

ISSN 1993-1298



ВЕСТНИК

ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ ЧУВАШИИ

ПСИХИАТРИЕН ПСИХОЛОГИН ЧАВАШ ХЫПАРСИ
THE BULLETIN OF CHUVASH PSYCHIATRY AND PSYCHOLOGY



4

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

№ 4

Чебоксары
2008

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

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

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

Редакци канашĕн пуçлăхĕ
А.Б. КОЗЛОВ (Шупашкар)

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

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)

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. NURMAGAMBEVA
(Almaty)
A.F. SOGHOYAN (Yerevan)

Тĕп редакторĕ
Е.Л. НИКОЛАЕВ (Шупашкар)

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

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

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

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

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

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

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

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--------------------|---|
| От редактора | 6 |
|--------------------|---|

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

А.В. Голенков

| | |
|--|---|
| Нарушения мышления и речи у больных шизофренией с дефицитарными проявлениями | 8 |
|--|---|

А.А. Иванова

| | |
|---|----|
| Принципы терапии больных шизофренией при проведении амбулаторного принудительного лечения | 18 |
|---|----|

И.В. Шадрина, Е.Н. Альшина

| | |
|---|----|
| Качество жизни у больных молодого возраста, перенесших первый эпизод шизофрении | 28 |
|---|----|

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

И.Р. Абитов, В.Д. Менделевич

| | |
|---|----|
| Особенности совладающего поведения при психосоматических и невротических расстройствах | 35 |
|---|----|

Е.С. Сулова

| | |
|--|----|
| Дискурсивный подход в клинико-психологической оценке невротических расстройств | 50 |
|--|----|

ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА

С.А. Кулаков, Р.Д. Миназов

Интеграция психодрамы с другими подходами
в работе с пациентами, страдающими
психосоматическими расстройствами и зависимостями59

И.В. Шадрина, Е.Н. Альшина

Психообразование психически больных
и их родственников (сексологический аспект)69

ПЕРЕКРЕСТОК КУЛЬТУР

Е.Л. Николаев

Дискурс здоровья традиционной чувашской культуры76

В ФОКУСЕ НАУКИ

И.В. Реверчук

Теоретические и методологические противоречия
становления биопсихосоциальной парадигмы109

А.В. Голенков

Республиканские научно-практические конференции
по психиатрии, наркологии и психотерапии124

СОБЫТИЯ И ИМЕНА

Научные форумы в Санкт-Петербурге133

Школа молодых ученых в Суздале135

Личность и здоровье в эпоху новых ценностей137

Психиатрическая помощь на современном этапе140

Рефераты текущих публикаций
(на русском, чувашском и английском языках)144

Информация для авторов159

ОТ РЕДАКТОРА

Уважаемые читатели!

Минувший год был знаменателен для отечественной психиатрии, наркологии, психотерапии и психологии. Он знаменателен тем, что полтора столетия назад родился выдающийся русский мыслитель, исследователь, врач, психолог мирового уровня – Владимир Михайлович Бехтерев (1857-1927).

Именно благодаря неустанной деятельности В.М. Бехтерева в 1885 г. в Казани была открыта первая в стране экспериментальная психологическая лаборатория. Именно благодаря широкому его научным взглядам было создано новое направление в медицине – психоневрология. Благодаря его яркому таланту организатора и вдохновителя в 1907 г. в Санкт-Петербурге открылось научно-практическое учреждение нового типа – психоневрологический институт, где по сей день разрабатываются самые перспективные направления охраны психического здоровья населения. И это далеко не полный перечень его общепризнанных заслуг перед наукой. Неудивительно, что торжественные мероприятия по этому славному юбилею прошли по всей стране – в Казани, Москве, Санкт-Петербурге, других городах, в большей или меньшей степени связанных с его именем и делами.

В данном номере журнала мы решили опубликовать такие материалы, которые бы в определенной мере соответствовали ключевым направлениям деятельности В.М. Бехтерева. Поэтому здесь подробно освещаются актуальные проблемы современной психиатрии, психотерапии, клинической психологии, вопросы психопрофилактики и реабилитации и, конечно же, методологические проблемы совершенствования научного познания в области психического здоровья. Некоторые работы носят отчетливый междисциплинарный характер, без чего сегодня просто невозможно представить себе глубокое изучение многих вопросов.

Прошедший год был знаменателен и для психиатрической службы Чувашии. Исполнилось 50 лет с того момента, как в республике организовано стационарное лечение больных с пограничными состояниями. 45 лет минуло со времени основания самой крупной психиатрической больницы Чувашии – Республиканской психиатрической больницы в г. Чебоксары. Для создания системы квалифицированной помощи больным с пограничными состояниями одним из первых в стране 20 лет назад был создан Республиканский психотерапевтический центр. Информация об этих и других не менее важных и интересных событиях нашла освещение на страницах данного выпуска.

Специалисты службы психического здоровья республики сегодня работают, ориентируясь на лучшие отечественные и мировые научно-практические достижения. Развивается тесное сотрудничество как с ведущими научными центрами, так и с отдельными учеными и специалистами из различных регионов страны, свидетельством чему являются также работы, которые предлагаются вашему вниманию в данном номере.

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ И РЕЧИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ДЕФИЦИТАРНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

А.В. Голенков

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

Нарушения мышления и речи в их взаимосвязи рассматриваются как одни из важных клинических характеристик шизофренического дефекта [1, 5, 6, 9, 10]. Специфичность дефектного состояния ранее виделась прежде всего в особой разновидности «речево-мыслительной деменции» [7]. В структуре такого слабоумия отмечались: нарушения конкретизации понятий; затруднения, тугоподвижность мыслительных процессов; бедность фантазии и воображения; банальность, оскудение, уплощение личности, утрата чувства юмора [2, 4, 8]. Кроме того, отдельно выделялись конечные состояния шизофрении с речевой бесвязностью, в которых явления шизофрении и разорванности доминируют в клинической картине, выступая на первый план вместо галлюцинаций, бреда, психомоторных расстройств [3]. Однако нарушения мышления и речи при легких и умеренно выраженных дефицитарных проявлениях остались недостаточно изученными.

На современном этапе сохраняется интерес к этой проблеме. Нарушения мышления и речи при шизофрении рассматриваются в двух основных аспектах. Первый аспект затрагивает взаимосвязь позитивных и негативных симптомов с лингвистическими показателями. Данные опубликованных исследований достаточно противоречивы. В одних работах особо подчеркивается, что синтаксические и семантические ошибки речи больных

шизофренией во многом зависят от выраженности и характера позитивных расстройств [6, 11, 13]. В других – обнаружен параллелизм указанных нарушений с тяжестью негативных симптомов, но никак не позитивных [12]. Между тем встречаются исследования, авторы которых вообще не находят каких-либо корреляций [18].

Второй аспект затрагивает возможное участие кортикальных и субкортикальных механизмов в развитии нарушений речи. Гипотетические модели речевой продукции при шизофрении связываются с дисфункцией таламуса, гиппокампа и таламуса, лимбической системы и префронтальных структур [14, 15, 19, 20]. Встречаются попытки соотнести локальные изменения в головном мозге с определенными расстройствами речи. Так, в работе, выполненной методом компьютерной томографии, было обнаружено, что расширение боковых желудочков (индекс передних рогов) у больных шизофренией достоверно коррелирует с алогией, в то время как другие морфометрические показатели не столь информативны [16].

