективность лечения [8,17]. В системе комплексной терапии основное место должно отводиться немедикаментозным методам лечения.

### Литература

1. Бородин В.И. Некоторые проблемы диагноза в пограничной психиатрии // Рос. психиатр. журн. 2002. № 6. С. 4 – 7.
2. Ванчакова Н.П. Хроническая головная боль – сложная междисциплинарная клиническая проблема // Психиатрические аспекты общемедицинской практики: Сб. тез. науч. конф. с междунар. участием. СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева. СПб., 2005. С. 20 – 28.
3. Гиндикин В.Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства (клиника, дифференциальная диагностика, лечение): справ. М.: Триада-Х, 2000. 256 с.
4. Грачев Ю.В., Климов Б.А., Молодецких В.А. и др. Лицевые боли как проявление психических расстройств // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С.Корсакова. 2002. № 4. С.13 – 17.
5. Гусев Е.И. Лечение неврологических больных //Лечение нервных болезней. 2000. Т. 1, № 2. С. 34 – 35.
6. Измайлова И.Г., Белопасов В.В., Колосова О.А., Филиппов Б.Ф. Клиническая и психофизиологическая характеристика головной боли в детском возрасте // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С.Корсакова. 2002. № 4. С. 4 – 8.
7. Камянов И.М. Невропатология в психиатрической клинике. Рига: Зинатне, 1984. 190 с.
8. Международная классификация головной боли, 2-е изд. / Пер. с англ. В.В. Осиповой при участии Т.Г. Вознесенской; Междунар. об-во головной боли, 2003. 326 с.
9. Мештауб А., Баролин Дж. С. Основные принципы лекарственной терапии боли // Русс. мед. журн. 2003. Т. 11, № 15 (187). С. 880 – 885.
10. Райзман Е.М., Семин И.Р., Мучник М.М. Телесные симптомы и телесный опыт при психических расстройствах // Рос. психиатр. журн. 2003. № 3. С. 26 – 30.
11. Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. Л.: Медицина, 1987. 181 с.

12. Cao M., Zhang S., Wang K. et al. Personality traits in migraine and tension-type headaches: a five-factor model study // *Psychopathology*. 2002. Vol. 35, № 4. P. 254 – 258.
13. Corruble E., Guelfi J. Pain complaints in depressed inpatients // *Psychopathology*. 2000. Vol. 33, № 6. P. 307 – 309.
14. El-Rufaie O.E., Al-Sabosy M.A., Bener A., Abuzeid M.S. Somatizid mental disorder among primary care Arab patients: I. Prevalence and clinical and sociodemographic characteristics // *J. Psychosom. Res.* 1999. Vol. 46, № 6. P. 549 – 555.
15. Guidetti V., Galli F., Fabrizi P. et al. Headache and psychiatric comorbidity: clinical aspects and outcome in an 8-year follow-up study // *Cephalalgia*. 1998. Vol.18, № 7. P. 455 – 462.
16. Hering-Hanit R., Cohen A., Horev Z. Successful withdrawal from analgesic abuse in a group of youngsters with chronic daily headache // *J. Child. Neurol.* 2001. Vol. 16, № 6. P. 448 – 449.
17. Jackson C.M. Effective headache management. Strategies to help patients gain control over pain // *Postgrad. Med.* 1998. Vol. 104, № 5. P. 133 – 136.
18. Rief W., Hessel A., Braehler E. Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population // *Psychosom. Med.* 2001. Vol. 63, № 4. P. 595 – 602.

---

# СОЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

## ВЛИЯНИЕ СТАТУСА БЕЗРАБОТНОГО НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ЛИЧНОСТИ

**С.А. Петунова**

*Чувашский государственный университет  
имени И.Н. Ульянова, Чебоксары*

Анализ ситуации безработицы в России на современном этапе социально-экономического развития показал, что сильных социальных потрясений в сфере занятости пока не наблюдается. Официальная безработица растёт умеренными темпами. Вместе с тем происходит увеличение скрытой безработицы; возрастает количество лиц, обращающихся в центры занятости (ЦЗ), среди всех лиц, испытывающих трудности с поиском работы (до 30%). Всё больше среди безработных оказываются выпускники учебных заведений. Одновременно быстрыми темпами развивается занятость в теневой экономике, масштабы которой оцениваются в 10-15 млн человек [3]. Проблема безработицы заключается не только в том, что люди могут потерять работу, а в практическом отсутствии шансов себя реализовать. Особенно тяжёлая ситуация складывается в малых городах, где нет выбора места работы (на весь город одно предприятие), нет даже возможности заняться своим делом (например, торговлей), так как у потенциальных покупателей (таких же безработных) нет денег. Согласно данным Госкомстата РФ, безработные – это в первую очередь молодежь и лица предпенсионного возраста. В связи с ухудшением экономической ситуации в стране администрация организаций в первую очередь увольняет женщин и тех работников, у которых низок уровень квалификации и недостаточный уровень практической работы. Именно они в последнюю очередь и принимаются на работу. Остро стоит вопрос о безработице среди

молодежи: около трети безработных – это молодые люди в возрасте до 30 лет. В этом возрасте происходит становление личности как в общечеловеческом, так и в профессиональном плане. Почти 25% безработных молодых людей – это выпускники профессиональной школы. Сокращение спроса на рабочую силу в большей степени затронуло высокотехнологические отрасли, а также науку. Среди незанятого населения увеличилась доля лиц, имеющих высшее и среднее специальное образование (каждый второй безработный имеет среднее общее или начальное профессиональное образование).

В связи с данной социальной ситуацией проблемы занятости, формирования рынка труда стали привлекать к себе представителей разных наук и в первую очередь психологов, социологов и экономистов. Современные исследования проблем безработицы направлены на изучение причин и последствий безработицы, анализ особенностей поведения безработного на рынке труда, его личностных характеристик. Интересны в этом плане исследования проблемы поведенческих особенностей безработных как новых субъектов труда, проведённые группой учёных из г. Новосибирска: А.А. Гордиенко, Г.С. Пошевневым, Ю.М. Плюсниным. В результате исследования были выделены типы безработных по поведенческим стилям и особенностям психоэмоционального реагирования на жизненно неблагоприятные ситуации. Учёными-социологами из Санкт-Петербурга и Ярославля под руководством М.Г. Гильденгерша проведены социологические обследования, в результате которых были выявлены особенности безработицы в России, её формы, структуры и социальные последствия. Экономические аспекты безработицы представлены в работах Е. Баладского, Э. Бородянского, Г. Волынского, А. Кашепова, А.А. Никифоровой, Ф. Прокопова, Г.Н. Соколовой, Я.В. Леверовской. Они провели исследования социально-профессиональной ориентации безработных в условиях формирующегося рынка труда, ими же дан анализ ситуации на рынке труда в Белоруссии. Однако, несмотря на ряд исследований, нужно отметить, что проблемы безработицы остаются вне поля зрения многих ученых.

В настоящее время западные исследователи много внимания уделяют современному рынку труда с его многообразием трудовых контактов, гибкостью рабочего времени и уровнем заработной платы и относительно высокими показателями безработицы. Отслеживается и характер спроса на труд и изменения в самой природе труда. Анализ современных исследований в области занятости (George Brief, 1990; Graets, 1993; Jacson, 1999; Murphy, Athanasou, 1999) показал, что самооценка, установка индивида относительно безработицы и социальная поддержка семьи могут опосредствовать психологическое воздействие безработицы. Но вместе с тем большинство исследователей указывают на наличие большого количества неизученных эмпирических фактов. Так, по-прежнему остается без ответа вопрос более полного понимания эффектов ментального здоровья при потере работы, несмотря на то, что существует достаточно ясная связь между улучшением ментального здоровья и вовлечением в работу. Одной из важных задач является также разработка и использование стандартизированных психологических методик для понимания того, как безработные приспосабливаются к финансовым ограничениям, и могут сосредоточиться на переменных, обуславливающих нахождение работы [1].

Развитие современного российского общества характеризуется как положительными, так и отрицательными тенденциями. К первым относятся рост потребления материальных благ, социальные и экономические инновации, появление новых направлений в бизнесе. К числу положительных моментов можно отнести также появление у людей деловых качеств, таких, как социальная мобильность, предприимчивость, целеустремленность, готовность к разумному риску и др. Вместе с тем социально-экономические преобразования повлекли за собой ряд негативных изменений в обществе: рост безработицы, снижение жизненного уровня значительной части населения, обострение криминогенной ситуации и др. По данным социологического опроса, среди проблем, беспокоящих россиян, первые три места занимают следующие, в %: рост преступности – 70,4; доступность качественного медицинского обслуживания – 68,3, безработица – 48,2 [3]. Рост преступности и безработица напрямую

взаимосвязаны. Поскольку вынужденная профессиональная бездеятельность заставляет людей искать новые источники дохода, которые в свою очередь не всегда законны. Рост безработицы и ее общественной опасности прямо и сильно коррелирует с динамикой административных и иных правонарушений, аморальных явлений, пьянства, наркомании, суицидов, проституции, бродяжничества, нищенства, распада семей, детской беспризорности, дезадаптацией взрослых и детей, психических расстройств и других явлений. Так, повышение уровня безработицы на 1% приводит к росту преступности на 7-8%. Ученые обнаружили несомненную связь между безработицей и убийствами, насилием и тюремным заключением. Изучение дел правонарушителей показывает, что до 70% заключенных в момент ареста не имели работы, что рецидивизм можно объяснить отсутствием работы. За последние 10 лет увеличилось количество малоимущих неблагоприятных семей. В первую очередь от этого страдают дети, моральные и нравственные ориентиры и ценности которых еще не сформированы. Имея перед собой негативный пример своих родителей (пьянство, наркомания и т.п.), молодые люди зачастую встают на путь уголовных правонарушений, занимаются попрошайничеством, причиной этого зачастую является всего лишь желание прокормить себя. В ситуации безработицы многие следуют саморазрушающей стратегии, уходят от проблемы (пьянство, наркомания, суициды). По данным статистики одной из самых распространенных причин самоубийств является неспособность материально обеспечить свою семью, социальная и профессиональная нереализованность.

Мало известно о «пороге терпимости», когда члены семьи безработного еще сохраняют способность заботиться друг о друге. К.Х.Брайер отмечает связь между безработицей и ухудшением семейных и супружеских отношений (функционированием семьи). В семьях безработных зачастую искажается здоровая иерархия, потеря работы одним из родителей может повлечь изменение его статуса не только в обществе, но и в семье, потерю самоуважения и уважения со стороны близких людей [2. С.105.]. Исследователи отмечают также связь между безработицей и детской смертностью, жестоким обращением с деть-

ми, отказом от воспитания, конфликтами с родителями и детьми. У детей безработных чаще, чем в семьях работающих, встречаются отклонения в поведении, психосоматические заболевания, что и у самих безработных. Зачастую дети «потомственных безработных» закончив учебные заведения, также не могут реализоваться в профессиональном плане. Женщины-безработные особо обеспокоены дальнейшим образованием детей после окончания средней школы; опасаются, что прервется социально-профессиональная преемственность поколений, и дети будут вынуждены занять более низкое положение в общественной структуре, чем их родители. Отрицательные последствия безработицы не ограничиваются теми, кто стал ее жертвой. Гордус и Макэлинден показали, что работники, избежавшие увольнения, также испытывают стресс, и что чрезмерные психологические нагрузки, переживаемые теми, кто сохраняет работу, могут оказаться даже сильнее, чем стрессы, испытываемые в первый период теми, кто ее потерял [2].

Таким образом, результаты научных исследований, проведенных в последнее время, документально подтверждают существование ряда эмоциональных, социальных, финансовых, семейных медицинских и политических последствий безработицы. Среди эмоциональных последствий безработицы называют низкую самооценку, депрессию, суицид. Среди медицинских проблем – нарушение здоровья, вызванное стрессами. Причина психологических проблем, вызываемых безработицей, кроется в непростой связи, существующей между осознанием себя как успешной личности и работой как способом зарабатывания на жизнь. К социально-психологическим издержкам безработицы следует отнести серьезные негативные последствия и для семьи, и для непосредственного окружения потерявшего работу, и для общества в целом. Все это лишь подчеркивает актуальность и практическую значимость дальнейшего изучения данной проблемы как в социальном, так и в психологическом плане. Рассматривая психологический аспект безработицы, некоторые исследователи уже обратили внимание на влияние уровня притязаний, структуры трудовой мотивации и локуса контроля на поведение личности после потери работы, на изменения самооцен-



ки, сопровождающие состояние безработицы. По данным зарубежных исследователей, у тех, кто не может найти работу, наблюдаются значительные изменения в оценке своей компетентности, активности, удовлетворенности жизнью, также имеются предпосылки незанятости, связанные с эмоциональным принятием (или непринятием) состояния безработицы, степенью уверенности в нахождении работы [4].

Все исследователи проблем безработицы отмечают, что своеобразной проекцией социального статуса безработного на внутренний мир человека является изменение его актуального психического состояния, связанное, в свою очередь, с более или менее выраженными «функциональными сдвигами» в целостной системе личностной саморегуляции социального поведения субъекта [4]. Человек, потерявший работу, оказывается в сложной жизненной ситуации, испытывая при этом множество тяжелых переживаний, стрессовые состояния.

В связи с этим объектом нашего исследования мы определяем ситуацию безработицы как фактор изменения актуального психического состояния безработного. Предмет исследования – функциональные изменения в структуре личности безработного в сложившейся ситуации. Цель работы – исследование специфики ситуации безработицы и ее возможных последствий для личности безработного.

В ходе изучения данной проблемы использовалась комплексная методика исследования, включающая: полуструктурированное интервью, анкетирование, методика диагностики социально-психологической адаптации (К. Роджерс, Р. Даймонд); методика диагностики уровня социальной фрустрированности (Л.И. Вассерман); методика изучения ценностей безработных в процессе вторичной профессионализации (М.Г. Рогов).

Базой исследования являлись городские и районные центры занятости Чувашской Республики. В качестве респондентов эмпирического исследования выступали безработные, зарегистрированные в ЦЗ, общая численность которых составила 369 человек в возрасте от 25 до 55 лет. Активное участие в сборе и обработке результатов исследования принимали сотрудники Чебоксарской научной школы социальных психологов.

Исследование показало, что такие состояния безработных, как чувство вины, страх, комплекс «неудачника», подавленность, препятствуют поиску работы, профессиональной самореализации, еще более усугубляя ситуацию, вызывая чувство безысходности. Но вместе с тем необходимо иметь в виду, что нельзя составлять унифицированный «портрет состояния безработного» без учета возраста, образования и половых особенностей, так как ряд исследований указывают на то, что данные различия существуют [4].

Специфика ситуации безработицы состоит в том, что она отличается относительной устойчивостью. Внутри этой ситуации в широком смысле возникают конкретные узкие «подситуации», связанные с поиском работы. С одной стороны, безработица может оказаться созидательным, мобилизующим волю испытанием, заставляющим человека изменять свое отношение к возможности трудоустройства, стимулировать процесс осознания себя как субъекта рынка труда, а также стимулом высокопродуктивного труда. Но с другой стороны, безработица представляет собой проблему, оказывающую прямое и сильное воздействие на психику человека, на восприятие общей ситуации безработицы, вызывая при этом сильные эмоциональные переживания, состояние фрустрации, агрессии, ведя к потере смысла общественной активности. В результате сложившегося состояния, условно названного нами как состояние неопределенности и утраты стабильности, формируется новая для личности модель поведения, которая раскрывается в различных способах адаптации безработных. Таким образом, формируется психологический аспект безработицы. Психологическое определение безработицы характеризует ее как особое состояние личности, выражающееся в искажении социального восприятия окружающей действительности, активизации негативно-депрессивных комплексов, формирование системы новых ценностных ориентаций.

Опыт и практика работы психологов служб занятости показывают, что люди, потерявшие работу, жалуются на чувство подавленности, ухудшение самочувствия, беспокойство, усталость и раздражение, что в свою очередь мешает им найти работу. Отсутствие перспективы в будущем, снижение профессионального

уровня, опасение снижения социального и профессионального статуса – эти и другие причины могут вызвать депрессию. Дж. Виткин отмечает, что работа и низкий уровень депрессии находятся в прямой зависимости. Исследование психологических затруднений безработных показывает наличие фрустрации, обиды, ощущения несправедливости, усиление тревоги, что в целом отражает усиление стрессового состояния безработных [4].

Результаты нашего исследования показали, что ситуация безработицы вызывает изменения психоэмоционального состояния безработных. Данный процесс имеет четко выраженную динамику и проходит ряд фаз, которые соответствуют фазам развития специфических стрессовых состояний (Л. Пельцман, 1992), в данном случае состояния безработицы. Особенности изменения психоэмоционального состояния безработных определялась нами через субъективные оценки удовлетворенности взаимодействием с социальной средой, а также эмоционального комфорта и уровня социальной фрустрированности.

Сравнительный анализ показал, что наиболее комфортно в ситуации безработицы чувствуют себя респонденты, состоящие на учете в центре занятости более года или повторно (табл. 1).

Таблица 1  
Оценка особенностей психоэмоционального состояния безработных, средние значения по группам

Показатель	Общ. показатель	До 6 мес.	От 6 мес. до 1 года	Более 1 года или повторно	25-30 лет	30-40 лет	Старше 40 лет
Приятие других	26,49	26,45 (4,51)	26 (5,21)	27,85 (3,1)	26,59 (3,99)	26,48 (6,11)	25,94 (4,71)
Эмоциональный комфорт	22,07	21,62 (5,38)	21,4 (4,63)	22 (4,81)	20,95 (2,6)	22 (4,75)	21,65 (4,48)
Социальная фрустрированность	1,98	1,98 (0,63)	1,97 (0,44)	2,07 (0,41)	1,7 (0,76)	2,05 (0,56)	1,94 (0,43)

Примечание: В скобках указано среднее квадратичное отклонение.

Это обусловлено, скорее всего, тем, что основную массу безработных по данной выборке составляют люди предпенсии-

онного возраста, а также сезонные рабочие и специалисты, работающие вахтовым методом, для которых безработица является своего рода «отпуском» и возможностью получения льгот. Кроме того, процесс социально-психологической адаптации у них начался раньше, чем у остальных, и у многих безработных уже действуют адаптивные механизмы. Достоверность изменений эмоционального комфорта безработных подтверждается наличием статистически значимой разности средних значений (t-критерий Стьюдента) (табл.2).