Таким образом, недостаточно изученными остаются: феноменологические особенности мышления и речи, их динамика в процессе нарастания шизофренического дефекта; взаимосвязь лингвистических показателей с позитивными и негативными (дефицитарными) симптомами; особенности морфологических изменений в головном мозге у обследованных больных.

Материалы и методы. Невыборочно обследовано 110 больных шизофренией (62 женщины и 48 мужчин), в возрасте от 19 до 64 лет, с давностью заболевания от одного года до 40 лет. Квалификация расстройств проводилась в соответствии с общепринятыми критериями шизофрении, изложенными в МКБ-10. Параноидная шизофрения (F20.0) наблюдалась у 67 больных (непрерывное течение – у 41, приступообразное – у 26), простая (F20.6) – у 20, «остаточная» (F20.5) – у 19, шизотипическое расстройство (F21) – у 4.

Для объективизации клинических показаний мышления и речи в процессе стандартизованной беседы использовалась шкала «Оценка мышления, речи и коммуникации» [9], в которой приводится подробное описание симптомов, представлены кон-

кретные примеры каждого вида нарушений. Дается их количественная оценка. Одновременно по «Краткой оценочной психиатрической шкале» учитывались негативные (дефицитарные) и позитивные расстройства [16]. Математико-статистическая обработка проводилась описательными методами и с помощью корреляционного анализа.

Результаты и их обсуждение. В целом те или иные нарушения мышления и речи обнаружены у 103 (93,6%) из 110 больных шизофренией с дефицитарными проявлениями. При этом встречаемость наблюдаемых расстройств существенно варьировала (табл. 1).

Таблица 1

Распределение нарушений мышления и речи у обследованных больных

| Расстройство | Всего | | Выраженность нарушений мышления | | | |
|---|-------|------|---------------------------------|---------|---------|---------|
| | абс. | % | слабая | средняя | тяжелая | крайняя |
| Обедненность содержания речи (качественная) | 88 | 80,0 | 24 | 21 | 19 | 24 |
| Обедненность речи (количественная) | 80 | 72,7 | 22 | 23 | 25 | 10 |
| Соскальзывания | 48 | 43,6 | 11 | 20 | 6 | 11 |
| Тангенциальность | 45 | 40,9 | 14 | 19 | 4 | 8 |
| Алогичность | 45 | 40,9 | 11 | 14 | 13 | 7 |
| Потеря цели | 38 | 34,5 | 14 | 9 | 14 | 1 |
| Отвлекаемость | 31 | 28,2 | 18 | 11 | 2 | - |
| Речевой напор | 27 | 24,5 | 15 | 10 | 2 | - |
| Персеверации | 23 | 20,9 | 14 | 7 | 2 | - |
| Обстоятельность | 19 | 17,3 | 14 | 5 | - | - |
| Инкогеренция | 15 | 13,6 | 2 | 2 | 7 | 4 |
| Эхолалия | 9 | 8,2 | 3 | 6 | - | - |
| Парафазия фонетическая (литеральная) | 9 | 8,2 | 6 | 3 | - | - |
| Парафазия семантическая (вербальная) | 7 | 6,4 | 5 | 2 | - | - |
| Ссылка на себя | 6 | 5,5 | 4 | 2 | - | - |
| Неологизмы | 5 | 4,5 | 2 | 3 | - | - |
| Ассоциации по созвучию | 5 | 4,5 | 1 | 3 | 1 | - |
| Блок мышления | 4 | 3,6 | 3 | 1 | - | - |
| Использование слов, приблизительных по смыслу | 4 | 3,6 | 4 | - | - | - |
| Высокопарность речи | 3 | 2,7 | 3 | - | - | - |

Наиболее часто наблюдались обедненность речи как в виде снижения содержательной стороны – бедности мыслей, алогий, неясных или непонятных ответов, вербигераций (80%), так и количественное ограничение спонтанной речевой продукции – от лаконичности, конкретности, односложности ответов вплоть до мутизма (72,7%). Более половины больных имели так называемые структурные нарушения мышления и речи (соскальзывания, тангенциальность, инкогеренция, алогичность). Это прежде всего проявлялось расплывчатостью ассоциаций, «бессвязностью», соскальзыванием мысли с одной «колеи» на другую, обнаруживая с прежним смыслом лишь косвенную связь. Преобладали необычные смысловые переходы, предметы мысли располагались близко друг к другу, теряли прежние значимые отношения. Феноменологически близкими к соскальзыванию оказывается такое расстройство, как тангенциальность, когда ответ дается по «касательной», либо вообще не по существу вопроса. Инкогеренция часто сопровождалась соскальзываниями, но отличалась от последних тем, что проявлялась внутри отдельного простого предложения, либо части сложноподчиненного предложения, включая в себя несовместимые слова и фразы. В инкогерентных предложениях нередко отсутствовали «цементирующие слова» («хотя», «этот», «и» и другие). Соскальзывания же проявлялись в неясных или путаных связях между более крупными единицами – предложениями. Патогномоничным для обследованных больных была алогичность, т.е. такой паттерн речи, в котором заключение не имеет логического основания, вытекает из ложных предпосылок, основанных на бредовых идеях. Эти две большие группы нарушений мышления и речи обнаруживали высокоинформативные корреляции с позитивными и негативными (дефицитарными) проявлениями. В частности, общая обедненность речи (количественная и качественная) во многом сопряжена с выраженностью дефицитарных нарушений ($r=0,80$) и практически не связана с тяжестью позитивных расстройств ($r=0,28$). Обратные взаимоотношения обнаружены при анализе структурных нарушений речи. Здесь уже прослеживается их тесная связь с выраженностью галлюцинаторно-бредовых расстройств ($r=-0,70$) и отсутствие таковой с дефицитарным сим-

птомокомплексом ($r=0,25$). Между тем общая оценка нарушений речи является высокоинформативным показателем уровня расстройства психической деятельности ($r=0,64$). Последний, как известно, представляет собой совокупность позитивных и негативных симптомов, объединенных единством патогенеза.

В зависимости от уровня расстройства психической деятельности все больные были разделены на три клинические группы: с легкими дефицитарными нарушениями, умеренными и тяжелыми.

В первую группу включено 34 больных (30,9%) с легкими дефицитарными нарушениями, в том числе 27 мужчин и 7 женщин в возрасте от 19 до 47 лет; средний возраст – $27,4 \pm 9,2$ года, с длительностью заболевания от 1 года до 23 лет – $6,5 \pm 6,2$ года. При дефекте легкой степени изменения, привнесенные болезнью, исчерпывались появлением или некоторым углублением шизоидных черт, эмоциональной отгороженности, астенических и когнитивных расстройств, сглаженностью аффективных реакций. Клиническая картина, помимо легких дефицитарных расстройств, у части больных дополнялась резидуальными навязчивостями, дереализационно-деперсонализационными и психопатоподобными нарушениями.

У пациентов этой группы нарушения мышления и речи были слабо выражены, а у 7 – отсутствовали совсем. Чаще всего встречалась обедненность речи в виде отдельных нечетких ответов неопределенного смысла, не содержащих адекватной исчерпывающей информации, односложных или большой краткости («да», «нет», «может быть», «не знаю»). Особо значимые события в то же время излагались с обилием иллюстрированных деталей, избыточно скучно, обстоятельно, иногда мысль так и не достигала логического конца. В некоторых предложениях между идеями прослеживалась лишь косвенная связь.

У других больных наблюдалось количественное увеличение спонтанной речи. Ответы на простой вопрос занимали несколько минут, некоторые предложения оставались незаконченными из-за возникновения новых идей, отвлекаемости на случайные ситуации. Периодически отмечалось повторение слов, мыслей

или предметов. Речь зачастую была громкая и быстрая, сопровождалась расплывчатостью ассоциаций.

Во второй группе наблюдалось 27 больных (24,5%) с умеренно выраженными дефицитарными расстройствами, в том числе 18 мужчин и 9 женщин, в возрасте от 19 до 60 лет ($34,7 \pm 10,3$ года), с длительностью заболевания от 3 до 35 лет ($14,8 \pm 9,0$ года). Средняя степень дефекта включала уже отчетливое падение энергетического потенциала, нарастание аутизма, когнитивных расстройств, дальнейшее аффективное обеднение. Хотя у большинства больных состояние исчерпывалось дефицитарными проявлениями, тем не менее они иногда сосуществовали с остаточными нарушениями галлюцинаторно-параноидных регистров.

У больных со средней степенью дефицитарных нарушений обнаруживались более выраженные изменения мышления и речи. Они сочетались, с одной стороны, с отчетливой непродуктивностью интеллектуальной деятельности, выраженным снижением психической активности, с другой – определялись во многом расстройствами галлюцинаторно-параноидных регистров. Преобладали лаконичные, неполные, не превышающие нескольких слов ответы в «телеграфном» стиле. По меньшей мере половина интервью состояла из них. В разговорной речи отчетливо прослеживалось уменьшение употребления прилагательных, числительных, частиц, наречий, местоимений, обстоятельств времени. Значительно чаще, чем у пациентов первой группы, наблюдались тангенциальность, соскальзывания, отчего речь приобретала «бессвязный», расплывчатый характер. Больным были свойственны: эгоцентризм мышления («ссылка на себя»), использование неологизмов, резонерство, перерывы в течении мыслей. Иногда отмечались ускорение речи, с повышенной отвлекаемостью, чрезмерно помпезная, отстраненная, выказывания, состоящие из чопорного и формального синтеза.

Тяжелые дефицитарные проявления определялись у 49 больных (44,5%), в том числе у 46 женщин и 3 мужчин, в возрасте от 19 до 64 лет (средний возраст $48,7 \pm 11,0$ года), с длительностью заболевания от 5 до 40 лет (средний возраст $26,8 \pm 7,8$ года). Данная степень дефекта характеризовалась ин-

теллектуально-мнестическими нарушениями, аспонтанностью, эмоциональными опустошениями. Кроме собственно дефицитарных проявлений в течение длительного времени (часто более 20 лет) наблюдались полиморфные кататоно-галлюцинаторные, кататоно-бредовые состояния. Несмотря на проведение в прошлом неоднократных курсов интенсивной терапии, нередко в комплексе с шокowymi методами (ЭСТ, ИКТ), у данных больных не удавалось провести какую-либо четкую границу между психозом и ремиссией. Неслучайно многие из них находились на обеспечении в психоневрологических интернатах.

Расстройства мышления и речи также достигали крайней степени выраженности. Продуктивная беседа с такими больными невозможна. Большая часть ответов была непонятна. Словарный запас значительно обеднен. Явления вербигерации, бормотания сменялись полным мутизмом. Другой причиной, препятствующей интервью, являлась крайняя степень «бессвязной» речи, многие предложения были целиком инкогерентны. Эти проявления наблюдались с самого начала беседы и обнаруживали тенденцию к нарастанию в ходе исследования. Иногда выявлялись эхололии и парафазии, как литеральные (искажение слов за счет перемещения в них слогов и звуков), так и вербальные (замена одного слова другим, близким по смыслу). У пациентов с «остаточной коммуникативностью» отмечались нарушения понимания смысла грамматически сложных фраз, затруднение нахождения для ответа обычных слов. Высказывания характеризовались чрезмерной конкретностью, банальностью и трафаретностью.

При компьютерно-томографическом (КТ) исследовании у 39 (79,6%) из 49 больных встречались преимущественно умеренно выраженные и грубые изменения в головном мозге (табл. 2).

Таблица 2
Результаты КТ-исследования у больных шизофренией с дефектом, %

| Степень дефекта | Атрофические изменения | КТ-изменения | | |
|-----------------|------------------------|--------------|-----------|--------|
| | | легкие | умеренные | грубые |
| Легкая | 41,2 | 71,4 | 14,3 | 14,3 |
| Средняя | 63,0 | 29,4 | 52,9 | 17,6 |
| Тяжелая | 79,6 | 15,4 | 64,1 | 20,5 |
| Всего | 63,6 | 30,0 | 51,4 | 18,6 |

Проводимое исследование дефектных состояний шизофрении позволило по мере их утяжеления выявить характерные особенности нарушений мышления и речи. Определенная взаимосвязь клинических и лингвистических проявлений подтверждается данными КТ-исследования. В частности, сопоставление результатов КТ с клиническими данными показывают, что, чем тяжелее дефектное состояние, тем чаще и выраженнее изменения в головном мозге ($p < 0,05$). Доминирующими изменениями при этом оказывались признаки корковой атрофии (соотношение корковой-смешанной-подкорковой атрофий – 4:2,7:1), локализующиеся преимущественно в височно-лобно-теменных отделах (10:7:1) и в левом полушарии (3:1). Однако не удалось установить значимых корреляций между морфометрическими показателями мозговых структур (индексы мозговых желудочков, ширина борозд) и перечисленными расстройствами речи.

Выводы. Наши данные свидетельствуют о том, что, оценивая тяжесть дефицитарного состояния при шизофрении, необходимо учитывать особенности лингвистических показателей. Так, уже на ранних этапах формирования дефекта обнаруживаются нозоспецифические нарушения мышления и речи. В первую очередь расстраиваются номинативная и предикативная функции речи. Происходит своеобразное перераспределение ее частей: уменьшение доли глаголов, преобладание местоимений и наречий, отчего постепенно утрачивается способность к формированию высказываний [3]. Затем уменьшается употребление и других частей речи. Существенно обедняется словарный запас, речь становится недостаточно целенаправленной, логичной. По мере утяжеления дефектного состояния снижается речевая активность, прогрессируют структурные нарушения мышления. В исходных состояниях шизофрении (тяжелая степень дефекта) функция речи как средство общения оказывается полностью разрушенной.

Литература

1. *Амбрумова А.Г.* Течение шизофрении по данным отдаленного катанеза / А.Г. Амбрумова. М., 1962. 218 с.