Таблица 2  
Сравнительный анализ изменений психоэмоционального состояния в динамике (t-критерий)

Показатели	До 6 мес. – от 6 мес. до года	До 1 года – более года	До 6 мес. – более года	25-30 лет – 30-40 лет	30-40 лет – старше 40 лет	25-30 лет – старше 40 лет
Эмоциональный комфорт	0,69	2,85**	3,15***	0,21	0,93	1,03
Принятие других	0,44	0,77	0,93	1,15	0,57	0,89
Фрустрированность	0,16	1,67	1,51	4,375***	0,79	1,51

Примечание: \*\* -  $P < 0,01$ ; \*\*\* $P < 0,001$

Анализ возрастных различий выявил, что у безработных старше 40 лет расположенность к окружающим людям снижается (25,94). Наименьший уровень социальной фрустрированности (1,7) наблюдается в группе от 25 до 30 лет. Это связано с тем, что у большинства безработных данной возрастной группы отсутствуют семьи.

Оценка степени удовлетворенности социальными достижениями в основных аспектах жизнедеятельности (табл. 3) показала, что безработные испытывают очень высокую степень неудовлетворенности в таких аспектах жизнедеятельности, как «статус безработного» (3,832) и «материальное положение» (3,489). Повышенная фрустрированность также наблюдается в «сфере медицинского обслуживания» (3,112) и «общей обстановкой в обществе» (3,097).

Таблица 3  
Оценка уровня социальной фрустрированности безработных (ср. знач.)

Удовлетворены ли Вы:	Средние значения по группам						
	Общ. показатель	До 6 мес.	От 6 мес. до 1 года	Более 1 года или повторно	25-30 лет	30-40 лет	Старше 40 лет
1. Своим образованием	2,752	2,347	1,824	1,886	1,439	2,228	2,147
2. Статусом безработного	3,832	3,138	3,838	2,322	3,294	3,52	2,780
3. Возможностью выбора места работы	2,934	2,306	2,306	2,477	1,927	2,342	2,412
4. Своим положением в обществе	2,870	2,04	2,565	2,364	1,463	2,421	1,971
5. Материальным положением	3,489	2,714	2,882	3,409	2,609	2,921	2,765
6. Жилищно-бытовыми условиями	2,674	2,087	1,718	2,340	1,707	2,101	1,941
7. Отношениями с супругом (ой)	1,94	1,352	3,247	2,295	0,780	1,298	2,559
8. Отношениями с ребенком (детьми)	1,401	0,714	0,929	0,75	0,878	0,684	0,912
9. Отношениями с родителями	1,779	1,097	1,376	0,909	1,292	1,12	1,235
10. Обстановкой в обществе	3,097	2,464	2,576	2,364	2,366	2,487	2,324
11. Отношениями с друзьями	1,665	0,995	1,114	0,932	0,902	0,965	1,176
12. Сферой услуг и быта	2,807	2,204	2,012	2,25	2,415	2,075	2,324
13. Сферой медицинского обслуживания	3,112	2,459	2,329	2,773	2,415	2,465	2,470
14. Проведением досуга	2,664	2,097	1,918	2,045	1,683	2,061	2,088
15. Возможностью проводить отпуск	2,707	1,735	2,247	2,227	1,878	2,088	2,029
16. Своим образом жизни	2,414	1,976	1,718	2,045	1,61	1,715	1,912

Результаты сравнительного анализа по группам испытуемых показали, что наибольшую степень фрустрации от статуса безработного испытывают респонденты групп до 6 мес. регист-

рации (3,138) и от 6 мес. до 1 года (3,838). У испытуемых, состоящих на учете в ЦЗ более года, этот показатель соответствует норме (2,322), а вот степень материальной неудовлетворенности у них выше, чем у остальных (3,409).

Анализ возрастных различий показал, что наибольшую степень неудовлетворенности от статуса безработного испытывают респонденты 30-40 лет (3,52) и 25-30 лет (3,294). У испытуемых старше 40 лет этот показатель соответствует норме (2,780).

Результаты нашего исследования выявили зависимость между длительностью ситуации безработицы и нарастанием негативных эмоциональных переживаний в сфере семейных отношений. Как показывают исследования, проведенные болгарскими учеными (Т. Концева, И. Тодорова, 1992), «уровень объективного стресса негативно коррелирует с общим перечнем социальной поддержки и с оценочной поддержкой, но не с поддержкой через самооценку, что совпадает с данными Баррера, утверждающего, что условия стресса могут ослаблять социальную поддержку, что ведет к усилению чувства беды». Важную роль играет также непосредственное окружение безработного, так как в группе со слабой социальной поддержкой уровень тревожности нарастает быстрее, тогда как при существенной поддержке заметно лишь небольшое повышение уровня тревожности. Кроме того, на стрессовое состояние значительное влияние оказывает длительность отсутствия работы.

В ходе интервью было установлено, что статус безработного определенно повлиял на взаимоотношения в семье между супругами, в тех случаях, когда один из них оказывался исключенным из структуры трудовых связей, причем реакция мужа и жены различаются. Жены относятся к безработному состоянию мужа существенно хуже, чем мужья к безработности своих жен. Положительно относятся к этому всего менее 5% жен и 15% мужей. С поддержкой и пониманием относятся, по мнению самих безработных, жены и мужья примерно одинаково (23% и 20%). Отрицательное отношение характерно для 72% жен и 65% мужей.

Таким образом, отсутствие понимания и поддержки к изменению социально-трудового статуса второго члена семьи, ха-

ракторное для большинства супругов, – фактор внутрисемейной напряженности, которая может привести к самым негативным сдвигам.

По мнению большинства исследователей, ситуация безработицы приводит к значительным изменениям в структуре личности безработного, в частности системы ценностных ориентаций. В связи с этим следующий этап нашего исследования был посвящен анализу изменений структуры ценностных ориентаций под влиянием статуса безработного.

Анализ структуры терминальных ценностей безработных Чувашской Республики показал, что в иерархии ценностей-целей наиболее типичными для выборки безработных оказались такие цели жизни, как материальные условия (4,845), самостоятельность (4,8), познания (4,6), внутренняя удовлетворенность (4,453), успех (4,4). На наш взгляд, такая иерархия обусловлена тем, что испытуемые, приобретая статус безработного, утрачивают прежние позиции в обществе, ощущая при этом снижение уровня их самооценки, социального статуса, а также материального положения. Одновременно растет степень внутренней неудовлетворенности из-за отсутствия возможности реализовать себя в профессиональном плане.

Сравнительный анализ ранжирования респондентами этих же ценностей до того, как они стали безработными и приобрели статус безработного, показал, что испытуемые ствили общественно-значимые ценности выше (3-й ранг до безработицы и 9-й ранг в статусе безработного). А трудовые ценности, ценности внутренней удовлетворенности, самореализации и познания – ниже (6-й, 4-й, 7-й и 3-й ранги до безработицы и 8-й, 6-й, 9-й, и 4-й – в статусе безработного).

Изучение структуры инструментальных ценностей безработных ЧР показало, что наиболее часто ими выбирались такие средства достижения жизненных целей, как компетентность (4,701), общение (4,466), независимость (4,4), достижение результата (4,351), эрудиция (4,25).

Сравнительный анализ распределения инструментальных ценностей безработных ЧР свидетельствует о том, что с приобретением испытуемыми статуса безработного повышается роль

таких средств достижения своих целей, как общение - 2-й ранг, независимость - 3-й ранг и эрудиция 5-й ранг (распределение этих ценностей до приобретения статуса безработного: общение – 4-й ранг, независимость – 5-й ранг, эрудиция – 6-й ранг).

Для анализа значимости изменений в структуре ценностных ориентаций с приобретением ими статуса безработного был использован t-критерий Стьюдента. Результаты анализа показали, что в структуре ценностных ориентаций безработных с приобретением нового для них статуса произошло снижение роли общественно значимых ценностей и возможности достижения результата.

Анализ возрастных различий показал, что наибольшие изменения в структуре ценностных ориентаций произошли у безработных от 25 до 30 лет, причем ценностные ориентации трансформированы в направлении преобладания ценностей материальных, познания, развития и самореализации. У безработных старше 40 лет трансформация ценностных ориентаций направлена на снижение роли общественно значимых и трудовых ценностей. В структуре ценностных ориентаций респондентов 30 – 40 лет, несмотря на статус безработного, серьезных изменений не произошло. Для них характерна стабильная оценка по всем группам ценностей. В отличие от двух предыдущих групп главенствующую роль в разряде инструментальных ценностей они отдали личностным свойствам.

Разница в динамике изменения ценностных ориентаций у безработных разного возраста обусловлена теми конкретными социально-экономическими условиями, в которых человеку приходится жить. Процесс социализации, а следовательно, и формирования ценностных ориентаций безработных 25-30 лет происходил в период появления качественно новых социально-экономических и трудовых отношений, формирования другой экономической среды жизни человека, сопровождающегося появлением и новых ценностей, таких, как материально обеспеченная жизнь, богатство, предприимчивость и др. Кроме того, состояние системы их ценностей менее устойчиво, следовательно, легче поддается перестройке. Состояние неопределенности и утраты стабильности с приобретением статуса безработного



привело к повышению значимости ценностей образования и самореализации.

Фактор возраста в динамике изменения ценностных ориентаций безработных старше 40 лет скорее имеет отрицательное значение. Система их ценностей, в отличие от предыдущей возрастной группы, отличается наибольшей устойчивостью, кроме того, их экономическая социализация происходила на фоне социалистической экономики. В связи с этим процесс перестройки ценностных ориентаций происходит медленнее и труднее. Статус безработного и обусловленная им трансформация системы ценностей скорее носит отрицательный характер, так как приводит к снижению трудовых ценностей. Ситуация может усугубляться наличием кризиса середины карьеры, когда человек переоценивает свои достижения, значимость работы. Кризис может принимать достаточно болезненные формы, приводить к стрессу.

Отсутствие значимых преобразований в структуре ценностей безработных 30-40 лет, на наш взгляд, связано с тем, что их система ценностей наиболее отвечает объективным условиям жизни.

Таким образом, результаты проведенного нами исследования позволяют сделать вывод, что ситуация безработицы приводит к изменению актуального психоэмоционального состояния безработного. Причем данный процесс имеет четко выраженную динамику и стадийный характер, включающий ряд устойчивых этапов. Базовой закономерностью развития состояния безработицы выступает характеристика динамики формирования стресса. Состояние безработицы приводит к нарушению структур личности, в результате чего у человека формируется новая социальная идентификация – безработного. Изменения в структуре «Я-образа» под влиянием статуса безработного приводят к трансформации системы ценностных ориентаций, снижению роли общественно значимых ценностей, и в то же время повышению степени значимости таких ценностей, как внутренняя удовлетворенность, труд, развитие, самореализация и познание. Таким образом, приобретая статус безработного, человек утрачивает прежние позиции в обществе, ощущая при этом сниже-

ние самооценки и материального положения. Одновременно растет внутренняя неудовлетворенность из-за отсутствия возможности реализовать себя в профессиональном плане.

#### Литература

1. Аканде А. Психологические последствия безработицы у женщин Южной Африки / Психол. журн. 2003. №1. Т.24. С.127-136.
2. Брайер К.Х. Безработица и неполная занятость // Социол. исслед. 1993. №10. С.101-108.
3. Вопросы статистики. 2003, 2004. №6. С.58-69.
4. Прохоров А.О., Городецкая И.М. Психические состояния безработных и их динамические характеристики // Психология и экономика: проблемы интегр. взаимодействия: материалы респуб. науч.-практ. конф. Чебоксары, 1999. С.87-92.

## УСЛОВИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ К ВОИНСКОЙ СЛУЖБЕ

**О.Г. Рындина**

*Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова,  
Республиканская психиатрическая больница, Чебоксары*

В условиях трансформации российского общества, реформирования Вооруженных сил, проблемы социально-психологической готовности молодежи к службе в российской армии приобретают особую актуальность и социальную значимость. Распад Советского Союза повлек за собой экономический кризис, резкое сокращение финансирования всех родов войск, что сразу же отразилось на материально-техническом и социально-бытовом оснащении Вооруженных сил, на уменьшении различных социальных льгот и заработной платы офицерского состава, сержантов и рядовых военнослужащих. Ослабление экономического базиса страны, переход на рыночные отношения повлекли за собой ухудшение духовно-нравственной надстройки, снижение воинской дисциплины, рост дедовщины, падение престижа воинской службы.

К числу объективных причин, снижающих желание молодежи служить в армии, можно отнести различные последствия многолетнего экономического кризиса. Безработица, безденежье, алкоголизация, наркомания, рост преступности, распад семей, снижение рождаемости, наличие «горячих точек» на Кавказе, распространение дедовщины в армии - все это отражается на процессе формирования у допризывников социально-психологической готовности, сознательного выполнения воинского долга. К числу основных субъективных причин, предопределяющих отсутствие социально-психологической готовности, можно отнести страх родителей потерять сына при несении воинской службы, страх допризывников погибнуть в «горячих точках» или получить физические увечья от «армейских дедов». Увеличение числа родителей, не желающих отдавать своих сыновей в армию и пытающихся от нее откупиться, стали важными причи-

нами роста численности уклонистов, взяточничества и коррупции среди некоторой части офицеров военкоматов и врачей призывных комиссий.

Все эти и другие объективные и субъективные факторы перестройки общественной жизни россиян стали основными предпосылками снижения уровня социально-психологической готовности молодежи к службе в российской армии, появления многочисленных фактов «социальной трусости» как среди родителей, так и среди допризывников.

В последние годы в деле перестройки общественного сознания родителей и призывников, формирования у них военно-патриотических установок и ориентации наблюдается активизация деятельности социальных институтов страны (семьи, школы, вузов, СМИ, трудовых коллективов, различных общественных организаций) по пропаганде позитивных сторон армейской жизни, тех преимуществ и гарантий правительства, которые предоставляются молодежи во время прохождения службы и после демобилизации из Вооруженных сил. При этом особое внимание обращается на усиление воспитательной работы, поскольку реформирование армии – это не только военно-техническая модернизация различных родов войск, не только сокращение срока срочной службы и увеличение числа контрактников, но и улучшение воспитательной работы, устранение неуставных отношений, укрепление духовно-нравственных основ армейской службы.

Воспитание высокого воинского долга, готовности к тяжелым армейским будням должно идти параллельно с формированием «завтрашней радости» (А.С. Макаренко), необходимостью дальнейшего интеллектуального и физического развития солдат и сержантов, быстрой адаптацией их к гражданской жизни, нормативным требованиям повседневного поведения в социально-бытовой сфере.

Четкое видение положительных сторон службы в армии, выполнение государством взятых на себя обязательств по улучшению качественных характеристик Вооруженных сил (в рамках национальной целевой программы перевооружения и модернизации всех родов войск) будут служить для молодежи по-

будительными факторами, повышающими их социально-психологическую готовность к службе в Вооруженных силах, важной мотивацией при овладении воинскими профессиями. Поэтому создание хороших, можно сказать, комфортных условий для прохождения воинской службы, устранения факторов, деформирующих личность военнослужащего по призыву, представляет собой первостепенную значимость для повышения боеспособности Вооруженных сил, увеличения числа желающих служить как срочную службу, так и по контракту.

Таким образом, актуальность темы исследования определяется практической значимостью изучения позитивных факторов, предопределяющих у допризывников повышенную социально-психологическую готовность служить в российской армии, выяснением причин, влияющих на снижение этой готовности, устранение в общественном сознании и психологии людей негативного отношения к выполнению воинского долга – защищать Отечество.

Сравнительный анализ научной литературы по проблемам подготовки допризывной молодежи к службе в армии показывает, что вопросам социально-психологической готовности уделялось мало внимания, в литературе достаточно публикаций по проблемам прохождения воинской службы в различных родах войск. В основном это касается организации физической и моральной подготовки солдат к особенностям тех родов войск, где они проходят службу.

Отдавая должное теоретическому исследованию и практической значимости исследований отдельных аспектов социально-психологической готовности допризывной молодежи к службе в армии, следует отметить, что проблема нуждается в дальнейшей научной разработке. Это объясняется тем обстоятельством, что в трудах военных психологов анализ социально-психологической готовности допризывной молодежи к службе в армии не выступал в качестве самостоятельной проблемы, рассматривался наряду с решением других вопросов. За пределами многих исследований остались вопросы влияния социальной среды на формирование принятия роли военнослужащего по призыву, нет четкого определения рассматриваемой категории.

Все вышеизложенное и обусловило выбор цели данного исследования.

Для достижения исследовательской цели и реализации поставленных задач был использован комплекс научных методов. Исследовательская работа проводилась на базе сборного пункта Военного комиссариата Чувашской Республики, в школах и профессиональных училищах города Чебоксары. Основную выборку составили учащиеся общеобразовательных школ, лицеев и профессиональных училищ. Пилотное исследование было проведено с призывниками, определенными в команды, для отправки в войска в количестве 93 человек. В ходе данного исследования нами использовалась комплексная методика, включающая в себя анкетирование, наблюдение, изучение документов, беседу, экспертный опрос, тестирование, анализ результатов деятельности. Нами был разработан индивидуальный паспорт здоровья. Всего различными методами было обследовано 427 человек. В анкете, составленной для допризывников, нами были предложены вопросы, касающиеся детско-родительских отношений, особенности общения со сверстниками, формирования отношения к военной службе у допризывников посредством СМИ, Интернета, телевидения, школы.

Исследование содержания и механизмов влияния факторов социализации на формирование роли допризывника проводилось на основе принятия им той или иной роли военнослужащего по призыву. При анализе личностных характеристик допризывников мы разделили всех испытуемых на три группы с учетом их интересов направленности на воинский вид деятельности, который предстоит выполнять в условиях армии или военно-морского флота. Основанием для выделения признаков социально-психологической готовности стало отношение допризывников к службе в армии. На основе диагностики этих отношений определялся уровень сформированности роли военнослужащего. Опрос 427 допризывников показал, что у 129 человек проявилось негативное отношение к армии, что свидетельствует о несформированности роли военнослужащего по призыву (НР); удовлетворительное отношение к армии высказали 145 испытуемых, которые были отнесены в разряд среднесформирован-

ной роли военнослужащего по призыву (СР); на хорошее отношение указали 153 допризывника. Они были зачислены нами в разряд испытуемых со сформированной ролью военнослужащего по призыву (АР).

Изучение личностного развития допризывников осуществлялось на основе сопоставительного анализа сформированности той или иной роли военнослужащего по призыву и характеристиками структурных элементов социально-психологической готовности. К этим элементам были отнесены: параметры самооценки, самоотношения, уровень притязаний, направленность как элементы эмоционально-ценностного компонента; успеваемость, тревожность, импульсивность, интересы как элементы индивидуально-психологического компонента; отношение к другим людям, социальные позиции и характер ожидаемого отношения другого как социально-психологический компонент. Выделенные структурные компоненты личности соответствует совокупности критериев социально-психологической готовности, интеллектуальной, мотивационной, эмоциональной, волевой сторон психики.

Сравнительный анализ индивидуально-личностных характеристик допризывников на уровне самооценки здоровья, физических данных, удовлетворенности собой, эмоционального комфорта, проявлений тревожности, активности, успеваемости, уровня притязаний, «я в глазах отца», «я в глазах матери» и проявления той или иной роли военнослужащего по призыву позволил определить показатели личностного профиля допризывников.