2. *Вроно М.С.* Конечные состояния больных шизофренией с речевой бессвязностью: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1957. 16 с.
3. *Внуков В.А.* О дефекте при шизофреническом процессе и об отдельных видах его / В.А. Внуков // 2-й Всесоюз. съезд невропатологов и психиатров. М., 1936. С.136-140.
4. *Евлахова Э.А.* Типы шизофренического мышления / Э.А. Евлахова // 2-й Всесоюз. съезд невропатологов и психиатров. М., 1936. С.178-182.
5. *Мелехов Д.Е.* Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении / Д.Е. Мелехов. М., 1963. 200 с.
6. *Савицкая А.Б.* Расстройства речи у больных параноидной формой шизофрении: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1975. 34 с.
7. *Чернуха А.А.* О слабоумии при шизофрении / А.А. Чернуха // Журн. невропатологии и психиатрии. М, 1938. Т. 7, вып. 1. С. 125-144.
8. *Эдельштейн А.О.* Исходные состояния шизофрении / А.О. Эдельштейн. М., 1938. 113 с.
9. *Andreasen N.C.* Scale for the assessment of thought, language and communication (TLC) // Sch. Bull. 1986. Vol. 11. N 3. P. 473-486.
10. *Barrera A., McKenna P.J., Berrios G.E.* Two new scales of formal thought disorders in schizophrenia // Psychiatry Res. 2008. Jan. 15. Vol. 157. N 1-3. P. 225-234.
11. *Bazin N., Lefrere F., Passerieux C. et al.* Formal thought, language and communication assessment scale // Encephale. 2002. Mar.-Apr. Vol. 28. N 2. P. 109-119.
12. *Berman I., Viegner B., Merson A. et al.* Differential relationships between positive and negative symptoms and neuropsychological deficits in schizophrenia // Sch. Res. 1997. May. 3. Vol. 25. N1. P. 1-10.
13. *Kerns J.G.* Verbal communication impairments and cognitive control components in people with schizophrenia // J. Abnorm. Psychol. 2007. May. Vol. 116. N 2. P. 279-289.
14. *Kircher T., Liddle P., Brammer M. et al.* Neural correlates of "negative" formal thought disorder // Nervenarzt. 2003. Sep. Vol. 74. N 9. P. 748-754.
15. *Mitelman S.A., Brickman A.M., Shihabuddin L. et al.* A comprehensive assessment of gray and white matter volumes and their relationship to outcome and severity in schizophrenia // Neuroimage. 2007. Aug. 15. Vol. 37. N 2. P. 449-462.
16. *Moscarelli M., Cesana B.M., Cinsani S. et al.* Ventricle-brain ratio and alogia in 19 young patients with chronic negative and positive schizophrenia // Amer. J. Psychiatry. 1989. Vol. 146. N 2. P. 257-258.

17. *Overall J., Gorham D.* The brief psychiatric rating scale // Psychol. Rep. 1962. Vol. 10. P. 799-812.
18. *Piskrin V., Lovallo V., Bourne L.E.* Thought disorder and schizophrenia: Isolating and timing a mental event // J. Clin. Psychiatry. 1986. Vol. 42. – N 3. P. 417-427.
19. *Simmons A., Miller D., Feinstein J.S. et al.* Left inferior prefrontal cortex activation during a semantic decision-making task predicts the degree of semantic organization // Neuroimage. 2005. Oct. 15. Vol. 28. N 1. P. 30-38.
20. *Weinstein S., Woodward T.S., Ngan E.T.* Brain activation mediates the association between structural abnormality and symptom severity schizophrenia // Neuroimage. 2007. May. 15. Vol. 36. N 1. P. 188-193.

**ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ
БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АМБУЛАТОРНОГО
ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ**

А.А. Иванова

Омская государственная медицинская академия, Омск

Существующая концепция общественной опасности психически больных объясняет ее происхождение комплексным влиянием клинических, психологических и социальных факторов. Воздействие на них позволяет уменьшить вероятность совершения тяжких деликтов [3, 4, 9, 10]. Осуществление принудительных мер медицинского характера в стационарных условиях не позволяло воздействовать на весь комплекс факторов в связи с ограниченными возможностями применения социотерапевтических мероприятий. Появление амбулаторного принудительного наблюдения и лечения (АПНЛ) способствовало решению данной проблемы, однако до настоящего момента сохраняется потребность в адаптации имеющихся методов лечения к внебольничным условиям работы с опасными пациентами [7]. Актуальной является разработка инструментов оценки эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий, а также критериев отмены АПНЛ [2, 6, 12].

Цель настоящего исследования заключалась в изучении клинических и социальных особенностей больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, находящихся на АПНЛ, разработке на этой основе эффективных лечебно-реабилитационных мероприятий и критериев отмены данного вида принудительного лечения.

Проведено сплошное обследование 173 пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, находящихся на АПНЛ в ГУЗ Омской области «Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодниковой» с 2002 по 2005 гг. Выбор данной нозологической формы был обусловлен стабильным преобладанием этих лиц среди психически больных невменяемых [1, 11, 13]. Изученная популяция представлена 156 мужчинами (90,2% обследованных) и 17 женщинами (9,8%) в воз-

расте от 16 до 63 лет. Среди них параноидная шизофрения была выявлена у 77,5% больных, а шизоаффективное и шизотипическое расстройства встречались значительно реже (14,4 и 8,1% соответственно).

В ходе работы применялись следующие методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-динамический, психометрический, клинико-социальный, статистические методы. Объективизация данных, полученных в ходе клинического интервью, проводилась с помощью «Шкалы общего клинического впечатления» (ШОКВ) и «Шкалы продуктивных и негативных симптомов шизофрении» (PANSS). В качестве критерия оценки степени общественной опасности больного применялся индекс общественной опасности (ИОО).

Согласно принятой методологии изучения невменяемых, вся совокупность пациентов была разделена на две группы по критерию «психопатологический механизм общественно опасного деяния (ООД)» [8]. Такой подход позволяет наиболее полно учесть вклад клинических, личностных и социальных составляющих в генез противоправного поведения пациентов. В изучаемой популяции больных по продуктивно-психотическому механизму совершили ООД 74 пациента (42,8%), по негативно-личностному – 99 человек (57,2%).

В первую подгруппу (с продуктивно-психотическим механизмом ООД) были включены 66 мужчин (89,2%) и 8 женщин (10,8%). Средний возраст пациентов составил $33,1 \pm 9,6$ года. Диагноз параноидной шизофрении (F20) был верифицирован у 51 больного; шизоаффективный психоз (F25) – у 23. Синдромологическая структура психических расстройств у больных этой подгруппы была представлена галлюцинаторно-бредовыми и аффективно-бредовыми расстройствами.

Вторую подгруппу (с негативно-личностным механизмом деликта) составили 90 мужчин (90,9%) и 9 женщин (9,1%). Средний возраст пациентов составил $28,7 \pm 9,8$ года. Диагноз параноидной шизофрении (F20) был установлен у 82 респондентов; шизотипическое расстройство (F21) – у 14 пациентов и у 3 обследованных был выявлен шизоаффективный психоз (F25). Клинические проявления заболевания в момент совершения

правонарушения исчерпывались психопатоподобными состояниями и дефицитарными расстройствами по шизофреническому типу.

При сравнении двух групп между собой было установлено, что пациенты, совершившие ООД по негативно-личностному механизму, на момент правонарушения были достоверно моложе ($p < 0,01$). Кроме того, для них были характерны более низкий уровень образования и доходов ($p < 0,05$), большая частота сопутствующих личностных девиаций и тесная связь между совершением опасного деяния и наличием алкогольного опьянения ($p < 0,001$).

В клиническом плане для пациентов с продуктивно-психотическим механизмом деликта типичным было начало заболевания в более поздние сроки на фоне сохранной личностной структуры и умеренной степени прогрессивности шизофренического процесса. Совершенные ООД были обусловлены галлюцинаторно-бредовыми и аффективно-бредовыми состояниями. У больных с негативно-личностным механизмом отмечалось раннее начало эндогенного заболевания, которое формировалось на фоне преморбидных личностных аномалий, а деликты ассоциировались с психопатоподобными расстройствами и явлениями шизофренического дефекта.

Характер противоправного поведения больных зависел от механизма совершения ООД: при продуктивно-психотическом механизме пациентами совершались преимущественно агрессивные деликты, которые в большинстве случаев являлись первыми в жизни. У больных с негативно-личностным механизмом обнаруживалась отчетливая тенденция к систематическому совершению правонарушений, которые носили в основном имущественный характер. Отличия двух рассмотренных подгрупп больных представлены в таблице.

Полученные данные об особенностях формирования опасного поведения у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, находящихся на АПНЛ, были положены в основу разработанных нами лечебно-реабилитационных программ. Всего с учетом особенностей клинических проявлений заболевания и соотношения различных факторов в генезе

ООД были предложены четыре схемы оказания помощи этим пациентам. В каждой программе были выделены три этапа с учетом рекомендуемой В.П. Котовым и М.М. Мальцевой [5] поэтапной стратегии принудительного лечения: начальный (адаптационно-диагностический), основной (плановая дифференцированная курация), заключительный (завершающий).

Сравнение групп пациентов, совершивших ООД по продуктивно-психотическому и негативно-личностному механизмам

| Признак, % | 1 группа | 2 группа | Достоверность различий |
|--|-----------|----------|-----------------------------|
| Средний возраст пациентов, лет | 33,1±9,6 | 28,7±9,8 | p<0,01 |
| Доля лиц с низким уровнем образования | 31,1 | 45,5 | $\chi^2=4,75$; p<0,05 |
| Доля лиц без постоянного места работы | 78,4 | 91,9 | $\chi^2=7,69$; p<0,01 |
| Доля лиц с низкими доходами | 17,6 | 31,3 | $\chi^2=4,57$; p<0,05 |
| Наличие сопутствующих личностных расстройств | 10,8 | 41,4 | $\chi^2=23,39$; p<0,001 |
| Черепно-мозговая травма в анамнезе | 27,0 | 40,4 | $\chi^2=3,99$; p<0,05 |
| Поведенческие нарушения в детско-подростковом возрасте | 35,7 | 74,6 | $\chi^2=30,79$; p<0,001 |
| Привлечение к уголовной ответственности в преморбиде | 16,3 | 30,3 | $\chi^2=5,53$; p<0,05 |
| Совершение ООД в состоянии опьянения | 45,9 | 97,9 | $\chi^2=67,06$; p<0,001 |
| Возраст дебюта шизофрении, лет | 25,9±9,3 | 20,5±8,7 | p<0,001 |
| Возраст совершения 1-го ООД, лет | 31,5±10,6 | 25,8±9,5 | p<0,001 |

Составными частями программ являлись медикаментозные и немедикаментозные формы терапии. Удельный вес фармакотерапевтической и реабилитационной составляющих был различным в зависимости от степени участия клинических и неклинических факторов в генезе противоправной активности пациентов обеих групп.

Первые две программы по содержанию были близки, поскольку разрабатывались для лиц, совершивших ООД по продуктивно-психотическому механизму. Их общей особенностью было широкое использование психофармакотерапии на всех этапах лечебного воздействия, что определялось практически

полной обусловленностью опасного поведения психотическими расстройствами. Социотерапевтические и психокоррекционные мероприятия применялись в качестве дополнительных. Пациентам с галлюцинаторно-бредовыми состояниями назначались пролонгированные формы традиционных нейролептиков, которые в случае ухудшения комбинировались с препаратами седативного действия. После достижения стабилизации состояния больных переводили на монотерапию пролонгом, либо, при высоком комплаенсе, на пероральные атипичные антипсихотики.

Вторая программа применялась по отношению к больным с аффективно-бредовыми состояниями, при этом методы фармакотерапии были представлены шире в связи с более сложной структурой психотических приступов. На первом этапе использовалось сочетание традиционного нейролептика-пролонга с антидепрессантом (при депрессивном аффекте) или нормотимиком (при маниакальном). Базовым препаратом для купирования шизоаффективных обострений был азалептин, который при необходимости комбинировался с трициклическим антидепрессантом, а поддерживающая терапия проводилась пролонгированным антипсихотиком и нормотимическим средством.

Для третьей и четвертой программ, разработанных для лиц с негативно-личностным механизмом ООД, типичным было активное использование социотерапевтических и психокоррекционных методов, которые к концу лечения даже доминировали над фармакологическими.

При работе с наиболее сложной подгруппой больных с преобладанием психопатоподобных расстройств терапия начиналась с назначения пролонгированного нейролептика в сочетании с корректором поведения или нормотимиком. При рецидиве поведенческих расстройств к ним добавлялся препарат седативного действия, а к моменту прекращения АПНЛ проводилось лечение одним антипсихотиком длительного действия.

Содержание четвертой программы, направленной на коррекцию ассоциированных с опасностью дефицитарных расстройств, на начальном этапе заключалось в применении традиционных пролонгированных нейролептиков, которые в дальнейшем заменялись на атипичные антипсихотики в малых до-

зах. Содержание социотерапевтических мероприятий для лиц с психопатоподобными расстройствами заключалось преимущественно в семейной терапии и психообразовании родственников, а при явлениях дефекта – в инструментальной поддержке и тренинге социальных навыков.

Оценка результатов применения разработанных программ позволила доказать их значительную эффективность. При этом более высокие показатели были достигнуты при работе с пациентами первой группы (с продуктивно-психотическим механизмом ООД). Данные, характеризующие эффективность проведенных мероприятий для всех пациентов первой группы, то есть отражающие усредненные результаты применения первой и второй программ, обусловлены близостью полученных значений в подгруппах. В течение 18 месяцев у них отмечалась редукция общего балла по шкале PANSS с 58,4 до 42,6 балла. Для названного показателя достоверность различий с исходными значениями на уровне $p < 0,05$ достигалась к концу третьего месяца и $p < 0,01$ – через 12 месяцев терапии. Аналогичные результаты были получены при оценке динамики среднего суммарного балла по шкале общего клинического впечатления. Средний балл ШОКВ-тяжесть у лиц с галлюцинаторно-бредовыми и аффективно-бредовыми расстройствами за время наблюдения уменьшился с 3,89 до 2,53. Статистическую достоверность различий с исходным уровнем значения приобретали с шестого месяца терапии.

Наряду с динамикой психического состояния, комплексная оценка эффективности терапии включала в себя анализ степени опасности пациентов, определявшейся с помощью индекса общественной опасности. В первой группе больных в течение 18-месячного периода наблюдения происходило достоверное снижение индекса с $1,8 \pm 0,7$ до $0,9 \pm 0,4$ балла, причем в течение последнего полугодия его значения стабилизировались и оставались на уровне примерно 1 балла, несмотря на продолжавшуюся психофармакотерапию.