Рассмотрим показатели личностного профиля допризывников при их негативном отношении к службе в армии, т.е. с несформированной ролью военнослужащего по призыву.

Уровень социально-психологической готовности представителей данной группы испытуемых оставляет желать лучшего (табл. 1-3). Допризывники с негативным отношением к роли будущего военнослужащего (табл. 1) характеризуются завышенной самооценкой - 0,6% (вероятно, за счет активизации защитных механизмов), низкой самооценкой по параметрам здоровья - 14%, слабыми физическими данными - 45%, высокой удовлетворенностью собой - 46,5%, эмоциональным комфортом -

23,7%, высокой тревожностью - 56,2%, импульсивностью - 55,9%, низкими параметрами ожидаемого отношения со стороны отца - 44,8% и матери - 57,7%.

Таблица 1

Показатели личностного профиля допризывников при их негативном отношении к службе в армии

Уровень принятия роли военнослужащего	Критерии самооценки					Тревожность	Активность	Успеваемость	Уровень призываний	«Я» в глазах отца	«Я» в глазах матери
	Здоровье	Физические данные	Удовлетворенность собой	Эмоциональный комфорт	Общая самооценка						
Низкий	14	45	0	9,1	6,9	13,8	0	76	48,2		
Средний	52,5	45	63,6	81,8	62,1	79,3	100	21	24,1	44,8	20,7
Высокий	34	10	36,4	9,1	31	6,9	0	3	27,6		

Допризывники с среднесформированной ролью военнослужащего по призыву (табл. 2) отличаются по параметрам общей самооценки - 0,5%, частными самооценками по параметрам здоровья - 14%, умеренными физическими данными - 48%, неудовлетворенностью собой - 42,8%, эмоциональным дискомфортом - 20,9%, невысокой тревожностью - 51,6%, эмоциональной устойчивостью - 54,7%, низким соответствием ожидаемого отношения к службе сына в армии со стороны отца - 46,2% и высоким соответствием ожидаемого отношения со стороны матери - 34,5%.

Таблица 2

Показатели личностного профиля допризывников при их удовлетворительном отношении к службе в армии

Уровень принятия роли военнослужащего	Критерии самооценки					Тревожность	Активность	Успеваемость	Уровень призываний	«Я» в глазах отца	«Я» в глазах матери
	Здоровье	Физические данные	Удовлетворенность собой	Эмоциональный комфорт	Общая самооценка						
Низкий	14	48	0,9	15,6	11,7	25,5	3,4	57	38,6		
Средний	49	34	81,7	79,8	77,9	72,4	86,9	39	37,9	46,2	34,5
Высокий	37	18	17,4	4,6	10,3	2,1	9,7	3	23,5		



Допризывники со сформированной ролью принятия военно-служащего по призыву (табл. 3) характеризуются адекватной самооценкой - 0,59%, в том числе и по параметрам здоровья - 29,%, хорошими физическим данными - 65%, удовлетворенностью собой - 43,7%, эмоциональным комфортом - 21,1%, низкими параметрами тревожности - 49,7%, эмоциональной устойчивостью - 57,7%, соответствием ожидаемого отношения со стороны отца - 57,7% и невысоким соответствием ожидаемого отношения со стороны матери - 28,1%.

Таблица 3

Показатели личного профиля допризывников при их положительном отношении к службе в армии

Уровень принятия роли военнослужащего	Критерии самооценки					Тревожность	Активность	Успеваемость	Уровень притязаний	«Я» в глазах отца	«Я» в глазах матери
	Здоровье	Физические данные	Удовлетворенность собой	Эмоциональный комфорт	Общая самооценка						
Низкий	29	65	3,4	19,9	9,9	28,5	5,1	38	33,4		
Средний	58	28	72,6	74	79,1	67,2	92,1	49	43,7	57,7	28,1
Высокий	13	7	24	6,2	11,1	4,3	2,8	13	23		

Допризывники с негативным отношением к роли будущего военнослужащего по призыву имеют существенные различия по его внутренней структуре от других испытуемых. Самооценка данных допризывников по параметрам здоровья характеризуется невысокими показателями; процент соматически здоровых допризывников с негативным принятием роли военнослужащего по призыву существенно ниже (НР - 14%), чем процент допризывников с положительным принятием роли военнослужащего по призыву (АР - 29%), но при этом по медицинским показателям признаны ограниченно годными в равной степени (НР - 9%; АР - 8%). Чем более доброжелательным и неконфликтным считают себя допризывники при негативном принятии роли военнослужащего по призыву, тем менее адекватна самооценка (завышена: НР - 31%; СР - 10,3%; АР - 11,1%). Чем более тревожны допризывники (высокий уровень: НР - 6,9%; СР - 2,1%; АР - 4,3%), тем ниже их социальная направленность (НР - 50,%; СР- 60,6%; АР -

60,3%) и ожидаемое отношение родителей к службе их детей в армии (НР - 44,7%; СР - 46,2%; АР - 57,7%). От ожидаемого отношения родителей зависит адекватность самооценки.

Несколько иная картина самооценки личностных характеристик наблюдается при среднесформированной роли военнослужащего по призыву, т.е. с удовлетворительным отношением к службе в армии. Здесь уровень проявления социально-психологической готовности у допризывников в некоторой степени выше, чем у допризывников с низким принятием роли военнослужащего по призыву (табл. 3).

Самооценка допризывников с недостаточно принимаемой ролью военнослужащего по призыву (см. табл. 2) отличается по критериям здоровья (СР - 37%; НР - 34%; АР - 13%), т.е. здоровыми себя считает 37% допризывников, но по медицинским показателям ограниченно годными было признано 12%. Они в меньшей степени ориентированы на внешний критерий успешности деятельности (неуспевающие: СР - 8,3%; НР - 0%) и склонны при неудачах приписывать вину внешним обстоятельствам (неприматие других: СР - 49,5%; НР - 36,4%; АД - 39%). Выраженная социальная направленность и их отношение к себе зависят от ожидаемого отношения других, в частности, они более ориентированы на мнение матери (СР - 34,5%; НР - 20,7%; АР - 28,1%). Недостаточно принимаемая роль военнослужащего по призыву допризывниками, возможно, связана с большей симбиотической привязанностью к матери, меньшей идентифицированностью мужской роли, склонностью к уходам от решения проблем, неуверенностью, невысоким прогностическим способностями и общей эмоциональной незрелостью.

Самооценки личностных характеристик допризывников с положительным принятием роли военнослужащего по призыву отличаются высоким социометрическим статусом, у них обнаруживаются низкий показатель уровня тревожности (НР - 6,9%; СР - 2,1%; АР - 4,3%), высокая самооценка по состоянию здоровья (НР - 14%; СР - 14%; АР - 29%), т.е. 29% допризывников обладают хорошим соматическим здоровьем, невысокие показатели удовлетворенности собой (НР - 36,4%; СР - 17,4%; АР - 24%) и самооценки (НР - 31%; СР - 10,3%; АР - 11,1%) связаны с бо-

лее критичным отношением к себе, и они не зависят от оценки родителей и учителей (НР - 44,8%; СР - 46,2%; АР - 57,7%), но при этом наблюдается гармоничное развитие личности, выражающееся в эмоциональном комфорте (АР - 6,2%; СР - 4,6; НР - 9,1%) (табл. 4). Допризывники с положительным отношением к службе в армии, имеющие дружеские отношения в коллективе (АР - 85,4%; НР - 72,4%), как правило, высоко оценивают себя по учебной деятельности (НР - 3%; СР - 3%; АР - 13%).

С целью подтверждения или опровержения нашего предположения, что в результате влияния внешних факторов происходят достоверные изменения («сдвиги») содержания внутренних структур, нами был определен t-критерий Стьюдента. Сопоставление показателей проводилось по полученным у испытуемых критериям развития допризывников на уровне структурных компонентов их личностного развития.

Сравнительный анализ выборки испытуемых допризывников выявил умеренные связи при высокой значимой корреляции ( $p < 0,01$ ) между уровнем несформированности роли военнослужащего по призыву и его структурными компонентами. Оценка достоверности сдвига в значениях исследуемого признака выявила основные различия выделенных нами показателей, определяющих особенности внутреннего развития личностного профиля допризывников (табл. 4-6).

Таблица 4

Различия в самооценке индивидуально-личностных показателей между допризывниками с негативным и позитивным отношением службе в армии

Критерии самооценки	НР (n)	Среднее НР	АР (n)	Среднее АР	t-критерий
Здоровье	129	1,21	153	0,84	2,96
Тип семьи	129	1,62	153	1,83	-2,68
Отношения родителей со школой	129	1,24	153	1,78	-6,05
Эмоциональный комфорт	129	1,24	153	1,78	-6,05
Трудности подчинения	129	0,45	153	0,22	2,65
Тревожность	129	9,07	153	7,43	3,02
Активность	129	55,95	153	54,49	3,88
Успеваемость	129	1,27	153	1,73	-3,53
Воспитывал отец	129	0,58	153	0,79	-2,62
Родители как пример	129	1,14	153	1,49	-3,03
Положительное отношение родителей к армии	129	0,18	153	0,57	-3,86

Рассмотрение достоверных различий содержания самооценки допризывников позволило выявить дополнительные взаимосвязи по индивидуально-личностным показателям.

Так, негативное отношение к службе в армии детерминировано следующими причинами: низкой успеваемостью ( $t=-3,53$ ;  $p\leq 0,01$ ); эгоцентризмом ( $t=5,41$ ;  $p\leq 0,01$ ); низкими организационными качествами ( $t=3,04$ ;  $p\leq 0,01$ ); трудностями адаптации в условиях подчинения ( $t=2,65$ ;  $p\leq 0,01$ ) и строгой дисциплины ( $t=6,12$ ;  $p\leq 0,01$ ); повышенной импульсивностью ( $t=2,68$ ;  $p\leq 0,01$ ), невысоким соматическим здоровьем ( $t=2,96$ ;  $p\leq 0,01$ ), низкой увлеченностью военно-прикладными видами спорта ( $t=-3,13$ ;  $p\leq 0,01$ ), неполной семьей ( $t=-2,67$ ;  $p\leq 0,01$ ); отсутствием главенствующей роли отца в воспитании ( $t=-2,62$ ;  $p\leq 0,01$ ); отрицательным отношением родителей к службе в армии ( $t=3,86$ ;  $p\leq 0,01$ ); низкой ролью идентификации с семьей ( $t=-3,03$ ;  $p\leq 0,01$ ) (табл. 5).

Таблица 5

Различия в самооценке индивидуально-личностных показателей между допризывниками с негативным и нейтральным отношением к службе в армии

Критерии самооценки	НР (n)	Среднее НР	АР (n)	Среднее АР	t-критерий
Успеваемость	129	1,27	145	1,42	-1,17
Родители как пример	129	0,79	145	1,37	-5,41
Взаимоотношения с родителями	129	1,24	145	1,73	-4,88
Импульсивность	129	10,58	145	9,34	2,68
Трудности подчинения	129	0,45	145	0,16	3,49
Трудности дисциплины	129	0,55	145	0,12	5,94
Успеваемость	129	1,27	145	1,42	-1,17
Взаимоотношения с родителями	129	1,24	145	1,73	-4,88
Импульсивность	129	10,58	145	9,34	2,68
Трудности подчинения	129	0,45	145	0,16	3,49

Совершенно иные различия в самооценке индивидуально-личностных показателей наблюдаются между допризывниками с негативным и нейтральным отношениями к службе в армии.

Недостаточная сформированность, а также размытое представление о роли военнослужащего по призыву у допризывников имеет рассогласованность с ориентацией на внешнюю оценку и характерологическими особенностями, в частности отмечается отрицательное отношение родителей к армии ( $t=-3,42$ ;

$p \leq 0,01$ ), главенствующая роль матери в воспитании ( $t = -2,84$ ;  $p \leq 0,01$ ), низкая материальная обеспеченность ( $t = -4,45$ ;  $p \leq 0,01$ ), низкая физическая подготовка ( $t = -6,18$ ;  $p \leq 0,01$ ), слабое соматическое здоровье ( $t = 5,87$ ;  $p \leq 0,01$ ) (табл. 6)

Таблица 6

Различия в самооценке индивидуально-личностных показателей между допризывниками с нейтральным и позитивным отношением к службе в армии

Критерии самооценки	НР (n)	Среднее НР	АР (n)	Среднее АР	t-критерий
Здоровье	145	1,23	153	0,83	5,87
Тип семьи	145	1,62	153	1,83	-2,67
Воспитывала мать	145	0,94	153	0,99	-2,84
Положительное отношение родителей к армии	145	0,36	153	0,58	-3,42
Материальные условия	145	1,34	153	1,59	-4,45
Уход от разрешения проблем	145	17,21	153	19,31	-3,71
Занятия военно-прикладными видами спорта	145	0,15	153	0,51	-6,18
Здоровье	145	1,23	153	0,83	5,87
Тип семьи	145	1,62	153	1,83	-2,67
Воспитывала мать	145	0,94	153	0,99	-2,84
Положительное отношение родителей к армии	145	0,36	153	0,58	-3,42

Примечание. НР - несформированная роль военнослужащего по призыву; АР - сформированная роль военнослужащего по призыву; СР - средне-сформированная роль военнослужащего по призыву.

Структура личности с адекватным принятием роли военнослужащего по призыву характеризуется соответствием ожидаемого отношения окружающих к себе ( $t = 5,87$ ;  $p \leq 0,01$ ), эмоциональным комфортом ( $t = -6,05$ ;  $p \leq 0,01$ ), главенствующей роли в воспитании отца ( $t = -2,62$ ;  $p \leq 0,01$ ), положительным отношением родителей к армии ( $t = -2,62$ ;  $p \leq 0,01$ ), отсутствием социальных притязаний при выраженной направленности на других ( $t = 2,27$ ;  $p \leq 0,01$ ), активностью самопрезентации ( $t = 3,52$ ;  $p \leq 0,01$ ).

Сдвиги оказались статистически достоверными, но это не позволяет нам утверждать, что парциальная дисгармоничность процесса развития личности оказывает существенное влияние на формирование роли военнослужащего по призыву. Для доказательства этой дисгармоничности нами был проведен корреляци-

онный анализ. Определение тесноты (силы) и направления корреляционной связи между выделенными критериями проводилось с помощью линейной корреляции  $r$  Пирсона. Корреляционный анализ, проведенный на выборке испытуемых допризывников, выявил умеренные связи между уровнями сформированности роли военнослужащего по призыву, выступающего в качестве результативного критерия, и его структурными компонентами: уровнем внутреннего содержания (предъявление себя окружающим, ожидаемое отношение других), спецификой функционирования психических процессов, свойств, состояний и образований, самоотношением и самооценкой ( $p \leq 0,01$ ).

Анализ линейной связи между несформированной ролью военнослужащего по призыву и особенностями развития социально-психологической готовности выявил следующие связи: на уровне принятия других и предъявления себя окружающим при статистической значимости  $p < 0,01$ . Низкий уровень принятия других показал наличие умеренной связи со следующими компонентами: трудностями адаптации, возникающими в ходе учебной деятельности ( $r=0,59$ ), рассогласованностью своего внутреннего содержания ( $r=0,64$ ), низким внешним контролем ( $r=0,70$ ). Таким образом, социально-психологическая сторона личности характеризуется состоянием внутреннего дискомфорта.

Анализ индивидуально-психологического компонента выявил взаимосвязь личностных черт со следующими компонентами; черты тревожности ( $r=0,57$ ) формирующиеся в неполных семьях, при ведущей роли в воспитании матери ( $r=0,64$ ), гиперопекаемое воспитание ( $r=0,36$ ), нейтральные взаимоотношения в референтной группе ( $r=0,49$ ) и ожидаемое отношение родителей ( $r=0,51$ ).

Исследование эмоционально-ценностного компонента проводилось с учетом анализа самооценки, уровня эмоционального комфорта и состояния внутренней согласованности (принятие себя). Неадекватный уровень самооценки у допризывников с низким принятием роли военнослужащего по призыву связан с условиями воспитания (неполная семья,  $r=0,67$ ), социально обусловленными качествами (сенситивный тип акцентуации,  $r=0,72$ ), низкими материальными условиями ( $r=-0,50$ ). Неустой-

чивость эмоционального состояния допризывников с негативным принятием роли военнослужащего часто формируется в семьях, где воспитание протекает по типу гипоопеки и в семьях со слабым эмоциональным контактом ( $r=0,67$ ), а также это связано и с трудностями установления взаимоотношений в референтной группе ( $r=-0,57$ ).

Условия дисгармоничного развития у допризывников формирует рассогласованное содержание внутреннего принятия себя, т.е. обнаруживается взаимосвязь с такими качествами, как неприятие себя ( $r=-0,95$ ), неприятие других ( $r=-0,58$ ) и, как следствие, трудности адаптации ( $r=0,70$ ). Самооценка по параметрам здоровья и физическим данным ( $r=0,62$ ) ориентирована в большей степени на внешние критерии успешности деятельности и дисциплинированности. От стиля воспитания и включенности родителей во взаимоотношения со школой зависят общая самооценка и самооценка по физическим данным ( $r=0,55$ ). Самооценка допризывников в большей степени связана с физическим состоянием, определяющим последующее поведение и деятельность.

Анализ принятия среднесформированной роли военнослужащего по призыву и структурных компонентов выявил взаимосвязи на уровне социально-психологического, индивидуально-психологического и эмоционально-ценностного компонентов по выделенным параметрам. Недостаточно сформированная роль военнослужащего по призыву имеет умеренные связи внешней оценки родителей ( $r=-0,32$ ) и влияния сверстников ( $r=-0,25$ ) с состоянием здоровья. Они в большей степени ориентированы на оценочный критерий внешнего влияния. Низкая материальная обеспеченность ( $r=-0,23$ ), неполные семьи ( $r=-0,46$ ) в большей степени обуславливают отношение родителей к службе в армии, т.е. общий материальный достаток семьи оказывает существенное влияние на формирование роли военнослужащего по призыву. Специфика социальных требований зачастую оказывает дезорганизующее влияние на отношение к службе в армии. Отсутствие твердых социальных гарантий и материальная незащищенность после демобилизации провоцируют формирование негативного отношения к службе. Допризывники в меньшей сте-

пени ориентированы на мнение родителей при оценке успешности деятельности ( $r=0,22$ ) и склонны при неудачах приписывать вину внешним обстоятельствам ( $r=0,34$ ).

Анализ допризывников с сформированной ролью военнослужащего по призыву выявляет следующие взаимосвязи: адекватность самооценки сопровождается успешной деятельностью ( $r=0,17$ ), которая зависит от ожидаемого отношения родителей ( $r=0,19$ ), принятия в референтной группе сверстников ( $r=0,20$ ), общего материального достатка ( $r=0,21$ ), т.е. сформированность образа зависит от внешних критериев успешности деятельности, дисциплинированности, общего материального благополучия. В структуре внутренних компонентов обнаруживается и отрицательная взаимосвязь между уровнем тревожности и направленностью на других ( $r=-0,23$ ), самооценкой и нейтральными отношениями в коллективе ( $r=-0,17$ ), рассогласованностью в представлении отца ( $r=-0,19$ ) и матери ( $r=-0,16$ ).

Проведенный в рамках описательной и индуктивной статистики анализ указывает на наличие пяти факторов, обуславливающих структуру и особенности формирования допризывников: 1) самопрезентация; 2) самоотношение; 3) самооценка; 4) направленность; 5) ожидаемое отношение других. Данный анализ позволяет достоверно и с большей вероятностью констатировать присутствие в исследуемом явлении обуславливающих его содержание и структуру элементов.

При рассмотрении полученных данных очевидным становится, что структура личности допризывника на уровне ее внутреннего содержания проявляется в таких характеристиках, как предъявление себя окружающим, ожидаемое отношение других – социально-психологический компонент; специфике функционирования психических процессов, свойств, состояний и образований - индивидуально-психологический компонент; самоотношение (эмоциональная составляющая) и самооценке (ценностная составляющая) т.е. эмоционально-ценностный компонент.

Таким образом, проведенное исследование структуры личности допризывника и особенностей её развития на уровне внутренних психологических особенностей позволило выявить и уточнить содержание и структуру основных психологических



компонентов данного явления. Психологическое содержание на уровне внутренних структур проявляется в таких характеристиках, как ожидаемое отношение других (социально-психологический компонент), функционирование психических процессов, свойств, состояний и образований (индивидуально-психологический компонент), самооценочная тревожность несоответствия и самооценка (эмоционально-ценностный компонент). Особенности их проявления зависят от условий формирования допризывников в социальной среде. Особенности сформированности социально-психологической, индивидуально-психологической и эмоционально-ценностной структуры личности во многом определяют отношение допризывников к службе в армии.

#### Литература

1. Белинская Е.Л., Тихомандрицкая О.А. Социальная психология личности: Учеб. пособие для вузов. М.: Аспект Пресс, 2001. 301 с.
2. Гамбоев В. Подготовка к военной службе // Основы безопасности жизнедеятельности, 2004. Август. С.44.
3. Петер С.П. Развитие Я-образа военнослужащего по призыву: Дис. ... канд. психол. наук. М., 2001. 216 с.
4. Талынев В.Е. Морально-психологическая подготовка военнослужащих как социальный процесс и пути ее оптимизации в современных условиях: Дис. ... канд. социол. наук. М., 1999. 162 с.
5. Хьелл П., Зиглер Д. Теории личности (Основные положения, исследования и применение). СПб.: Питер Пресс, 1997. 608 с.

---

## ПЕРЕКРЕСТОК КУЛЬТУР

### ЭТНОКУЛЬТУРАЛЬНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ КАК ОБЪЕКТ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ (НА МАТЕРИАЛЕ НЕМЕЦКОГО ЭТНОСА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН)

**С.А. Нурмагамбетова, Ю.В. Игнатьев**

*Казахский Национальный медицинский университет  
имени С.Д. Асфендиярова, Алматы*

Наращение внимания к культуральным различиям – яркая и характерная особенность психологии и психиатрии на современном этапе. В основе этого интереса лежит большой фактический материал, накопленный еще со времен знаменитых путешествий Э. Крeпелина на о. Яву и Суматру, а также бурный всплеск этнического самосознания, происшедший на рубеже тысячелетий. Противоположной тенденцией мирового масштаба выступает глобализация, ведущая к постепенной унификации духовной и материальной культуры, сглаживанию межэтнических различий. В данных обстоятельствах основной объект транскультуральных исследований – этническая идентичность – закономерно теряет свою однозначность и становится не только биологической или психологической характеристикой, но и социальным феноменом. Особенно очевиден этот факт при изучении этнических меньшинств. Показано, что достигнутый в подростковом возрасте этнический статус индивида может меняться на протяжении всей его жизни [1]. Рядом исследователей были описаны такие небезынтересные с точки зрения психопатологии состояния, как синдром навязанной идентичности [2], амбивалентная, негативная идентичность [3] и т.д. В связи с этим особое значение приобретает известное положение, согласно которому оценку психических расстройств в рамках одной и той

же культуры следует проводить с учетом ее конкретного исторического периода [4]. В анализе проблемы представляется необходимым использование опыта современной социологии и культурологии с широким привлечением фактического материала.

При изучении этнической идентичности мы опирались на уже разработанные социокультуральные подходы. С позиции современной концепции аккультурации [5] этническая идентичность – это переживание своего тождества с одной этнической общностью и отделение от другой. Соответственно этому для определения актуальных стратегий аккультурации необходимо выяснять позицию индивида по следующим вопросам: «Важно ли для Вас поддерживать собственную культурную идентичность?» - касающегося ценности для индивида своей культуры и развития его этнокультурального самосознания, и «Важно ли для Вас поддерживать отношения с другими этническими сообществами?» - направленного на определение отношения индивида к группе контакта. В рамках указанной концепции рассмотрим динамику изменений этнического самосознания немецкого меньшинства в Казахстане.

В истории появления и расселения немцев в Казахстане можно выделить несколько этапов [6], [7].

*1. Дореволюционный период.* Переселение в этот период носило добровольный характер и проходило при поддержке государства. Перепись населения 1926 года выявила в республике 51000 немцев. География расселения немцев охватывала те же участки, что у русских и украинских переселенцев: Кокчетавский, Омский и Акмолинский уезды Акмолинской области, Кустанайский уезд Тургайской области и Павлодарский уезд Семипалатинской области. Немецкие деревни, как правило, не образовывали сплошных ареалов заселения, а располагались «гнездами» в 2–4 селения. От окружающего их населения немцы отличались более высоким уровнем грамотности, общей и бытовой культуры. Более половины немецкого населения были здесь католиками. Наряду с данной доминирующей тенденцией имелись и отдельные группы, переселившиеся в Казахстан во времена столыпинских реформ и, по свидетельству очевидцев,

практически полностью перенявшие традиции местного населения. Показателем глубины ассимиляционного процесса является одно из описаний поведения представителей этой группы в общении со своими соотечественниками: «...войдя в кабинет к председателю, они говорили не «Guten Tag!» и даже не «Здравствуйте!», а торжественно–громко провозглашали: «Ассалааум-галеякум!», садились не на стулья, а на палас, складывали на турецкий лад под себя ноги, не снимали головных уборов, складывали за губу насвай (жевательный табак) и поплеывали, цвиркали между зубов слюной...» [8].

*II. Межвоенный период (1917 – 1941-е годы).* В это время миграционный поток немецкого населения в республику нарастал, и эмиграция имела преимущественно принудительный характер, связанный с депортацией немцев и представителей некоторых других народов в Казахстан. Только в 1936 г. в Северо–Казахстанскую и Карагандинскую области было депортировано 63976 человек, из них 23% составили немцы [9]. В 1939 г. В республике проживало или находилось в лагерях 92000 немцев [10]. Это составляло 1,5% общей численности населения в Казахстане. Следует отметить, что подавляющее большинство интеллектуальной немецкой элиты не приняло революции: часть ее активно боролась против большевиков в составе белых армий, другие эмигрировали. Оставшиеся играли при новой власти маргинальную роль: многие из них чувствовали себя больше русскими, чем немцами. Тотальная депортация 1941 года, впрочем, показала, что власти смотрели на этот вопрос по – другому [6].

*III. Депортации, лагеря принудительного типа, режим спецпоселений (1941 – 1955-е годы).* Насильственная депортация народов в Казахстан – трагическая страница в истории немецкого этноса. 26 августа 1941 года СНК СССР и ЦК ВКП(б) приняли постановление «О переселении всех немцев из Республики, немцев Поволжья, Саратовской и Сталинградской области в другие края и области». В число других краев входили Сибирь и Казахстан. Операция была проведена жестко и энергично, всего за три недели. Общее число вывезенных из Республики немцев Поволжья в Сибирь и Казахстан – 365,5 тыс. человек, из них в Казахстан – 67,4 тысяч. С учетом уже вывезенных из Сталин-

градской и Саратовской областей общее количество достигло 438, 4 тыс. человек [11]. Органами МВД в период войны были взяты на учет в спецпереселения и немцы, обосновавшиеся в Казахстане десятки лет назад. На них был распространен режим, установленный для всех депортированных.

Анализируя психологические последствия этой беспрецедентной по своей жестокости политической акции, нельзя не отметить их двойственный характер. С одной стороны, ситуация тотальной дискриминации приводила к тому, что «этническая принадлежность индивида против его собственной воли и желания становилась чересчур значимой характеристикой его бытия и сознания, начинала определять его место в обществе, комплекс прав и обязанностей, а в его самоидентификации выходила на одно из первых мест» - синдром навязанной идентичности [2]. В то же время предпринимались все меры, чтобы народ за короткий период был лишен не только своей земли, но и языка, истории, культуры и родственных связей, чему немало способствовало дисперсное расселение немцев среди казахстанских сел. Немецкий писатель Г. Бельгер приводит в связи с этим устойчивое казахское сравнение: «разбросаны как кизяк в степи», а самой политике депортации дает не менее удачное определение – манкуртизация (по описанному в известном романе Ч. Айтматова изготовлению кочевыми племенами безропотных рабов) [8]. Свообразным проявлением этой двойной политики явилось и позволение немецким комсомольцам и коммунистам оставаться членами соответствующих организаций. По мнению историка В.Э. Кригера [6], сложно было придумать более гротескную ситуацию: «...на фоне обвинений в шпионаже и потенциальной измене, высылке в восточные районы страны, физического и морального уничтожения собственного народа сидеть на партийных собраниях и слушать разглаговольствования о ленинско–сталинской национальной политике, а потом проводить агитационно – пропагандистские мероприятия среди замордованных соотечественников».

Проводя ретроспективный клинический анализ психического состояния переселенцев в данный период, следует признать его полное соответствие аномическому варианту расстройства

адаптации с такими ведущими последствиями психосоциального стресса, как социальная отгороженность, отчужденность, астения, тревога, депрессия и апатико-гипобулические расстройства [12]. Достоверно точно, почти клинически очерчено описание судьбы одного из таких депортированных [8]: «Один наш дальний родственник поведал о том, как, вернувшись из Трудармии, долго искал свою семью. Жена его погибла в Трудармии, где-то за Полярным кругом. Дети остались беспризорными, и судьба их была неизвестна. После долгих поисков напал на след одного из своих сыновей – мальчишки лет десяти-одиннадцати. Нашел его в одной деревни, возле чьего-то дома. Изможденный, высохший, грязный мальчик ковырялся пальцем в земле, извлекая оттуда прошлогодние, проросшие зерна и отправлял их в рот. Отец окликнул мальчика и остолбенел: это был живой скелет с глубоко запавшими белесыми застывшими глазами. В них не было ничего, кроме страха, боли и смертельной тоски. Отца, понятно, он не узнавал... Отогреть душу мальчика так и не удалось. Он вырос, окреп, стал хорошим животноводом, обзавелся семьей, растил своих детей, но душа его была убита в раннем детстве, преодолеть боль и унижения сиротства он был уже не в силах».

*IV. Период относительной нормализации (1956 – 1986-е годы).* Четвертая миграционная волна носила добровольно-вынужденный характер [7]. После окончания войны шло воссоединение немецких семей. Многие приехали с этой целью в Республику. С отменой спецпоселений значительное число депортированных и репрессированных немцев перебрались из Сибири и районов Крайнего Севера в Казахстан с его более мягким климатом. Среди верующих (к ним относилось абсолютное большинство немцев) было устойчивым мнение о том, что в Казахстане легче отправлять религиозные традиции и обряды. Перепись населения 1959 г. выявила в Казахстане 660 000 человек немецкой национальности. Они были расселены по всем областям и районам Республики и в большинстве населенных пунктов. Наибольшая часть приходилась все же на северные регионы. Депортированные из разных территорий СССР немцы жили теперь смешанно как между собой, так и с представителями

других народов. Практически не осталось чисто немецких сел дореволюционного типа, с однородным конфессиональным составом. В целом немцы составляли уже 7,1% общей численности населения Республики [13]. Констатируя последствия депортационной политики, следует признать, что ссылка привела к духовному разрыву значительной части немецкого населения с так называемой советской моралью и образом жизни. Традиции протестантских общин, их автономность и самодостаточность в обрядовых и вероисповедальных вопросах, масса самостоятельных проповедников и толкователей Библии объясняют, по мнению В.Э. Кригера, высокую степень религиозности немцев [6]. Среди немецкого сообщества большое распространение получили различные апокалипсические воззрения, фатализм, уход из реальной жизни. Реальностью стало замыкание в семье, в узком кругу родственников или в религиозной общине. Обращаясь к уже упомянутой типологии психических нарушений вследствие психосоциального стресса [12], можно отметить чрезвычайную близость описанных особенностей ментальности к магифреническому расстройству адаптации. Как известно, данный феномен определяется доминированием в мышлении сверхценных, а иногда и бреподобных идей мистического, иррационального содержания, противоречащих современным научным представлениям и не свойственных данному обществу. В нашей ситуации этот тип адаптации можно рассматривать как своеобразную попытку этноса сохранить свою культурную идентичность в условиях сегрегационной политики СССР.

Для того чтобы лучше понять сепаратистскую направленность немецкого этноса, типичную для данного периода, необходимо сделать также небольшое отступление в историю [6]. В первые месяцы 1941 г. в результате стремительного продвижения германских войск, под оккупацией оказались около 300 тыс. немцев Украины. При отступлении они были вывезены на Запад и в 1944 г. приняты в немецкое гражданство. После разгрома гитлеровской Германии большинство из них было добровольно–принудительно репатрировано в СССР. Их, естественно, обманули и вернули не на малую родину, как обещали репатриационные комиссии, а раскидали по всей стране. К первому августа

1950 г. состояли на учете 208 тыс. репатриантов, в т.ч. в Казахстане 42850 [13]. Получив рабочие специальности на лесоповалах и на стройках, репатрианты видели свое будущее в Германии, с которой их связывали оставшиеся там родственники, земляки и знакомые. Это стремление облегчалось тем, что с середины 1950-х гг. началось знаменитое «немецкое чудо» - Западная Германия, отринув тоталитарное прошлое, стала на путь рыночных реформ. Экономика страны быстро восстанавливалась, так что без работы никто бы не остался. На спецоселении в последующие десятилетия репатрианты породнились с поволжскими, кавказскими, крымскими и другими немецкими субэтническими группами, что значительно расширило круг потенциальных эмигрантов. К концу 1970-х годов выезд по этой линии принял угрожающие по меркам системы масштабы, дискредитируя общество «развитого» социализма [14]. В целях предотвращения нежелательной тенденции были подготовлены указ Президиума Верховного Совета ССР об образовании Немецкой автономной области в составе Казахской ССР и соответствующий проект закона [15]. Решение по этому вопросу принималось закулисно, мнением ни немецкой, ни казахской общественности никто не интересовался. После возникновения массовых беспорядков и протестов местного населения вопрос этот был с повестки снят, но данная акция испортила отношения между казахским и немецким населением, насторожила республиканскую элиту [6]. К тому времени вследствие ряда объективных причин (невозможность изучения родного языка, ограничение поступления в ряд республиканских вузов) на передний план все больше стали выступать ассимиляционные стратегии. В качестве группы контакта рассматривалось в первую очередь славянское население, которое обладало сходной культурой, находилось в привилегированном положении, и являлась носителем общих с немецким этносом фенотипических признаков. В 1984 г. 62% немцев Кокчетавской и 75% Кустанайской области вступили в межнациональные браки. При переписи 1970 г. 75% немцев Казахстана называли родным языком немецкий, в 1979 г. – 62%, в 1989 – только 54%. На самом же деле положение было еще хуже. По данным республиканского общества «Wiederge-



burt», только 8–10% немецкого населения владели нормативным немецким языком [7]. Любопытна оценка данной ситуации тогдашним посольством Германии в СССР. В феврале 1972 г. оно направило в Бонн сообщение «О культурном состоянии российских немцев», где был сделан вывод, что культура немцев Казахстана еще жива, однако этому серьезно препятствует недоверие Советского Союза. Высказывалась озабоченность односторонней ориентацией на ГДР и искусственным замалчиванием жизни в ФРГ [16].

*V. Период массовой эмиграции в Германию – обретение независимости Республики Казахстан – настоящее время (1987–2006 годы).* После вступления 1 января 1987 г. в силу закона «О преодолении последствий войны» начался лавинообразный процесс эмиграции в Германию. За первые три года действия нового положения разрешение на выезд из Казахстана получило 74775 чел., с 1990 по 1993 гг. – 320167 чел. [17]. Представляет интерес, что миграционный процесс шел на фоне уже завершающейся ассимиляции. Так, исследование бикультурных семей, проведенное европейским университетом Виардина (Франкфурт-на-Одере) и кафедрой немецкого языка Казахско–турецкого университета им. Ясауи (Шымкент) показало, что хотя подавляющее большинство опрошенных ощущало свое бикультурное как обогащение и хотело бы воспитывать своих детей в бикультурных семьях, более 50% информантов отрицательно ответили на вопрос: «Может ли иностранец при посещении Вашей квартиры узнать, к какой национальности вы принадлежите?». Данный ответ означал, что квартира имела «европейский дизайн». Несмотря на то, что 64% респондентов имели твердое намерение уехать в страну, где родились их предки, для 56% опрошенных понятие национальности было нерелевантным [18].

Обретение в 1991г. Республикой Казахстан статуса суверенного государства существенно повлияло на аккультурационные стратегии немецкого меньшинства. Если до этого времени государственным языком в Казахстане был русский, которым владело абсолютное большинство малых этносов Республики, то переход на казахский язык был воспринят как очередное отчуждение от родной культуры [19]. Дальнейшее следование

традициям славянской культуры в сложившейся ситуации означало бы постепенный переход в маргинальное состояние и выбор сепаратистского пути аккультурации кажутся поэтому вполне естественными. Повышение оценки собственной этнической принадлежности, очевидно, связано также с распадом советской морали и соответствующим нарастанием привлекательности стран дальнего зарубежья.