Эффективность проведенной противорецидивной терапии мы оценивали по двум базовым показателям: доле пациентов без обострения и доле больных, не совершивших повторных

ООД в течение периода исследования, а также катамнестического наблюдения. Длительность последнего составила от 3 месяцев до 4 лет – в среднем $1,4 \pm 0,5$ года. В первой группе повторные ООД совершили 4,1% больных, а рецидивы психотической симптоматики были зарегистрированы у 12,2%.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что применявшиеся терапевтические схемы позволяют надежно контролировать основные симптомы заболевания и достичь выраженного противорецидивного эффекта у пациентов с продуктивно-психотическим механизмом ООД.

Сводные оценки результатов лечения пациентов с негативно-личностным механизмом деликта показали меньшую его эффективность, чем у лиц с доминированием продуктивных расстройств. Во второй группе имели место более высокие средние значения общего балла по PANSS как на момент начала, так и на момент окончания АПНЛ. Появление статистически достоверных различий по сравнению с исходным уровнем происходило в более поздние сроки, а степень редукции суммарного балла была меньшей, чем среди лиц, совершивших ООД по продуктивно-психотическому механизму (на 27,1 и 15,6% соответственно). В результате 18-месячного курса лечения удалось достичь редукции суммарного балла по PANSS в среднем с 71,2 до 60,1 ($p < 0,01$). Средний балл по ШОКВ-тяжесть уменьшился с 4,31 до 3,08. При этом сроки наступления статистической достоверности в различиях значений совпадали с показателями первой группы.

Несмотря на более высокие значения ИОО, чем в первой группе ($2,1 \pm 0,7$ балла), динамика его редукции подчинялась общим закономерностям: значения индекса к концу первого года АПНЛ приближались к окончательным – $1,1 \pm 0,4$ балла, и в дальнейшем мало подвергались изменениям.

На протяжении 18 месяцев терапии и последующего катамнестического наблюдения, у 21,2% обследованных отмечалось ухудшение психического состояния, а у 7,1% больных были зарегистрированы повторные правонарушения. Доля таких пациентов была выше, чем в первой группе, однако эти различия достигали степени статистической значимости лишь при срав-

нении частоты обострений ($\chi^2=5,65$; $p=0,0175$). Показатель повторности ООД, различаясь в абсолютном выражении более чем в два раза, не соответствовал уровню достоверности ($\chi^2=1,68$; $p=0,194$).

Полученные данные свидетельствуют о том, что пациенты второй группы в силу имевшихся у них клиничко-социальных особенностей обладали меньшим лечебно-реабилитационным потенциалом. Несмотря на это, подбор адекватных схем медикаментозной терапии и целенаправленное воздействие на дезадаптирующее влияние социума, позволяли достичь высоких результатов, что положительно сказывалось на степени общественной опасности.

Полученные результаты эффективности лечебных программ позволили сформулировать критерии отмены АПНЛ больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. Для больных с продуктивно-психотическим механизмом они должны включать: наличие сформированной ремиссии и отсутствие на протяжении 6 месяцев признаков активности процесса, значение общего балла по шкале PANSS не более 45, достижение приемлемого уровня социальной адаптации, значения индекса общественной опасности не более 1 балла на протяжении не менее чем 6 месяцев.

Для лиц с негативно-личностным механизмом ООД прекращение АПНЛ возможно при отсутствии признаков активности процесса на протяжении 6 месяцев, значении общего балла по шкале PANSS не более 62, решении социальных проблем, отсутствии проявлений опасного поведения на протяжении 6 месяцев, значении индекса общественной опасности не более 1,5 балла на протяжении 6 месяцев.

Таким образом, в результате проведения исследования были разработаны схемы фармако- и социотерапевтических мероприятий для пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, находящихся на АПНЛ. Применение комплексных лечебно-реабилитационных программ в отношении этого контингента позволило достичь достоверного улучшения психического состояния больных, верифицируемого по

шкалам PANSS и ШОКВ ($p < 0,01$), а также снизить уровень общественной опасности ($p < 0,01$).

Литература

1. Белоусова М.Л. Преступность и опасные действия больных шизофренией в период 1988-1998 гг. (социально-демографические и криминологические характеристики) / М.Л. Белоусова // Рос. психиатр. журн. 2002. №5. С. 33-37.
2. Дмитриев А.С. Психофармакотерапия в условиях принудительного лечения / А.С. Дмитриев, И.Н. Винникова, Н.В. Лазько // Судебная психиатрия: метод. и организац. проблемы совр. судебно-психиатр. практики / под ред. академика РАМН Т.Б. Дмитриевой. М., 2004. Вып. 1. С. 41-55.
3. Дмитриева Т.Б. Проблемы и перспективы судебно-психиатрической службы в Российской Федерации / Т.Б. Дмитриева // Рос. психиатр. журн. 2006. № 2. С. 4-9.
4. Кондратьев Ф.В. Особенности диагностирования шизофрении у больных, совершивших общественно опасные деяния: пособие для врачей / Ф.В. Кондратьев. М., 2006. 54 с.
5. Котов В.П. Судебная психиатрия / В.П. Котов, М.М. Мальцева // Руководство по психиатрии: в 2 т. / под ред. А.С. Тиганова. М., 1999. Т.1. С. 372-403.
6. Лифшиц А.Е. Диссимуляция агрессивности в период завершения принудительного лечения / А.Е. Лифшиц, А.А. Лифшиц // Психич. здоровье и безопасность в обществе: науч. материалы 1-го нац. конгресса по соц. психиатрии. М., 2004. С. 77.
7. Линчук А.Д. Опыт централизованной организации принудительного лечения в структуре областного психиатрического стационара / А.Д. Линчук // Совр. тенденции организации психиатр. помощи: клин. и соц. аспекты (материалы Рос. конф.) М., 2004. С. 420-421.
8. Мальцева М.М. Опасные действия психически больных (психопатологические механизмы и профилактика) / М.М. Мальцева, В.П. Котов. М., 1995. 256 с.
9. Хамитов Р.Р. Сопряженность клинко-демографических показателей с характером деликтов психически больных, представляющих особую опасность / Р.Р. Хамитов // Рос. психиатр. журн. 2003. №3. С. 42-45.
10. Freedman D., Hemenway D. Precursors of lethal violence: a death row sample // Social science and medicine. 2000. Vol. 50. P. 1757-1770.

11. *Hodgins S, Muller-Isberner R.* Preventing crime by people with schizophrenic disorders: the role of psychiatric services // *British Journal of Psychiatry.* 2004. Vol. 185. P. 245-50.
12. *O'Reilly R.L.* Does involuntary out-patient treatment work? // *Psychiatric Bulletin.* 2001. Vol. 25. P. 371-374.
13. *Wallace C., Mullen P., Burgess P.* Criminal Offending in Schizophrenia Over a 25-Year Period Marked by Deinstitutionalization and Increasing Prevalence of Comorbid Substance Use Disorders // *Amer. jour. of psychiatry.* 2004. Vol. 161. P. 716-727.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЁСШИХ ПЕРВЫЙ ЭПИЗОД ШИЗОФРЕНИИ

И.В. Шадрина, Е.Н. Альшина

Челябинская государственная медицинская академия, Челябинск

Введение. Всемирная организация здравоохранения определила качество жизни как «восприятие людьми своего положения в жизни в контексте культуральных и ценностных ориентаций и в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами».