Показательны результаты сравнительного социологического исследования этнических меньшинств, осуществленного в Казахстане в 1986 г. при поддержке фонда им. Ф. Эберта [20]. В немецком этносе, в отличие от корейского и уйгурского, было выявлено большее недовольство в удовлетворении своих прав на образование, свободу и личную неприкосновенность, а также прав на равную защиту законом, на труд и равную оплату за равный труд. Сепаратистская направленность немецкого меньшинства проявилась в их большей склонности апеллировать к своему культурному центру при возникновении этнических конфликтов, нежели к государственным органам власти. Соответственно этому прослеживается и отсутствие интереса к ассимиляции в казахскую культуру. Так, на вопрос: «Должны ли знать и изучать народы Казахстана казахский язык?» – ответили положительно только 52,8% немцев (в сравнении с 79,6% уйгуров и 72,8% корейцев). Обращает на себя внимание диссоциация ответов, касающихся межэтнических конфликтов. В частности, на вопрос: «Испытываете ли Вы или Ваша семья какое-либо ущемление по национальному признаку?» – выразили согласие 42,0% немцев, 35,3% уйгуров и 19,1% корейцев. В то же время на вопрос: «Что Вы будете делать, если станете жертвой дискриминации по этническому признаку?» большая часть немецких информантов (34,2%) заявила, что промолчит и забудет (в сравнении с 25,4% корейцев и 24,6% уйгуров). Складывается впечатление, что эта «психологическая толерантность» обусловлена миграционной настроенностью информантов. И, действительно, на вопрос: «Если бы у Вас была возможность уехать из Казахстана, уехали бы вы?» 53,2% немцев и только 18,6% уйгуров и 16,7% корейцев ответило, что уехали бы, не задумываясь. Несмотря на это, чувство идентификации со своей этнической общностью было выражено меньше

всего именно у немецких респондентов – 21,8% (в противоположность 37,9% корейцев и 28,1% уйгуров). Косвенным подтверждением слабости этнического самосознания этих информантов является и преобладание ответов, в которых они определяли себя преимущественно как «члена своей семьи» - 56,5% немцев (против 42,5% уйгуров и 29,0% корейцев).

Несмотря на данные показатели, привлекательность Германии как исторической родины (или наиболее доступной экономически развитой страны дальнего зарубежья) продолжала стимулировать миграционные потоки и влиять на выбор этнической принадлежности. Из почти миллионной немецкой диаспоры, проживающей, согласно последней советской переписи населения в 1989 г. в Казахстане, до 80% выехало за пределы Республики. Согласно данным текущей статистики 1999 г., число оставшихся немцев составило примерно 150 тыс. человек [21]. Первая национальная перепись, произведенная в том же году, показала, что немецкое население составляет около 353 тыс. человек [22]. Несоответствие в данных можно предположительно объяснить тем, что граждане, имевшие отдаленное немецкое родство или родившиеся в межнациональных браках, ранее фиксировали в паспорте национальную принадлежность одного из родителей (родственников), но не немецкую [11]. Ныне они стремятся зафиксировать в идентификационных документах, а также данных переписи немецкую национальность, чтобы иметь возможность легального выезда в Германию.

На 1 января 2006 г. численность немцев в Казахстане составила около 228 тыс. человек. За последние 15 лет, по статистическим данным о демографическом состоянии населения Республики Казахстан, немцы переместились с третьего на пятое место. В последние годы темпы эмиграции заметно снизились. Отток составляет около 30 тыс. человек в год. Наметилась тенденция возвращения мигрантов из Германии в Казахстан. Только в 2005 г. было зарегистрировано 900 лиц, изъявивших желание вернуть казахстанское гражданство [23].

Таким образом, представленные данные свидетельствуют об очевидных трансформациях этнического самосознания в зависимости от конкретного исторического периода. Общественный

статус малой этнической группы влияет на индивидуальный выбор принадлежности к тому или иному этносу, что может находить свое отражение в показателях Государственной статистики. При проведении этнокультуральных психиатрических исследований малых народов необходимо ориентироваться, прежде всего, именно на социальные характеристики изучаемого этноса. В качестве наиболее важных социальных коррелятов психического здоровья следует рассматривать групповые и индивидуальные стратегии аккультурации.

### Литература

1. Phinneu J. S. Ethnic identity in adolescents and adults: Review of research *Psychological Bulletin*. 1990. Vol. 108. P. 499 – 514.
2. Лебедева Н. М. « Синдром навязанной идентичности» и способы его преодоления // Этническая психология и общество. М., 1997, С. 104-115.
3. Стефаненко Т. Г. Этнопсихология. М., 2004. 367с.
4. Дмитриева Т. Б., Положий Б. С. Этнокультуральная психиатрия. М.: Медицина, 2003. 448с.
5. Berry J. W. Psychology of acculturation: Understanding individuals moving between cultures // R. W. Brislin (Ed) *Applied cross-cultural psychology*. L., 1990. P. 232-253.
6. Кригер В. Особенности кадровой политики государства в отношении российских немцев в советский период // Культура немцев Казахстана: истор. и совр-ость: Материалы науч.-практ. конф. Алматы, 9-11 октября, 1998 г. Алматы, 1999. С. 68– 93.
7. Бруль В. Влияние второй мировой войны на численность, географию расселения и образовательно–культурный уровень немцев в Казахстане // Культура немцев Казахстана: истор. и совр-ость: Материалы науч.- практ. конф. Алматы, 9-11 октября, 1998 г. Алматы, 1999. С. 94 – 111.
8. Бельгер Г. Терзания духа // Депортированные в Казахстан народы: время и судьбы. Алматы, 1998 - С. 209–237.
9. Из истории немцев Казахстана (1921– 1975). Алматы; М., 1997. 85 с.
10. Казахстан в цифрах: кр. стат. сб. Алма–Ата, 1990. 18 с.
11. Садовская Е. Ю. Миграция в Казахстане на рубеже XXI века: основные тенденции и перспективы. Алма–Ата, 2001. 259 с.
12. Руководство по социальной психиатрии / Под ред. Т. Б. Дмитриевой. М., 2001. С. 46–50.

13. Депортации народов СССР (1930 – 1950-е годы) // Материалы к серии «Народы и культуры». Ч. 1, вып. 12. М., 1992. С. 229–306.
14. Pinkus Benjamin, Fleischhauer Ingeborg. Die Deutschen in der Sowjetunion. Baden–Baden. 1987. S. 558.
15. История российских немцев в документах (1763 – 1992гг.) М., 1993. С. 190–200.
16. Немцы в России и СНГ. 1763–1997. М.; Штутгарт, 1998. С. 357.
17. Архив Казахстана по статистике. Ф. 698. Оп. 21. Основные показатели миграции населения в Казахстане за 1990 г. С. 234.
18. Яцухин А.Н. Религиозно–культурные аспекты воспитания молодежи в бикультурных семьях // Культура немцев Казахстана: истор. и совр-ость: Материалы науч.–практ. конф. Алматы, 9–11 октября, 1998 г. Алматы, 1999. С. 127–135.
19. Dietz В. Jugendliche Aussiedler. Ausreise, Aufnahme, Integration. Berlin, 1997. S. 121.
20. Масанов Н. Положение этнических меньшинств в Казахстане. Фонд имени Ф. Эберта. Алматы, 1996. С. 2–23.
21. Краткий статистический ежегодник Казахстана 1998 Агентство Республики Казахстан по статистике. Алматы, 1999. С. 156.
22. Национальный состав населения Республики Казахстан. Т. 1. Итоги переписи населения 1999 года в Республике Казахстан: Стат. сб. Алматы, 2000. С. 56.
23. Дедерер А.Ф. Анализ состояния немецкой этнической группы в Казахстане. Алматы, февраль 2006. (не опубликовано).

## ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ПРИ СТРЕССЕ В РАЗЛИЧНЫХ СУБКУЛЬТУРНЫХ ГРУППАХ

**Е.С. Сулова**

*Республиканский психотерапевтический центр, Чебоксары*

Для конца прошлого и начала текущего десятилетия характерен повышенный интерес к изучению механизмов адаптации личности при стрессе, их связи с копингом, психологическими защитами у здоровых и больных, взрослых, детей и подростков, мужчин и женщин, представителей различных профессий. Исследования широко проводятся как в России, так и за рубежом. Данные механизмы во многом обусловлены, как индивидуально-психологическими [4, 6, 10, 18, 25, 26], так и психосоциальными воздействиями [1, 9, 15, 24, 28]. Повышенный интерес стал также уделяться этнопсихологическим особенностям личности в связи с ее ценностными ориентациями [2, 3, 5, 12, 13]. В России исследований, посвященных изучению моделей совладания и их связи со здоровьем личности в разных этнических группах населения, сравнительно немного.

Так, И.П. Стрельцова выделяет и описывает ряд объективных и субъективных факторов, влияющих на эффективность процесса копинг-поведения [21]. Л.М. Ивановой делается вывод о том, что чем меньше дети способны проявлять себя посредством телесного контакта, тем больше риск возникновения депрессивных и пограничных психических расстройств [8]. В работе Е.Л. Николаева и Е.Н. Николаевой, посвященной сравнительному культуральному исследованию совладания у детей, указывается, что социализация в условиях крупного промышленного центра способствует формированию у детей замкнутости, рефлексивности, интернальной личностной направленности, проявлению и реализации творческих способностей [16]. Совладание со стрессом детей Чувашии вне зависимости от пола и национальности отличается большей прагматичностью, активностью, использованием ресурсов ближайшего окружения. Л.Л. Репина в работе о механизмах психологической защиты у лиц с пограничными психическими расстрой-

ствами русской и удмуртской национальностей указывает на необходимость знания и учета защитных механизмов у больных с невротическими расстройствами различных национальностей, так как это знание способствует более эффективному проведению лечебно-реабилитационных мероприятий [20].

Тем не менее, еще остается немало неизученных сторон совладания при психических расстройствах, связанных с этнокультуральными аспектами личностных особенностей. В частности, практически не освещены вопросы взаимосвязи этнической идентичности с выраженностью успешности реагирования на стрессовые ситуации и в состоянии кризиса. Имеющиеся работы преимущественно посвящены анализу структуры этнической идентичности личности [8, 11, 14, 17, 19, 27].

Целью данной работы является выявление культуральных особенностей копинга и механизмов его реализации при психической дезадаптации. В исследовании приняли участие 75 жителей Чувашии с невротическими расстройствами, свидетельствующими о наличии у них психической дезадаптации, в возрасте от 16 до 54 лет (средний возраст  $29,79 \pm 0,73$ ), представляющих городское (56,7%) и сельское (43,3%) население; мужчин (34,6%), женщин (65,3%), работников промышленности, сельского хозяйства, экономики, образования, науки, культуры, здравоохранения, транспорта и связи, торговли, служащих силовых структур, а также учащихся, студентов и неработающих. Проводилось клинико-психологическое исследование испытуемых при помощи анкеты для сбора социокультуральных сведений, опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90), Я-структурного теста Г.Амона (ISTA), опросника копинг-поведения Хайма и индикатора копинг-стратегий Амирхана.

В ходе работы были сформированы четыре исследовательские субкультурные группы. К первой группе – группе этнических русских (ЭР) были отнесены 11 человек, ко второй – группе этнических чувашей (ЭЧ) – 37 чел. Третья группа, биэтническая по своему составу (БЭГ), объединила 10 испытуемых, один из родителей которых был чувашом, а другой – русским. Четвертую, самую малочисленную группу составили 7 человек, кото-

рые, имея родителей чувашей, идентифицировали себя с русскими. Эта группа была определена как дизэтническая (ДЭГ).

Выявлено, что в кризисных ситуациях испытуемые предпочитали использовать различные источники помощи и социальные ресурсы. В случае тяжелой болезни представители БЭГ чаще, чем другие, предпочитали обращаться к официальной медицине (90,0%). Самое большое количество обратившихся к помощи народной медицины наблюдалось среди представителей ДЭГ (28,6%), представители БЭГ игнорировали эту возможность. Прибегать к помощи собственных сил организма предпочитали ЭР (18,2%), чего совершенно не допускали в ДЭГ.

Оказавшись в трудной ситуации, представители БЭГ чаще, чем другие, пытались справиться с проблемой самостоятельно (40,0%), группа ЭР, этнических чуваш и представителей ДЭГ обращались за помощью к родственникам (27,3%; 27,8%; 28,5%). БЭГ в большей степени прибегала к помощи друзей. Чаще могли пользоваться услугами специалиста ЭР и ДЭГ (36,4%; 28,5%), реже – представители БЭГ (9,1%).

Вызывает интерес также тот факт, что антисуицидальный барьер оказался ниже всего у ЭЧ и выше у ЭР. Так, 24,3% ЭЧ подтвердили допустимость самоубийств, в том числе и как выход из трудной ситуации, в то время как ЭР в абсолютном большинстве считали самоубийство недопустимым никогда (90,9%).

В когнитивной сфере БЭГ в большей степени, чем представители других групп, в тяжелые минуты была склонна к сохранению самообладания (63,6%), менее это оказалось свойственно ДЭГ (28,5%), входящие в неё чаще прибегали к стратегии «смирения» (28,5%) и объясняли трудности как божье испытание. ЭР в кризисных ситуациях обращались к копинг-стратегии «проблемный анализ», т.е. пытались проанализировать ситуацию, к чему совершенно не обращались ЭЧ, представители БЭГ и ДЭГ.

В эмоциональной сфере придерживались общего стиля руководства представители БЭГ (45,0%), ЭЧ (43,2%), ЭР (36,7%), что проявлялось уверенностью в существовании выхо-



да из любой ситуации. Второй по значимости стратегией для ЭЧ и представителей БЭГ стало стремление к подавлению переживаний («подавление эмоций» - 18,9% и 18,2%). Проявление агрессии как возможную стратегию выхода из трудной ситуации предпочитали в ДЭГ (14,3%), чего совершенно не допускали ЭР и в БЭГ.

Для группы ЭР была более значима стратегия ощущения собственной вины и получения по заслугам («самообвинение» - 27,3%), меньшее распространение она получила среди ЭЧ (8,1%). 18,2% ЭР впадали в отчаяние. В то же время для БЭГ такая форма реагирования на стресс вообще не была характерна. Реакция же ДЭГ могла сводиться к передаче полномочий по преодолению своих трудностей другим людям («пассивная кооперация» - 28,6%).

В поведенческой сфере БЭГ чаще использовала стратегию погружения в любимое дело («отвлечение» - 36,4%). ЭР также отдавали предпочтение этой стратегии (27,3%), но в качестве альтернативной указывали стратегию поиска людей, способных дать совет (27,3%). ЭЧ также прибегали к копинг-стратегии обращения (27%). ДЭГ с одинаковой частотой (28,6%) выбирала изоляцию и поиск людей, способных дать совет. Интересно, что стратегию помощи себе через помощь другим людям отметила только группа ЭЧ («альтруизм» - 13,5%), в то время как другие группы проигнорировали этот вариант.

Копинг-стратегия избегания была более характерна для ЭЧ и представителей ДЭГ (24,3% и 18,2%), нежели для других групп. Примечательно, что стратегия «компенсация», которая предусматривала стремление расслабиться с помощью алкоголя и еды с разной частотой встречалась среди всех групп, а именно к ней прибегали ЭР (18,2%), в ДЭГ (14,3%), БЭГ (9,1%), гораздо реже она обнаруживалась в группе ЭЧ (5,4%).

Определение трех базисных копинг-стратегий по методике Амирхана позволило выявить следующие различия. Группой ЭР предпочтение отдавалось стратегии, направленной на поиск социальной поддержки (26,8 балла). Эти данные соответствуют результатам теста Хайма, согласно которому группа ЭР отда-

вала наибольшее предпочтение стратегии обращения за помощью к другим людям.

Преобладанием активных проблеморазрешающих стратегий отличились ЭЧ и БЭГ (27,8; 27,4 баллов). В ДЭГ также наблюдалось преобладание активных проблеморазрешающих стратегий (26,4 балла), но они отличились самым высоким показателем (23,6 балла) по сравнению с группами ЭР, ЭЧ и БЭГ (19,6; 20,1; 18,3 балла) в выборе пассивной стратегии избегания проблем. Здесь также наблюдалась взаимосвязь с результатами теста Хайма, согласно которым в трудной ситуации ДЭГ предпочитала изолироваться, обращаться за советом к другим людям, что, по сути, являлось уходом от ответственности за принятие решений.

Таким образом, ЭР в критических ситуациях рассчитывали на собственные силы организма. Низкий уровень агрессивности также являлся характерной культуральной чертой ЭР при неврозах. Кроме того, для ЭР оказалось характерным впадение в отчаяние, ощущение собственной вины, обращение за помощью к другим людям, а также более частое обращение к стратегии «компенсации».

Важными адаптационными ресурсами личности ЭЧ является семья. Им свойственно избегание сосредоточения на собственных проблемах за счет поисков утешения в разрешении проблем других людей. Кроме того, у ЭЧ в три раза чаще обнаруживается высокая суицидальная настроенность, что в какой-то мере согласуется с распространенными данными о высоком уровне суицидов в республике.

Адаптационная модель представителей БЭГ, происходящих из смешанных по этническому составу семей, сочетает в себе стратегии, характерные как для ЭЧ, так и для ЭР, что отражает особенности их социализации в условиях тесного смешения двух культур. С детства, непроизвольно аккумулируя образы адаптивного и неадаптивного поведения, они приобретают более богатый опыт выхода из кризисных ситуаций.

Нарушение этнокультуральной идентификации у представителей ДЭГ приводит к некоторым проблемам адаптации. Так, по результатам исследования видно, что они склонны к смире-

нию, агрессии, чаще других групп прибегали к стратегии избегания проблем и передавали полномочия по преодолению своих трудностей другим людям.

*Гендерный фактор.* Результаты исследования свидетельствуют о том, что мужчины и женщины с невротическими расстройствами испытывают наибольшие затруднения в использовании эффективных копинг-стратегий эмоциональной сферы. Ведь, как известно, такие стратегии, как «подавление эмоций» или «самообвинение» - наиболее разрушительны для психологического здоровья личности.

Мужчины и женщины достаточно активны в преодолении жизненных трудностей, хотя не вполне удовлетворены результативностью этого преодоления. Женщины более эмоционально реагируют на кризисные ситуации и субъективно выше оценивают силу своих переживаний, чаще прибегают к внешней помощи для их разрешения и дольше воспринимают ситуации как окончательно неразрешенные, «хронические». Мужчины, наоборот, в кризисе пытаются опираться в разрешении проблемы на собственные ресурсы и более решительно справляться с возникшими трудностями, не оставляя их на будущее.

По результатам исследования можно сказать о том, что справиться с кризисными ситуациями мужчинам помогали такие стратегии, как сохранение самообладания, сотрудничество со значимыми людьми, обращение за помощью и активное избегание, а женщинам – смирение, компенсация, подавление эмоций и оптимизм. Полученные в ходе исследования результаты позволяют еще раз подчеркнуть необходимость психологической помощи мужчинам и женщинам с невротическими расстройствами, свидетельствующими о наличии у них психической дезадаптации. Направление психологической помощи в основном касается обучения навыкам саморегуляции и обращения к внутренним ресурсам.

При изучении *урбанизационного фактора* удалось установить, что важными адаптационными ресурсами личности сельских жителей являлась семья и родственники. Кроме того, сельчане чаще признавали суицид как выход из сложной ситуации, им было свойственно обращение к стратегии компенсации, что

предполагало стремление расслабиться с помощью алкоголя, еды и т.п. Горожане же чаще характеризовались как антисуицидально настроенные, ищущие поддержки у друзей, что, вероятно, связано с тем, что в городе родственные связи теряют свою актуальность. Горожане оказались более способными к анализу сложившейся ситуации, что также связано с более высоким уровнем образования испытуемых.

Применение методики ISTA позволило выявить следующие показатели, согласно которым БЭГ характеризовалась как более активная, коммуникабельная и креативная. Кроме того, при расстройствах адаптации они были способны трезво оценивать опасности реальной жизненной ситуации и обладали достаточной толерантностью к тревожным переживаниям.

ЭЧ было характерно наличие запрета на реализацию имеющегося потенциала активности, склонность откладывать принятие решений, недостаточная способность к сексуальному партнерскому взаимодействию. Кроме того, у них могла отмечаться неспособность дифференцированно относиться к различным опасностям. В межличностных ситуациях чаще наблюдалась уступчивость, зависимость, ощущение бесперспективности существования и непреодолимости жизненных трудностей, жесткая ориентированность на групповые нормы, а поэтому неспособность сформировать собственную, отличную от других точку зрения.

Здесь можно установить и связи с результатами других тестов. Так, например, по результатам методики Хайма в поведенческой сфере ЭЧ отличились высоким показателем среди других этнических групп в выборе стратегий активного избегания и обращения, что подтверждает неспособность брать ответственность за принятие решений, желание возложить ее на других.

Группа ЭР по результатам тестирования характеризовалась как более педантичная, излишне деловая, не стремящаяся к теплым партнерским отношениям.

У представителей ДЭГ наблюдался недостаток способности к ведению продуктивного диалога, отсутствие потребности в изменениях жизненных условий, склонность к избеганию ка-

кой-либо конфронтации вследствие боязни разрыва симбиотических отношений. Кроме того, данные методики ISTA позволяют судить о них как о лицах импульсивных, переполненных разрозненными чувствами, имеющих нестабильное отношений к себе, потребность находиться в центре внимания, склонность избегать ситуации, в которых может происходить реальная внешняя оценка собственных свойств, с тенденцией к манипулированию. Прослеживается взаимосвязь с результатами методики Хайма: в эмоциональной сфере ДЭГ чаще других прибегали к «пассивной кооперации», т.е. доверяли решение своих проблем другим людям, что, по сути, является обыкновенным уходом от ответственности или манипулированием.

На основании полученных по методике SCL-90 данных можно сделать вывод, что группа ЭР характеризовалась обостренным чувством осознания собственного «Я», а также негативным ожиданием относительно межличностного взаимодействия с другими людьми, более низким по сравнению с другими группами показателем проявления агрессии и враждебности.

Результаты, полученные по методике SCL-90, охарактеризуют группу ЭЧ как лиц менее склонных к самоосуждению. Эти данные также перекликаются с результатами теста Хайма, согласно которому группа ЭЧ в процентном соотношении реже всех обращалась в эмоциональной сфере к копинг-стратегии самообвинения. ЭЧ было менее свойственно проявление тревожности, ощущения паники. Вероятно, это связано с тем, что чувашаи чаще других в эмоциональной сфере прибегали к «подавлению эмоции».

Что касается БЭГ, то методика SCL-90 позволила оценить как лиц менее подверженных депрессии и стойким реакциям страха. Эти данные находят подтверждение и при анализе результатов теста Хайма. согласно которым БЭГ чаще других прибегает в когнитивной сфере к «сохранению самообладания», в эмоциональной – к «оптимизму».

ДЭГ, судя по результатам, полученным в ходе проведения SCL-90, имеет наибольшее количество симптомов и по сравнению с другими переживала дистресс более интенсивно. Кроме того, представители ДЭГ были более агрессивны и подвержены

депрессии. Вероятно, это связано со стилем воспитания, т.к. их, согласно данным социодемографической анкеты, чаще, чем других воспитывали в духе беспрекословного подчинения старшим.

Анализируя корреляционную матрицу всех испытуемых, удалось установить положительную взаимосвязь между шкалой депрессии и шкалой родительского ориентира в ходе воспитания ( $r = 0,42$ ;  $p \leq 0,01$ ), т.е. те, кого родители ориентировали на соблюдение требований старших и ожидание помощи от других, чаще страдали депрессиями. Кроме того, шкала родительского ориентира положительно коррелировала со шкалой деструктивной агрессии ( $r = 0,64$ ;  $p \leq 0,01$ ). Объяснение этой взаимосвязи можно найти в толковании понятия «деструктивная агрессия», которая понимается как реактивное переформирование изначально конструктивной агрессии вследствие особых неблагоприятных условий в родительской семье, в данном случае такими, видимо, являлись родительские ориентиры на ожидание помощи от других. Говоря иначе, ориентиры на беспрекословное подчинение и ожидание помощи деформировали нормальную способность к деятельному и активному взаимодействию с окружающим миром.

Со шкалой депрессии также положительно коррелировала шкала тревожности ( $r = 0,69$ ;  $p < 0,01$ ) – чем выше уровень тревожности, тем интенсивнее были проявления депрессии. Взаимосвязь между шкалами межличностной чувствительности и деструктивного внешнего отграничения ( $r = 0,75$ ;  $p < 0,01$ ) позволяла судить о том, что у лиц с повышенной межличностной чувствительностью наблюдалась тенденция к гиперконтролю собственных чувств и снижению предметной активности.

Шкала деструктивных внешних отграничений положительно коррелировала с возрастом ( $r = 0,41$ ;  $p < 0,01$ ), т.е., чем старше был человек, тем более он был склонен к «выстраиванию барьера», препятствующего продуктивной коммуникации. Шкала деструктивных внешних отграничений коррелировала со шкалой паранойяльных тенденций.

Шкала конструктивной агрессии положительно коррелировала со шкалой конструктивного нарциссизма ( $r = 0,47$ ;  $p < 0,01$ ), т.е. лицам с целостным реалистическим принятием себя и здо-

ровой самодостаточностью был свойствен активный, деятельный подход к жизни. Помимо этого, шкала деструктивной тревоги имела обратную взаимосвязь со шкалой избегания проблем ( $r = -0,45$ ;  $p < 0,05$ ), т.е., чем более была развита эмпатическая способность личности и деятельный подход, тем меньше была вероятность прибегания личности к пассивной стратегии ухода от трудностей.

Положительная корреляция между шкалами деструктивной тревоги и деструктивного нарциссизма ( $r = 0,82$ ;  $p < 0,01$ ) позволяла сделать вывод о том, что неадекватная оценка реальных трудностей, нерешительность, робость сопровождалась низкой самооценкой и выраженной зависимостью от окружающих. Кроме того, шкала деструктивного нарциссизма положительно коррелировала со шкалой допустимости самоубийства ( $r = 0,47$ ;  $p < 0,01$ ), т.е. искажение возможности личности реалистично оценивать себя повышало вероятность возможности суицида.

Таким образом, установлено наличие гендерных различий в стратегиях совладания с кризисными ситуациями. Мужчины чаще используют копинг-стратегии сохранения самообладания, установки собственной ценности, либо обращаются за помощью к другим, чтобы решить проблему. Женщины с невротическими расстройствами в трудных ситуациях также ищут помощи у других, но кроме этого они обращаются к религии, наблюдается тенденция к подавлению эмоций. Происхождение испытуемых также накладывает отпечаток на предпочтения в использовании копинг-стратегий. Уроженцам села свойственно обращение к копинг-стратегии компенсации. Рожденные в городе больше характеризуются как антисуицидально настроенные, обращающиеся в кризисных ситуациях к проблемному анализу. Испытуемые, происходящие из смешанных по этническому составу семей, демонстрируют более адаптивное поведение, имеют более богатый опыт выхода из кризисных ситуаций и обладают достаточной толерантностью к тревожным переживаниям. Нарушение этнокультуральной идентификации приводит к определенным проблемам адаптации. Такие личности склонны к агрессии, импульсивности, гневу, манипуляциям, подозрительности. Данные результаты обуславливают необходимость их обя-

зательного учета в психотерапевтической и психопрофилактической деятельности [22, 23, 29].

### Литература

1. Ахмеров Р.А., Прыгин Г.С. Психобиографические характеристики субъекта с автономным типом саморегуляции деятельности психологии // Психол. журн. 2005. № 6. С. 25-34.
2. Вызова В.М. Жизненные ценности молодежи Республики Коми на рубеже веков: кросскультурный аспект // Психол. журн. 2002. № 1. С. 101-112.
3. Гриценко В.В., Смотрова Т.Н. Ценностные ориентации и склонность к девиантному поведению (на примере этнических мигрантов и коренных жителей Саратовской области) // Психол. журн. 2005. № 6. С. 44-55.
4. Гусельцева М.С. Постнеклассическая рациональность в культурной психологии // Психол. журн. 2005. № 6. С. 5-15.
5. Данилова А.Г. Кросскультурный анализ категориальной структуры ценностных ориентации на материале исторических текстов // Психол. журн. 2005. № 1. С. 46-55.
6. Емельянова Т.П. Кросскультурная психология: проблемы и тенденции развития // Психол. журн. 2004. № 1. С. 61-69.
7. Иванова Л.М. Особенности копинг-стратегии у детей младшего школьного возраста // Этнокультурал. вопр. психиатрии и психологии: Сб. науч. тр.: Материалы конф., Чебоксары, 2004. С. 84-85.
8. Иванова Н.Л. Структура социальной идентичности личности: проблема анализа // Психол. журн. 2004. № 1. С. 52-60.
9. Константинов В.В. Социально-психологическая адаптация вынужденных мигрантов в условиях диффузного или компактного проживания // Психол. журн. 2005. № 2. С. 16-21.
10. Крюкова Т.Л. Возрастные и кросскультурные различия в стратегиях совладающего поведения // Психол. журн. 2005. № 2. С. 5-15.
11. Лебедева Н.М., Татарко А.Н. Этническая идентичность, статус группы и тип расселения как факторы межгрупповой интолерантности // Психол. журн. 2005. № 3. С. 51-64.
12. Лебедева Н.М. Ценностно-мотивационная структура личности в русской культуре // Психол. журн. 2001. № 3. – С. 26-36.
13. Лебедева Н.М., Татарко А.Н. Социально-психологические факторы этнической толерантности и стратегии межгруппового взаимодействия в поликультурных регионах России // Психол. журн. 2003. № 5. С. 31-44.
14. Маховская О.И. Формирование идентичности у детей постсоветских эмигрантов в США // Психол. журн. 2005. № 3. С. 102-113.
15. Моросанова В.И. Личностные аспекты саморегуляции произвольной активности человека // Психол. журн. 2002. № 6. С. 5-17.



16. Николаев Е.Л., Николаева Е.Н. Сравнительное культуральное исследование совладания у детей // Этнокультурал. вопр. психиатрии и психологии: Материалы конф. Чебоксары, 2004. С. 52-58.
17. Павленко В.Н., Кряж И.В., Барретт М. Этнические и национальные идентификации и представления у украинских детей и подростков // Психол. журн. 2002. № 5. С. 60-72.
18. Постылякова Ю.В. Ресурсы совладания со стрессом в разных видах профессиональной деятельности // Психол. журн. 2005. № 6. С. 35-43.
19. Ратанова Т.А., Шогенов А.А. Психологические особенности этнического самосознания горских евреев и осетин (на материале диаспор Кабардино-Балкарии) // Психол. журн. 2001. № 3. С. 37-48.
20. Репина Л.Л. Этнокультуральные особенности клинической феноменологии невротических расстройств и специфика защитных психологических механизмов (на примере сравнения удмуртской и русской субпопуляций): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Казань, 2004.
21. Стрельцова И.П. К проблеме эффективности копинг - поведения // Материалы 3-го Всерос. съезда психол. СПб., 2003. С. 5-8.
22. Сухарев А.В. Некоторые аспекты этнофункционального подхода к проблеме образования в России // Психологический журнал. – 2005. – № 2. С. 91-101.
23. Сухарев А.В. Этнофункциональная психотерапия: теоретико-методологические предпосылки и эмпирические результаты // Психол. журн. 2007. № 1. С. 90-99.
24. Торчинская Е.Е. Роль ценностно-смысловых образований личности в адаптации к хроническому стрессу (на примере спинальных больных) // Психол. журн. 2001. № 2. С. 27-35.
25. Тхостов А.Ш., Райzman Е.М. Субъективный телесный опыт и ипохондрия: культурно-исторический аспект // Психол. журн. 2005. № 2. С. 102-107.
26. Тхостов А.Ш., Сурнов К.Г. Влияние современных технологий на развитие личности и формирование патологических форм адаптации: обратная сторона социализации // Психол. журн. 2005. № 6. С. 16-24.
27. Хотинец В.Ю. Психологические и культурные факторы этнотипического поведения // Психол. журн. 2005. № 2. С. 33-44.
28. Чудновский В.Э. Проблема становления смысложизненных ориентации личности // Психол. журн. 2004. № 6. С. 5-11.
29. Этнофункциональный подход в воспитании и психопрофилактике / А.В. Сухарев, О.Ф. Кравченко, Е.В. Овчинников и др. // Психол. журн. 2003. № 5. С. 68-80.

---

## СОБЫТИЯ И ИМЕНА

### ВСЕРОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО СЕСТРИНСКОМУ ДЕЛУ В ПСИХИАТРИИ

**А.В. Аверин, Л.Г. Рожнина**

*Республиканская психиатрическая больница,  
Минздравсоцразвития Чувашии, г. Чебоксары*

В работе Всероссийской научно-практической конференции «Сестринское дело в психиатрии», проходившей 21-22 сентября в г. Чебоксары, приняли участие организаторы здравоохранения из 34 субъектов Российской Федерации, представители Минздравсоцразвития Чувашии, Ассоциации медицинских сестер Чувашской Республики (ЧР), Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова, Чебоксарского медицинского колледжа, а также медицинские сестры лечебно-профилактических учреждений, оказывающие психиатрическую и наркологическую помощь.

Чувашия была выбрана местом для конференции не случайно. По оценке президента Российской ассоциации медицинских сестер, в Республиканской психиатрической больнице (РПБ) большое внимание уделяется повышению профессионального уровня сестринского персонала, проведению научных исследований в сестринском деле (СД). В республике в тесном альянсе работают главные специалисты Минздравсоцразвития и Ассоциация медицинских сестер ЧР.

В первый день с приветственным словом к участникам конференции обратились заместитель министра здравоохранения и социального развития ЧР Л.И. Рулькова и президент общероссийской общественной организации «Ассоциация медицинских сестер России» В.А. Саркисова.

О приоритетных направлениях деятельности Ассоциации медицинских сестер России и Чувашии информировали их президенты.

Главный специалист по сестринскому делу Министерства здравоохранения и социального развития ЧР Л.Г. Ронжина доложила о том, что проводится большая работа по совершенствованию системы управления сестринскими службами, повышению эффективности использования кадровых ресурсов, обеспечению качественной сестринской помощи населению, развитию новых форм и технологий сестринской деятельности.

В 2006 г. на базе Чебоксарского медицинского колледжа организован курс повышенного уровня подготовки по специальности «Психиатрия». Десять медицинских сестер РПБ обучаются на нем на бюджетной основе.

В республике проводятся реформы, направленные на развитие первичного звена в оказании медико-санитарной помощи и переход на стационарозаменяющие технологии. В лечебно-профилактических учреждениях функционируют стационары дневного пребывания, стационары на дому, хосписы, отделения сестринского ухода (ОСУ).

Об отношении к различным социальным и профессиональным проблемам врачей и медицинских сестер психиатрических и наркологических учреждений рассказал главный психиатр Приволжского федерального округа, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии Казанского медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор, А.М. Карпов.

О развитии психиатрической службы в Чувашии проинформировал главный внештатный психиатр-эксперт Минздравсоцразвития Чувашии, кандидат медицинских наук, главный врач РПБ А.Б. Козлов.

В докладе было отмечено, что главным образом развитие психиатрической службы республики осуществляется в амбулаторном звене. За последние пять лет Правительством республики были приняты две программы по развитию психиатрической службы Чувашии.

С докладом об инновациях в психиатрической практике выступил заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом РПБ А.В. Аверин.

Докладчик отметил, что администрацией больницы была поставлена задача повышения образовательного уровня старших медицинских сестер, в результате 66,7% имеют повышенный уровень подготовки, 5,5% - высшее медицинское образование по специальности «Сестринское дело», квалификация «менеджер». Вместе с введением должности заместителя главного врача по работе с сестринским персоналом была сохранена должность главной медицинской сестры и разработана трехуровневая линейная модель управления сестринским персоналом. Специалистами СД РПБ были разработаны протоколы наблюдения и ухода за пациентами с первой в жизни госпитализацией, детьми и подростками с психическими расстройствами (ПР), а также пациентами возраста обратного развития, что повысило качество предоставляемых медицинских услуг.

О роли дезинфицирующих средств в профилактике внутрибольничных инфекций проинформировала врач-эпидемиолог, представитель фирмы Лизоформ г. Санкт-Петербурга А.А. Хозяшева.

С докладом о новых технологиях в научном исследовании индивидуального ухода в геронтопсихиатрии выступила медицинская сестра индивидуального ухода Гериатрического центра г. Санкт-Петербурга Е.С. Пырякова. Докладчик поделилась опытом применения янтарного масла в лечении пролежней у гериатрических пациентов.

О роли медицинской сестры в обучении пациентов в психиатрических стационарах рассказала главная медицинская сестра Северодвинского психоневрологического диспансера К.В. Воробьева. Докладчик отметила, что в результате применения тренингов, проводимых с пациентами, снизилась их агрессивность, сократились сроки пребывания в стационаре, наблюдалось формирование положительного эмоционального контакта, отсутствовали суицидальные попытки.

С докладом на тему «Организация сестринского дела реанимационного отделения в условиях психиатрического стацио-

нара» выступила Н.Н. Ситякова – старшая медицинская сестра Кировской областной клинической психиатрической больницы им. В.М. Бехтерева. Она поделилась опытом организации работы сестринского персонала и внедрения карт сестринского наблюдения за пациентами.

Главная медицинская сестра Клинической психиатрической больницы им. Н.Н. Солодовникова г. Омска Л.П. Васильева проинформировала о роли медицинской сестры в процессе психосоциального лечения и психосоциальной реабилитации. Она рассказала об опыте организации работы реабилитационного дневного стационара с клубом для пациентов, загородного реабилитационного комплекса, группового дома с поддержкой, отделения амбулаторной психотерапии, отметила важную роль медицинской сестры в восстановлении социального статуса пациента.