Применительно к больному показатель качества жизни – это субъективное восприятие им степени своей личностной и физической сохранности, а также полноценности социальных возможностей. Речь при этом идет «о субъективных показателях, включающих самоощущение пациентов, восприятия ими своего состояния и положения в жизни в зависимости от системы ценностей, целей и ожиданий» [1]. Привлечение понятия «качества жизни» к оценке результатов лечения и эффективности лечебно-восстановительных мероприятий в современной медицине позволяет формировать у пациента собственную ответственность за процесс лечения и свое социальное поведение [2-4]. Изучение качества жизни больных шизофренией в реальных условиях практически всегда предполагает проведение психофармакотерапии, которая в зависимости от своей структуры оказывает влияние на показатели качества жизни [5]. Важным также представляется изучение динамики показателей качества жизни при проспективном наблюдении за пациентами в отсроченном периоде.

Материалы и методы исследования. Клинический материал основан на данных обследования 120 больных, перенесших первый эпизод шизофрении. Сравнительный анализ проводился на момент выписки из стационара и в отсроченном периоде через 1-3 года. Лечение психотропными средствами было принято как в стационаре, так и в последующем амбулаторно. Обследованные пациенты представлены двумя группами по 60

человек в каждой. Первая группа больных получала типичные нейролептики. Из них 25% (n=30) составили лица мужского пола и 25% (n=30) – женского. Вторая группа была пролечена атипичными нейролептиками нового поколения. В этой группе 25% (n=30) составили лица мужского пола и 25% (n=30) – женского. Средний возраст манифестации психоза равнялся $25,2 \pm 2,5$ года. Критериями отбора являлись: впервые выявленная шизофрения, длительность первичной госпитализации в психиатрической больнице от двух недель до трёх месяцев, возраст пациентов от 18 до 35 лет, динамическое наблюдение в течение 1-3 лет. В период клинико-динамического наблюдения каждый пациент прошел обследование два раза: при выписке из стационара (стартовое обследование) и в течение 1-3 лет после госпитализации (заключительное обследование). Заключительное обследование проводилось при повторном поступлении в стационар, либо во время планового амбулаторного осмотра участковым психиатром.

Исследование показало, что в обеих группах преобладали пациенты с параноидной шизофренией, протекавшей эпизодически с галлюцинаторно-параноидной симптоматикой, со стабильным или нарастающим дефектом. Количество таких пациентов составило 60% (n=72). Больные с аффективно-бредовой симптоматикой составили 40% (n=48).

Исследование в обеих группах больных было проведено с помощью опросника ВОЗКЖ-100, разработанного специалистами НИПНИ им. В.М. Бехтерева и отражающего субъективную оценку качества жизни у пациентов с психическими расстройствами.

Результаты. При стартовом обследовании по шкале ВОЗКЖ-100 наиболее высокие показатели имели место в духовной и физической сферах. В духовной сфере, включающей влияние личных убеждений на качество жизни пациентов, наблюдались средние и высокие показатели, что находилось в соответствии с преморбидным уровнем образования и религиозными убеждениями. В физической сфере высокие показатели были диагностированы по субсфере «Физическая боль и дискомфорт», средние и высокие показатели отмечались в субсфе-

рах «Жизненная активность, энергия и усталость», а также «Сон и отдых». Столь же высоко пациенты оценивали сферу «Уровень независимости», в том числе такие показатели, как способность к выполнению повседневных дел, способность к работе, зависимость от лекарств и лечения, что, скорее всего, связано с недостаточно восстановленной критикой собственного состояния и недооценкой важности длительной поддерживающей лекарственной терапии.

Низкие показатели у больных обеих групп наблюдались в психологической сфере и сфере социальных взаимоотношений. Выявленные показатели психологической сферы в наибольшей степени определялись низкими оценками в субсферах «Положительные эмоции», «Мышление, обучаемость, память и концентрация внимания», а также «Отрицательные эмоции». В 32% случаев в первой группе и 38% случаев во второй группе встречались низкие показатели в субсфере «Самооценка». У больных первой группы при этом средний показатель психологической сферы был достоверно ниже ($p < 0,05$), чем у больных второй группы, что определялось показателями субсферы «Мышление, обучаемость, память и концентрация внимания», которая более низко оценивалась пациентами первой группы ($p < 0,05$).

Общий низкий уровень сферы социальных отношений определялся низкими оценками в субсфере практической социальной поддержки, в которой наблюдался значительный разброс показателей от очень низких (23 %) до высоких (10 %). Это совпадало с социальной обстановкой в семье пациента до начала заболевания. Достоверных различий в оценке субсферы практической социальной поддержки между группами не определялось. Помимо этого, низкие оценки (без достоверных различий между группами) наблюдались в субсфере «Сексуальная активность», что может быть связано как с особенностями развития шизофренического процесса, так и с длительным пребыванием в стационаре. У женщин данный показатель был в среднем ниже, чем у мужчин ($p < 0,05$). В то же время ближе к высоким определялся уровень оценок в субсфере «Личные взаимоотношения».

При достаточно высокой общей оценке сферы «Окружающая среда» прослеживался значительный разброс в результатах

влияния на качество жизни по отдельным субсферам. Наиболее низкие показатели у обеих групп наблюдались в субсферах «Финансовые ресурсы», а также «Медицинская и социальная помощь». По субъективной оценке субсферы «Финансовые ресурсы» показатели у первой группы пациентов были достоверно ниже, чем у второй ($p < 0,05$). Было также отмечено, что в обеих группах мужчины достоверно чаще, чем женщины, оценивали качество жизни как низкое в субсфере «Окружающая среда дома» ($p < 0,05$).

Таким образом, характеризуя по показателям шкалы ВОЗКЖ-100 пациентов молодого возраста, перенесших первый эпизод шизофрении, можно отметить, что при стартовом обследовании не наблюдалось значительных различий между показателями у первой и второй групп обследованных. Исключением являлись различия в психологической сфере, в частности в субсфере «Мышление, обучаемость, память и концентрация внимания», а также субсфере «Финансовые ресурсы».

В ходе динамического наблюдения произошло разделение внутри обследуемых групп пациентов по отношению к поддерживающей терапии. В группе пациентов, принимавших типичные нейролептики, активно посещали участкового психиатра и принимали поддерживающую терапию 34,2% ($n=41$); по различным причинам отказались от приема препаратов 15,8% ($n=19$). В группе пациентов, принимавших атипичные нейролептики нового поколения, произошло разделение на три подгруппы: посещали участкового психиатра и продолжали принимать лечение атипичными антипсихотиками 40% ($n=48$); получали дальнейшую терапию типичными нейролептиками 3,3% ($n=4$); полностью отказались от приема лекарственных препаратов 6,7% ($n=8$).