С докладом «Готовим специалистов сами» выступила В.М. Старых – главная медицинская сестра Оренбургской клинической психиатрической больницы №1, которая проинформировала о подготовке специалистов, поступающих на работу в больницу и рассказала о программах трехлетнего обучения на базе больницы, подчеркнув, что данная программа является уникальной и неотъемлемой частью непрерывного последипломного образования без отрыва от основного места работы.

О новых организационных формах работы с детьми и подростками с ПР доложила главная медицинская сестра РПБ Н.М. Халиуллина. Она проинформировала о разработанных протоколах наблюдения и ухода за детьми и подростками с ПР и подчеркнула, что все мероприятия, проводимые в рамках сестринского процесса и реабилитации, способствуют улучшению трудовых, социальных навыков, адаптации пациентов в современном мире.

С докладом на тему «Внутренний и внешний контроль качества сестринской помощи пациентам с нарушениями психики» выступила Н.Г. Якушевская – главная медицинская сестра Областной психиатрической больницы г. Читы, которая поделилась опытом работы полипрофессиональных бригад, состоящих из медицинских сестер, врачей-психиатров, психологов и пси-

хотерапевтов. Для контроля качества была разработана сестринская документация: история болезни инсулинокоматозной терапии, лист первичной сестринской оценки состояния пациента при поступлении, лист динамического сестринского наблюдения, стандартные планы сестринского ухода по наиболее часто встречающимся проблемам.

Об управлении качеством сестринской помощи в Республиканской психиатрической больнице Республики Карелия проинформировала ее главная медицинская сестра М.М. Васильева.

Главная медицинская сестра Дружносельской психиатрической больницы Ленинградской области В.А. Козырева поделилась опытом работы психиатрических медицинских сестер в Швеции. Она рассказала о модели взаимодействия с пациентом. Данная модель основана на применении метода когнитивной терапии и подразумевает необходимость не только медикаментозного, но и психотерапевтического сопровождения пациентов.

С докладом «Основа сестринского дела – уход» выступила главная медицинская сестра Шихазанской межрайонной психиатрической больницы Минздравсоцразвития Чувашии Г.А. Адева. Докладчица подчеркнула, что в целях повышения качества сестринского ухода внедряются новые технологии и стандарты организации сестринского ухода, проводятся циклы лекций и практических занятий, используется передовой опыт сестринского ухода.

Об опыте работы ОСУ в РПБ проинформировала ее заведующая М.А. Шувалина. Она поделилась опытом организации работы в ОСУ, рассказала о наиболее актуальных проблемах пациентов возраста обратного развития и подчеркнула, что внедрение новых сестринских технологий повысило качество ухода за пациентами, медицинские сестры научились творчески мыслить и реализовывать свои возможности.

Об опыте работы клуба для психически больных рассказала врач-психиатр РПБ Е.В. Волошина.

Заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом Наркологического диспансера г. Новосибирска З.Г. Кузьмина рассказала об инновациях в сестринской деятельности наркологического диспансера. Докладчица отметила, что после

внедрения в практику работы стационара стандарта по сестринскому уходу за больными в состоянии отмены алкоголя с делирием в 1,4 раза сократилась длительность течения указанной патологии (2,8 дня по сравнению с 4,1 в предыдущий период), ни у одного из наблюдаемых больных не было зафиксировано пролежней и других осложнений делирия (пневмонии, нарушение функции сердечно-сосудистой системы, почечная и печеночная недостаточность и др.).

Об особенностях сестринского ухода за психиатрическими и наркологическими больными различного возраста и нозологии доложила Н.С. Никонорова – главная медицинская сестра Психоневрологического диспансера г. Сызрани Самарской области. Она отметила, что внедрение сестринского процесса в практику диспансера позволило повысить статус сестринского персонала, ответственность за выполняемую работу. При ежедневном оформлении сестринской карты медицинская сестра стала лучше и глубже разбираться в больных, собирая сведения об истории их жизни и заболевании. В процессе работы в новых условиях у медицинской сестры развивалась способность к сочувствию, сопереживанию, умению поставить себя на место пациента и видеть мир его глазами. Происходил постоянный рост профессиональных знаний.

С докладом о роли медицинской сестры в реабилитации наркологических больных выступила Г.В. Мукконен - главная медицинская сестра Республиканского наркологического диспансера г. Петрозаводск. В докладе подчеркнуто, что сегодня необходимо готовить медсестер с новым мировоззрением, расширить круг их обязанностей для более полного и качественно оказания медицинской помощи, развивать лидерство в СД, поэтапно внедрять сестринский процесс в структурные подразделения диспансера, разрабатывать и совершенствовать сестринскую документацию.

С докладом «Алкогольная зависимость у медицинских работников» выступила доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии Чувашского госуниверситета г. Чебоксары И.В. Булыгина, отметившая, что профессию медицинского работника относят к факторам повышенного риска злоупотребле-

ния алкоголем и наркотиками, т.к. специфика работы в медицине определяется высокой степенью ответственности за жизнь и здоровье другого человека. А среди всех медицинских работников медицинские сестры имеют самый высокий уровень стресса.

На основании докладов на пленарных заседаниях, а также устных и письменных предложений участниками конференции была принята следующая резолюция:

1. Организовать секцию «Сестринское дело в психиатрии и наркологии» при Ассоциации медицинских сестер России. Председателем секции назначили заместителя главного врача по работе с сестринским персоналом РПБ г. Чебоксары А.В. Аверина.
2. Проводить Всероссийские научно-практические конференции «Сестринское дело в психиатрии и наркологии» один раз в три года совместно с главными психиатрами и главными врачами лечебно-профилактических учреждений.
3. Принимать участие в Международных проектах по обмену опытом в психиатрии.

Делегация ознакомилась с инновациями в сестринском деле РПБ, посетила новый корпус больницы. Коллегами из других регионов было отмечено, что РПБ укомплектована новым оборудованием, современными дезинфицирующими средствами, одноразовым инструментарием, в отделениях много света, цветов, картин, написанных пациентами.

Конференция была организована на высоком уровне. СД в Чувашии развивается: сформирована структура управления сестринским персоналом в республике, ведется многоуровневая подготовка медицинских сестер, внедряются новые организационные формы работы в практическом здравоохранении, развивается СД в психиатрии и наркологии, ведутся научные исследования в сестринском деле.

Гости были восхищены чистотой города, обилием цветников, фонтанов, современной архитектурой. По отзывам медицинских сестер, конференция дала им большой импульс для дальнейшей работы по развитию СД.



## ТРЕТИЙ СЪЕЗД ПСИХОЛОГОВ ЧУВАШИИ

В Год духовного просвещения в республике 1 ноября 2006 г. был проведен III съезд психологов Чувашии «Психология и духовность человека в системе рыночных отношений». В качестве целей проведения съезда были обозначены: объединение профессиональных сил содружества психологов и представителей различных сфер народного хозяйства Чувашии в решении психологических проблем современной жизни; обмен между участниками съезда научно-исследовательскими и практическими наработками в различных отраслях психологии; выработка научно-практических рекомендаций по расширению масштабов психологического просвещения и практического использования психологии в улучшении духовно-нравственной жизни населения Чувашии.

Открыл пленарное заседание председатель Чувашского регионального отделения Российского психологического общества проф. В.П. Фоминых. С докладами выступили декан лечебного факультета Чувашского госуниверситета проф. В.Л. Сусликов, проректор по учебной работе филиала в г. Чебоксары Российского государственного социального университета проф. Д.Е. Иванов, зав кафедрой социальной психологии Российского гуманитарного университета проф. А.В. Морозов (Москва), ректор духовной семинарии Чебоксарско-Чувашской епархии отец Михаил (Иванов).

На съезде работали секции: психологии управления персоналом (рук. В.П. Фоминых), психологии рекламы и маркетинга (рук. А.Н. Захарова), клинической психологии и психотерапии (рук. Е.Л. Николаев и А.В. Голенков), психологии личности и проблем имиджологии (рук. Г.Г. Вербина), психологии в образовательных учреждениях (рук. Г.С. Дулина), психологии в системе занятости, социальной политики и госслужбы (рук. С.А. Петунова), психотехнологий в практической деятельности психолога (рук. Н.В. Григорьева), психологии в работе реабилитационных центров (рук. М.И. Вайберт), проблем психологической профилактики правонарушений и формирование здорового

образа жизни (рук. М.Г. Нестерова), а также студенческий симпозиум по актуальным проблемам теории и практики современной психологии (рук. А.Н. Захарова и В.А. Порядина). По итогам работы каждой секции подготовлены рекомендации. Опубликовано сборник материалов съезда.

В работе секции клинической психологии и психотерапии приняло участие более 50 ученых, психологов, врачей из городов и районов Чувашии. Обсуждены вопросы совершенствования психотерапевтической и медико-психологической помощи населению республики, применения инновационных технологий диагностики и лечения больных пограничными нервно-психическими расстройствами. Выступления были посвящены теории и практике психотерапии (Е.Л. Николаев), телефонного консультирования (А.А. Иванов), диагностики особенностей психической дезадаптации личности (Е.А. Степанова, А.В. Васильева, О.В. Николаева), особенностям соматических больных (Д.В. Гартфельдер), оценке суицидологической ситуации в регионе и мерам ее профилактики (Э.В. Козлова).

## РЕЦЕНЗИЯ

### на монографию Е.Л. Николаева «Пограничные расстройства как феномен психологии и культуры» (Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2006)

В последние десятилетия в России отмечается устойчивый рост распространенности психических расстройств непсихотического уровня. В структуре болезненности на них приходится до 50%, а в структуре заболеваемости более 60% всей психической патологии. Эта проблема привлекает внимание многих исследователей.

В ряду большого количества масштабных трудов по изучению непсихотических (пограничных) психических расстройств монография Е.Л. Николаева отличается мультимодальностью подхода к исследованию. Именно такой подход соответствует запросам современной науки и современной биопсихосоциальной научной парадигме. Он обеспечивает оптимальное сочетание дифференциации и интеграции, сохранение целостности, последовательности и естественной структурированности при изучении сложных феноменов. В определении понятия здоровья ВОЗ отмечается, что «здоровье – это не только отсутствие болезней, но и состояние полного физического, социального и духовного благополучия». Структура исследования Е.Л. Николаева конгруэнтна структуре здоровья человека и общества. Оно включает изучение влияния на здоровье факторов, детерминирующих биологические предпосылки здоровья, степень удовлетворения социальных, культурных, духовных потребностей людей в разных сферах их социального и духовного функционирования.

В монографии автор дал анализ огромного числа научных трудов отечественных и зарубежных авторов по пограничной психиатрии, привел богатейшие результаты собственных исследований, выполненных с использованием самых современных методик исследования, все осмыслил, логично структурировал, четко изложил, интересно представил и оформил.

Монография Е.Л. Николаева является существенным вкладом в развитие научных представлений о пограничных психических расстройствах, смежных областей – психологии, культуры, социологии и практического здравоохранения, так как автор сформулировал ряд новых, конструктивных предложений для улучшения диагностики, лечения и профилактики пограничных психических расстройств.

Рецензируемая книга представляет интерес для широкого круга специалистов – врачей-психиатров, психотерапевтов, психологов, гигиенистов, социологов, культурологов, педагогов, для всех читателей, желающих разобраться в сложных взаимоотношениях человека и общества.

Рекомендую монографию Е.Л. Николаева «Пограничные расстройства как феномен психологии и культуры» к переизданию и широкому распространению.

*Зав. кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии  
Казанской государственной медицинской академии, доктор  
медицинских наук, профессор*

**А.М. Карпов**



PSYCHIATRIC ASSOCIATION FOR EASTERN EUROPE AND THE BALKANS



Affiliated with the World  
Psychiatric Association



Voting Member of the World  
Federation for Mental Health

## ПЕРВЫЙ ВОСТОЧНО-ЕВРОПЕЙСКИЙ КОНГРЕСС ПО ПСИХИАТРИИ

### Приветственное послание

Уважаемые коллеги и друзья,  
с большим удовольствием и гордостью сердечно приглашаю вас на Первый Восточно-Европейский конгресс по психиатрии, который пройдет в Салониках, Греция, с 21 по 23 сентября 2007 г.

Конгресс организован Психиатрической ассоциацией Восточной Европы и Балкан. Наша Ассоциация, которая является членом Международной Федерации психического здоровья с правом голоса и аффилированным обществом Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА), состоит из психиатрических ассоциаций региона и представляет собой эволюцию институциональной программы ВПА для Восточной Европы и Балкан. Она была официально создана в марте 2005 г. и зарегистрирована в Афинах в сентябре 2006 г.

Наш первый конгресс нацелен на объединение усилий для того, чтобы психиатры и другие специалисты службы психического здоровья Европы и всего мира смогли поделиться научными данными и опытом со своими коллегами из Восточной Европы.

В Восточной Европе сильны собственные традиции психиатрии и наук о поведении. Я уверен, что каждому сразу вспоминается множество известных имен. Достаточно упомянуть лишь два из них: Гиппократ – отец медицины и медицинской этики (в том числе и в психиатрии) и Иван Павлов – отец бихевиоризма. В недавние годы вследствие различных противоречий, в основном политических и экономических, научная продуктивность

Восточной Европы несколько уменьшилась. В то же время события развиваются интенсивно, и мы скоро снова станем свидетелями ценного вклада Восточной Европы в источник научных знаний.

Мы надеемся, что Первый Восточно-Европейский конгресс по психиатрии внесет вклад в возрождение научной активности в Восточной Европе и сердечно приглашаем Вас к участию в этом процессе. Гостеприимный город Салоники, культурная столица Северной Греции и один из самых красивых городов Балкан радушно ждет встречи с вами.

С уважением и до встречи,

*Профессор Джордж Христодулу,*

Председатель исполнительного комитета  
Психиатрической ассоциации  
по Восточной Европе и Балканам,  
Президент Конгресса

**Информация:**

Diastasi Travel, 24 K. Karamanli str., 546 39  
Thessaloniki, Greece

Электронная почта: [diastasi@diastasitravel.gr](mailto:diastasi@diastasitravel.gr)

Вебсайт: [www.paeeb.com](http://www.paeeb.com)     [www.diastasitravel.gr](http://www.diastasitravel.gr)

---

## РЕФЕРАТЫ ТЕКУЩИХ ПУБЛИКАЦИЙ

**Николаев, Е.Л.** Современные направления исследования пограничных психических расстройств / Е.Л. Николаев // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2007. № 3. С. 8-49.

Анализ современных научных публикаций по проблемам пограничных психических расстройств подтверждает необходимость обязательного дополнения клинических и эпидемиологических исследований изучением психологических закономерностей изменения и восстановления психической деятельности, что повышает значимость получаемых результатов. Установлено, что культурные особенности общества оказывают важное влияние на развитие и проявления ненормативного поведения, которое может рассматриваться в качестве «патологического» лишь условно и обязательно в сопоставлении с особенностями культуры, в условиях которой оно проявляется.

**Орлов, Ф.В.** Клинико-терапевтические особенности головной боли, связанной с психическими расстройствами / Ф.В. Орлов // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2007. № 3. С. 50-58.

Обследован 181 больной с головной болью в рамках невротических, шизотипических расстройств, хронических аффективных расстройств и легкого депрессивного эпизода, психических расстройств вследствие дисфункции головного мозга и посткоммоционного синдрома с использованием клинико-психопатологического, экспериментально-психологического методов исследования. Выявлено наличие тесной взаимосвязи клинических особенностей и вариантов головной боли с этапами, длительностью и течением разных групп психических расстройств. Предлагается использование психической и соматической осей диагноза с определением нозологической принадлежности цефалгии. Рассмотрены подходы к лечению головной боли с использованием немедикаментозных методов (мануальной терапии и психотерапии) и психофармакотерапии. Обосновывается бригадная форма оказания помощи больным с головной болью в амбулаторных условиях лечебно-профилактического учреждения психиатрического профиля.

**Петунова, С.А.** Влияние статуса безработного на психоэмоциональное благополучие личности / С.А. Петунова // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2007. № 3. С. 59-73.

Ситуация безработицы приводит к изменению актуального психоэмоционального состояния безработного. Данный процесс имеет четко выраженную динамику и стадийный характер, включающий ряд устойчивых этапов. Состояние безработицы приводит к нарушению структур личности, трансформации системы ее ценностных ориентаций. Человек утрачивает прежние позиции в обществе, ощущая при этом снижение самооценки и материального положения. Одновременно нарастает внутренняя неудовлетворенность из-за отсутствия возможности реализовать себя в профессиональном плане.

**Рындина, О.Г.** Условия формирования психологической готовности к воинской службе / О.Г. Рындина // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2007. № 3. С. 74-88.

Психологическое содержание личности призывника на уровне внутренних структур проявляется в таких характеристиках, как ожидаемое отношение других (социально-психологический компонент), функционирование психических процессов, свойств, состояний и образований (индивидуально-психологический компонент), самооценочная тревожность несоответствия и самооценка (эмоционально-ценностный компонент). Особенности сформированности социально-психологической, индивидуально-психологической и эмоционально-ценностной структуры личности во многом предопределяют отношение допризывников к службе в армии.

**Нурмагамбетова, С.А.** Этнокультуральная идентичность как объект психиатрического исследования (на материале немецкого этноса в Республике Казахстан) / С.А. Нурмагамбетова, Ю.В. Игнатьев // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2007. № 3. С. 89-100.

Результаты исследования свидетельствуют о трансформации этнического самосознания немцев Казахстана в зависимости от конкрет-



ного исторического периода. Общественный статус малой этнической группы влияет на индивидуальный выбор принадлежности к тому или иному этносу. При проведении этнокультуральных психиатрических исследований необходимо ориентироваться именно на социальные характеристики изучаемого этноса. В качестве наиболее важных социальных коррелятов психического здоровья следует рассматривать групповые и индивидуальные стратегии аккультурации.

**Суслова, Е.С. Приспособительные механизмы при стрессе в различных субкультурных группах / Е.С. Суслова // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2007. № 3. С. 101-112.**

Изучались особенности психической адаптации больных невротическими расстройствами, принадлежащих к различным субкультурным группам населения Чувашии. Установлены гендерные различия в совладании с кризисными ситуациями. Этническое происхождение так же накладывает отпечаток на предпочтения в использовании копинг-стратегий. Испытуемые, происходящие из смешанных по этническому составу семей, демонстрируют более адаптивное поведение, имеют более богатый опыт выхода из кризисных ситуаций и обладают достаточной толерантностью к тревожным переживаниям. Нарушение этнокультуральной идентификации ведет к нарушению психической адаптации.

**Аверин, А.В. Всероссийская конференция по сестринскому делу в психиатрии / А.В. Аверин, Л.Г. Ронжина // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2007. № 3. С. 113-119.**

Публикуется информация о работе прошедшего 21-22 сентября 2006 г. в г. Чебоксары Всероссийского форума «Сестринское дело в психиатрии». Кратко представлено содержание основных выступлений, приведена резолюция конференции.

**Третий съезд психологов Чувашии // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2007. № 3. С. 120-121.**

Содержатся материалы о работе Третьего съезда психологов Чувашии, прошедшего в Чебоксарах 1 ноября 2006 г. На пленарном и

секционных заседаниях заслушивались доклады по актуальным проблемам современной психологии. Приведена полная тематика выступлений на секции клинической психологии и психотерапии.

**Карпов, А.М.** Рецензия на монографию Е.Л. Николаева «Пограничные расстройства как феномен психологии и культуры» / А.М. Карпов // **Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2007. № 3. С. 122-123.**

К достоинствам оцениваемой монографии рецензент относит мультимодальность подхода, широту литературного обзора и глубину собственного эмпирического исследования, что делает книгу предметом подлинного интереса, как для специалистов различного профиля, так и всех читателей.

**Первый Восточно-Европейский конгресс по психиатрии // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2007. № 3. С. 124-125.**

Публикуется приветственное послание проф. Дж. Христову, Председателя исполнительного комитета Психиатрической ассоциации Восточной Европы и Балкан, президента Первого Восточно-Европейского конгресса по психиатрии, проходящего 21-23 сентября 2007 г. в г. Салоники (Греция).

## ÇАК НОМЕР РЕФЕРАЧĔСЕМ

**Николаев, Е.Л.** Психикан чикĕри улăшăвĕсене тĕпчес тур-тамсем / Е.Л. Николаев // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарĕ]. 2007. № 3. С. 8-49.

Психикан чикĕри улăшăвĕсен ыйтăвĕсемпе ҫыхăннă хальхи аслăлăх ёҫĕсене тишкерни ҫакна ҫирĕpletет: клиника тата эпидемиологи тĕпчевĕсем ирттернипе ҫеҫ ҫырлахмалла мар, психика ёҫĕ-хелĕ улшăннин тата йĕркене кĕнин психологилле хай екилĕхне палăртма тăрăшмалла, вара шанчăклăрах пĕтĕмлетĕсем тума пулать. Обществан культура уйрăмлăхĕсем ҫынсен нормана кĕмен хăтланăшне палăрма тата аталанма май параҫҫĕ: ҫаванпа та хăтланăша “патологиллĕ” тесе хак париччен вырăнти культура уйрăмлăхĕсене те шута илмелле.

**Орлов, Ф.В.** Психика улăшăвĕсене пула пуҫ ыратни, унăн клиникапа терапи уйрăмлăхĕсем / Ф.В. Орлов // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарĕ]. 2007. № 3. С. 50-58.

Неврозлă тата шизотиплă улăшусем, вараха кайнă аффектлă улăшусем, ҫамал йышши депресси пуламĕсем тата пуҫ мимин ёҫĕ-хелĕ пăсăлнине таса коммоци синдромĕпе ҫыхăннă психика улăшăвĕсем – ҫаксем пурте пуҫ ыратнин сăлтавĕсем пулаҫҫĕ. Унпа аптăракан 181 ҫынна клиникаллă психопатологи тата экспериментлă психологи меслечĕсемпе усă курса тишкерсе тухнă. Пуҫ ыратнин клиника уйрăмлăхĕсемпе варианчĕсем терлĕ ушкăнри психика улăшăвĕсен аталанăвĕпе, тăсăмĕпе тата тапхăрĕсемпе тачă ҫыхăнура пулни палăрнă. Пуҫ ыратнине эмелсĕр ирттерсе ямалли сиплев мелĕсен (мануаллă терапие психотерапин) тата психофармакотерапин аслайĕсене тишкернĕ. Пуҫ ыратнипе аптăракансене психиатри тытăмĕнчи сиплевпе профилактика учрежденийĕсенче амбулатори майĕпе сыватнă чухне бригада формипе пулăшу кўмеллине сăлтавласа панă.

**Петунова, С.А. Ёсёр юлни сыннан чун хавалне витём күни / С.А. Петунова // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарџи]. 2007. № 3. С. 59-73.**

Ёсёр тăрса юлни сыннан кулленхи чун хавалне улаштарать. Çак улшăнăвăн тăсамё уçамлă курăнать, вăл тёрлё тапхăрсен черетленёвё пек йёркеленет. Ёсёрлех тăрамё харкамалăх тытăмне пăсать, пурнăçа пахалас системăна улаштарать. Çын хайён обществăри малтанхи вырăнне çухатать, çавна май харпър хай хаклавё те, пурнăç шайё те чакать. Професси телёшёнчен тивёстернине тупайман пирки çын ытларах та ытларах хайпе хай кăмăлсар пулса пырать.

**Рындина, О.Г. Çар тивёсне пурнăçлама психологи телёшёнчен хатёрленес майсем / О.Г. Рындина // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарџи]. 2007. № 3. С. 74-88.**

Çара каякан çамрăкăн психологи тăрамё шалти тытăмсен шайёнче çак паллăсем тăрăх уçамланать: пулас хутшăнусене мёнле курни (социаллă психологи компонентё), психологи ёсё-хелё тата унпа килёшүүлё пулăмсем (харкам психологи компонентё), харпър хайне епле хаклани тата ку телёшпе пашърханни (туйăмпа хаклав компонентё). Çамрăк сыннан çар тивёсне пурнăçлас кăмăлё унăн социаллă психологи, харкам психологи тата туйăмпа хаклав тытăмёсен йёркеленёвёнчен нумай килет.

**Нурмагамбетова, С.А. Çыннан этнокультура туртăмне психиатри тёпчевёнче хак пани (Казахстан Республикинчи нимёç этносне тёпе хурса) / С.А. Нурмагамбетова, Ю.В. Игнатъев // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарџи]. 2007. № 3. С. 89-100.**

Тёпчев пётёмлетёвёсем кăтартнă тăрăх, Казахстанри нимёçсен харпър аналнавё истори тапхăрне кура улшăнса пынă. Пёр-пёр сын хайне хаш этноспа сыхăнтарасси этнос ушкăнён обществăлла статусёнчен чылай килет. Этнокультуралла психиатри тёпчевёсем ирттернё чухне этносăн социаллă паллисене мала хумалла. Психика сывлăхён чи пёлтерёшлё социаллă коррелячёсен йышне арасна культурасен пёрпекленёвён ушкăн тата харкам стратегийёсем кёреçсё.

**Суслова, Е.С. Тёрлэ субкультура ушкәнёсен стреса тўссе ирттермелли аслайёсем / Е.С. Суслова // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарџи]. 2007. № 3. С. 101-112.**

Чăваш енти тёрлэ субкультура ушкәнне кёрекен тата невроз улашăвёпе аптăракан ҫынсен психика ханăхăвён уйрăмлăхёсене тишкернё. Пăтăрмахлă лару-тăрăва ҫёнес пултарулаҳ арлаҳ уйрăмлăхёсенчен килнине асарханă. Ҫын хăш этнос йышне кёни те унăн копинг-стратегии суйлас туртăмне витём кўрет. Этнос телёшёнчен хуташ ҫемьере ўссе аталаннă ҫынсем тёрлэ улшăнусене хăвăртрах ханăхаҫҫё, вёсен пăтăрмахлă лару-тăруран тухмали опычё те пуянрах, хатарлаҳ туйăмё те вёсене питех аптăратмасть. Этнокультура ҫыханăвне ҫухатнă ҫынсен вара психика ханăхăвё те пăсăлать.

**Аверин, А.В. Психиатри сестрин ёҫё-хёлне халалланă Пётём Раҫҫей конференцийё / А.В. Аверин, Л.Г. Ронжина // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарџи]. 2007. № 3. С. 113-119.**

2006 ҫулхи аван уйăхён 21-22-мёшёсенче Шупашкарта иртнё “Психиатри сестрин ёҫё-хёлё” ятлă Пётём Раҫҫей форумё ҫинчен кёскен ҫырса кăтартнă. Тухса калакансен тёп шухăшёпе тата конференци резолюцийёпе паллаштарнă.

**Чăваш психологёсен виҫҫёмёш съезчё // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарџи]. 2007. № 3. С. 120-121.**

2006 ҫулхи чўк уйăхён пёрремёшёнче Шупашкарта иртнё Чăваш ен психологёсен виҫҫёмёш съезчён материалёсене пичетленё. Пёрлехи ларура тата тёрлэ секцисенче хальхи психологин ҫивёч ыйтăвёсене пăхса тухнă. Клиникалла психологиёе психотерапии секцийёнче мёнле темăсемпе калаҫнине туллин сăнланă.

**Карпов, А.М. Е.Л. Николаеван “Чикёри улашусем психологиёе культура феноменё пулни” монографине хаклани / А.М. Карпов // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарџи]. 2007. № 3. С. 122-123.**

Рецензент шучёпе, монографи пахалăхё мультимодальлех туртăмёнче, литература тишкерёвён анлашёпе сăнавлă тёпчевён таранă-

шёнче курăнать. Çакă вара кёнекене тёрлĕ йышши специалистсемшён те, ахаль вулакансемшён те чăннипех интереслĕ тăвать.

**Тухăç Европăри Пёрремĕш психиатри конгресĕ // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарџи]. 2007. № 3. С. 124-125.**

2007 çулхи авăн уйăхĕн 21-23-мĕшĕнче Салоники (Греци) хулинче Тухăç Европăри Пёрремĕш психиатри конгресĕ иртмелле. Унăн президенчĕн тата Тухăç Европăпа Балканри Психиатри ассоциацийĕн ёç тăвакан комитет председателĕн Дж. Христовулу профессорăн салам сăмахёпе паллашма пулать.

## ABSTRACTS OF THE CURRENT ISSUE

**Nikolaev, E.L.** The present-day directions of borderline mental disorders research / E.L. Nikolaev // “Vestnik psihiatrii i psihologii Cuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash psychiatry and psychology]. 2007. No 3. P. 8-49.

The significance of scientific research in field of borderline mental disorders could be increased in case of obligatory addition of clinical and epidemiologic psychiatric data by psychological evidence for patterns of changes in person psychic activity and process of recovery. This is the conclusion made as a result of the present-day scientific publications analysis. The cultural characteristics of a society make strong impact on development and manifestation of abnormal behaviour. It can be appraised as “pathological” only conditionally and should be necessarily compared with the traits of relevant culture.

**Orlov, F.V.** Headache in patients with mental disorders: clinical symptoms and treatment / F.V. Orlov // “Vestnik psihiatrii i psihologii Cuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash psychiatry and psychology]. 2007. No 3. P. 50-58.

We examined 181 mental patients with headache as part of neurotic (ND), schizotypic (ST), affective disorders (AD), disorders due to brain dysfunction and post commotion syndrome (DBD). Research methods of clinical psychopathology, experimental psychology were used. Close links between clinical symptoms, variants of headache and the stage of different mental disorders, their duration and course were revealed. The use of mental and somatic diagnostic axes and nosologic definition of headache is proposed. Two approaches in headache therapy are discussed. The first is based on non-drug therapy (manual therapy and psychotherapy), the second uses psychotropic drugs. Team form of headache patients' treatment in realities of mental clinic is debated.

***Petunova, S.A. The influence of unemployed person status on personality psychoemotional well-being / S.A. Petunova // "Vestnik psikiatrii i psikhologii Cuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash psychiatry and psychology]. 2007. No 3. P. 59-73.***

The situation of unemployment results in changing of current psychoemotional state in unemployed person. This process has distinct dynamics and phasic nature which includes a number of firm stages. Unemployment state transforms personality structures and system of value orientations. Losing former positions in the society person feels decrease in self-estimation and welfare standards. At the same time inner dissatisfaction caused by absence of opportunities to personal professional achievements accumulates.

***Ryndina, O.G. Formation conditions of psychological readiness to military service / O.G. Ryndina // "Vestnik psikiatrii i psikhologii Cuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash psychiatry and psychology]. 2007. No 3. P. 74-88.***

The psychological organisation of military recruit personality at level of its inner structures becomes apparent in such characteristics as expected attitude from others (socio-psychological component), functioning of mental processes, properties, states and formations (individual-psychological component), self-estimated anxiety of discrepancy and self-appraisal (emotional and value component). Characteristics of the pointed out above components predetermine military recruits' attitude to military service in many respects.

***Nurmagambetova, S.A. Ethnocultural identity as object of psychiatric research (on material of ethnic Germans in Republic of Kazakhstan) / S.A. Nurmagambetova, Yu.V. Ignatiev // "Vestnik psikiatrii i psikhologii Cuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash psychiatry and psychology]. 2007. No 3. P. 89-100.***

Results of the research testify transformation of ethnic self-consciousness in Germans of Kazakhstan according to particular historical period. Public status of small ethnic group influences an individual choice of variant of ethnic identification. Ethnocultural psychiatric studies should



be directed toward social characteristics of the ethnic groups in particular. Group and individual strategies of acculturation belong to the most essential determinants of mental health.

**Suslova, E.S. Adaptive mechanisms under stress in various subcultural groups / E.S. Suslova // “Vestnik psichiatrii i psihologii Cuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash psychiatry and psychology]. 2007. No 3. P. 101-112.**

Specific features of mental adaptation among neurotic patients who belong to different subcultural groups of Chuvashia residents are studied. Gender differences in coping with crisis situations are revealed. Ethnicity has an effect on coping strategies preference as well. Patients from heterogeneous by ethnicity families demonstrate more adaptive behaviour. They have richer experience of crisis situations way out and have sufficient tolerance to anxious experience. Impairment of ethnocultural identification may lead to problem mental adaptation.

**Averin, A.V. All-Russian conference on nursing in psychiatry / A.V. Averin, L.G. Ronzhina // “Vestnik psichiatrii i psihologii Cuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash psychiatry and psychology]. 2007. No 3. P. 113-119.**

The information about work of All-Russian “Nursing in psychiatry” conference held in Cheboksary (21-22 September, 2006) is given. The contents of the basic reports is briefly submitted, the resolution of the conference is reproduced.

**The Third Congress of psychologists of Chuvashia // “Vestnik psichiatrii i psihologii Cuvashii” (Russ.) [The Bulletin of Chuvash psychiatry and psychology]. 2007. No 3. P. 120-121.**

Materials from the Third Congress of psychologists of Chuvashia that took place in Cheboksary (1 November, 2006) are presented. Plenary lectures and symposia were devoted to urgent problems of contemporary psychology. Complete themes of presentations at “Clinical psychology and psychotherapy” symposium are given.

**Karpov, A.M. Review of E.L. Nikolaev's "Borderline mental disorders as a phenomenon of psychology and culture" monography / A.M. Karpov // "Vestnik psichiatrii i psihologii Cuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash psychiatry and psychology]. 2007. No 3. P. 122-123.**

Multilevel approach, breadth of literary review and depth of author's own empirical research could be marked out among the advantages of the monography reviewed. All this makes the book a subject of original interest for professionals and all readers as well.

**The First East European Congress on psychiatry // "Vestnik psichiatrii i psihologii Cuvashii" (Russ.) [The Bulletin of Chuvash psychiatry and psychology]. 2007. No 3. P. 124-125.**

Welcome letter of Professor G. Christodoulou, Chair of the Executive Committee of the Psychiatric Association for Eastern Europe and the Balkans, President of the First East European Congress on psychiatry which is taking place on September 21-23, 2007 in Thessaloniki (Greece) is published.

# ТУПМАЛЛИ

Редактор самахё..... 6

## ЏИВЁЧ ЫЙТУСЕМ

*Е.Л. Николаев*

Психикан чикёри улашавёсене  
тёпчес туртамсем..... 8

*Ф.В. Орлов*

Психика улашавёсене пула пуç ыратни,  
унан клиникапа терапи уйрамлаҳёсем..... 50

## СОЦИАЛЛА ПСИХОЛОГИ

*С.А. Петунова*

Ёссёр юлни сыннан  
чун хавалне витём күни..... 59

*О.Г. Рындина*

Џар тивёсне пурнаслама психологи  
тёлёшенчен хатёрленес майсем..... 74

## КУЛЬТУРАСЕН ТЁЛПУЛАВЁ

*С.А. Нурмагамбетова, Ю.В. Игнатъев*

Џыннан этнокультура туртамне психиатри  
тёпчевёнче хак пани (Казахстан Республикинчи  
нимёс этносне тёпе хурса)..... 89

*Е.С. Суслова*

Тёрлө субкультура ушканёсен  
стреса түссе ирттермелли аслайёсем..... 101

## ПУЛАМСЕМПЕ ЯТСЕМ

*А.В. Аверин, Л.Г. Ронжина*

Психиатри сестрин ёсё-хёлне халалланă  
Пётём Раçсей конференцийё..... 113

Чăваш психологёсен виçсёмёш съезчё..... 120

*А.М. Карпов*

Е.Л. Николаеван «Чикёри улашусем  
психологипе культура феноменё пулни»  
монографине хаклани..... 122

Тухăс Европăри Пёрремёш психиатри конгресё..... 124

Џак номер реферачёсем..... 126

# CONTENTS

Editor's note .....	6
---------------------	---

## EDITORIAL

*E.L. Nikolaev*

The present-day directions of borderline mental disorders research .....	8
---	---

*F.V. Orlov*

Headache in patients with mental disorders: clinical symptoms and treatment .....	50
--	----

## SOCIAL PSYCHOLOGY

*S.A. Petunova*

The influence of unemployed person status on personality psychoemotional well-being .....	59
--	----

*O.G. Ryndina*

Formation conditions of psychological readiness to military service .....	74
--	----

## CROSSROAD OF CULTURES

*S.A. Nurmagambetova, Yu.V. Ignatiev*

Ethnocultural identity as object of psychiatric research (on material of ethnic Germans in Republic of Kazakhstan) .....	89
--	----

*E.S. Suslova*

Adaptive mechanisms under stress in various subcultural groups .....	101
---	-----

## NAMES AND EVENTS

*A.V. Averin, L.G. Ronzhina*

All-Russian conference on nursing in psychiatry .....	113
--	-----

The Third Congress of psychologists of Chuvashia .....	120
--	-----

*A.M. Karpov*

Review of E.L. Nikolaev's "Borderline mental disorders as a phenomenon of psychology and culture" monography .....	122
--	-----

The First East European Congress on psychiatry .....	124
--	-----

Abstracts of the current issue .....	126
--------------------------------------	-----

# **ВЕСТНИК**

## **ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ ЧУВАШИИ**

**№ 3**  
**2007**

Подписано в печать 25.05.2007. Формат 60 x 84/16.  
Бумага офсетная. Печать офсетная. Гарнитура Таймс.  
Усл. печ. л. 8,20. Уч.-изд. л. 6,7. Тираж 500 экз. Заказ 86

Отпечатано в типографии издательства «Новое время»  
428034, Чебоксары, ул. М. Павлова, 50/1.  
Тел. 46-43-46, 41-27-98