Анализ динамики показателей качества жизни обследуемых выявил определенные закономерности. Так, у больных обеих групп, отказавшихся от поддерживающей терапии, отмечалось нарастание дефекта личности, негативной симптоматики, период ремиссии был достаточно коротким, имели место повторные госпитализации. По результатам заключительного обследования с помощью опросника ВОЗ КЖ-100 были выявлены достовер-

ные тенденции к ухудшению субъективного восприятия качества жизни по сравнению со стартовым. В особенности это относилось к психологической сфере, сфере социальных отношений и сфере уровня независимости. Наиболее низкие показатели были получены в субсферах «Положительные эмоции», «Мышление, обучаемость, память и концентрация внимания», «Отрицательные эмоции», отнесенных к психологической сфере. Снижение качества жизни по отношению к сфере «Уровень независимости» проявлялось особенно в субсферах «Способность к работе» и «Зависимость от лекарств и лечения». В сфере социальных отношений наибольшее снижение было отмечено в субсфере «Практическая социальная поддержка», несколько выше показатели в субсферах «Личные отношения» и «Сексуальная активность». В целом показатели субъективного качества жизни у пациентов данной подгруппы были достоверно ниже, чем у пациентов, принимавших поддерживающую терапию ($p < 0,01$).

В подгруппе пациентов, принимавших типичные нейролептики, на протяжении всего срока наблюдения отмечалось улучшение показателей качества жизни как в психологической сфере, так и в сфере социальных взаимоотношений. В частности, достоверное повышение показателей по сравнению со стартовыми (от низких до средних), произошло в субсферах «Мышление, обучаемость, память и концентрация внимания», «Сексуальная активность», «Медицинская и социальная помощь». В остальных субсферах значительных различий со стартовыми показателями не наблюдалось.

Наиболее выраженная тенденция к улучшению субъективной оценки качества жизни была выявлена при заключительном обследовании группы пациентов, принимавших атипичные нейролептики нового поколения. В сравнении со стартовыми значениями определялась положительная динамика. Особенно это было характерно для таких субсфер, как «Положительные эмоции», «Отрицательные эмоции», «Мышление, обучаемость, память и концентрация внимания». Данные показатели были достоверно выше не только по сравнению со стартовыми оценками обследуемой подгруппы пациентов ($p < 0,01$), но и в сравнении с заключительными показателями у подгруппы пациентов, полу-

чавших типичные нейролептики ($p < 0,05$). В сфере социальных отношений отмечалось общее улучшение результатов до среднего и высокого уровня, что проявлялось повышением оценок в субсферах «Практическая социальная поддержка» и «Сексуальная активность». Показатели в субсфере практической социальной поддержки были достоверно выше, чем у подгруппы пациентов, принимавших традиционные нейролептики. В сфере «Окружающая среда» улучшились показатели в оценке субсфер «Финансовые ресурсы» и «Медицинская и социальная помощь». Подгруппа пациентов, у которых произошла замена атипичных нейролептиков на типичные, была исключена из дальнейшего исследования как малочисленная.

Выводы. В результате проведенного исследования было выявлено, что у больных, отказавшихся от поддерживающей терапии, нарастали негативная симптоматика и дефект личности; имели место короткий период ремиссии и частые повторные госпитализации; отмечалось достоверное ухудшение субъективного восприятия качества жизни по сравнению со стартовым (психологическая сфера, сфера социальных отношений, сфера уровня независимости).

В подгруппе пациентов, принимавших типичные нейролептики, отмечалось достоверное улучшение показателей качества жизни по сравнению со стартовым обследованием в субсферах «Мышление, обучаемость, память и концентрация внимания», «Сексуальная активность», «Медицинская и социальная помощь».

Наиболее выраженное улучшение субъективной оценки качества жизни было выявлено в подгруппе обследованных, получавших лечение атипичными нейролептиками нового поколения, при этом определялась положительная динамика в оценке психологической сферы (субсферы «Положительные эмоции», «Отрицательные эмоции», «Мышление, обучаемость, память и концентрация внимания»), сферы социальных отношений (субсферы «Практическая социальная поддержка» и «Сексуальная активность») до средних и высоких значений показателей.

Таким образом, при терапии атипичными нейролептиками нового поколения была получена более высокая субъективная оценка пациентами качества жизни, а также повышение этой оценки при динамическом проспективном наблюдении.

Литература

1. *Гурович И.Я.* Психиатрическая помощь в России: актуальные проблемы / И.Я. Гурович // Реформа службы психического здоровья: проблемы и перспективы: материалы междунар. конф. 21–23.10.1997 г. М., 1997. С. 11–23.
2. *Гурович И.Я.* Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер // Соц. и клин. психиатрия. 1998. Вып. 2. С. 35–39.
3. *Суровцева Л.К.* К постановке вопроса об оценке качества жизни при депрессивных расстройствах // Реабилитация в психиатрии: клин. и соц. аспекты. Томск, 1998. С. 184–185.
4. *Коцюбинский А.П.* Шизофрения: уязвимость–диатез–стресс–заболевание / А.П. Коцюбинский, А.И. Скорик, И.О. Аксенова, Н.С. Шейнина, В.В. Зайцев, Т.А. Аристова, Г.В. Бурковский, Б.Г. Бутома, А.А. Чумаченко. Спб.: Гиппократ+, 2004. 336 с.
5. *Масловский С.Ю.* Субъективные показатели качества жизни больных шизофренией при проведении поддерживающей психофармакотерапии / С.Ю. Масловский // Обзор. психиатрии и мед. психол. им. В.М. Бехтерева. 2004. №3. С. 14–16.

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

ОСОБЕННОСТИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ И НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

И.Р. Абитов, В.Д. Менделевич

Казанский государственный медицинский университет, Казань

В эпоху возрастающих информационных нагрузок и стрессовых ситуаций проблема совладания со стрессом становится всё более актуальной. Современный человек каждый день сталкивается с целым рядом стрессогенных ситуаций, в связи с чем возрастает нагрузка на механизмы, позволяющие разрешать проблемные ситуации, предвосхищать их возникновение и снимать психическое напряжение, возникающее в результате воздействия различных стрессоров.

Роль стрессовых, психотравмирующих ситуаций, как и способов реагирования на них, в формировании и развитии нарушений психологического здоровья личности вплоть до невротических и психосоматических расстройств изучалась различными авторами (Р. Лазарус, А. Митчерлих, В.Н. Мясищев, З. Фрейд и др.). В последнее время широкое распространение получила антиципационная концепция неврозогенеза В.Д. Менделевича. Однако в большинстве работ отдельные аспекты преодоления фрустрирующих ситуаций рассматриваются в отрыве друг от друга. В связи с этим особый интерес представляет изучение функционирования данных механизмов в единстве.

В качестве предмета исследования выступает взаимосвязь антиципационной состоятельности с психологическими защитами и копинг-стратегиями личности в условиях нормы, а также психосоматических и невротических расстройств.

Цель исследования: выявление взаимосвязей между антиципационной состоятельностью, психологическими защитами и копинг-стратегиями личности в условиях как нормы, так и психосоматических и невротических расстройств.

Выдвинуты следующие гипотезы:

1. Поскольку антиципационная состоятельность выражает способность предвидеть развитие событий и явлений, результаты действий, логично предположить, что она должна занимать значимое место в структуре показателей совладающего поведения.
2. В связи с тем, что антиципационная несостоятельность является существенным фактором невротогенеза, психосоматические и невротические расстройства должны характеризоваться специфическими особенностями её взаимосвязей с другими показателями совладающего поведения.

В соответствии с целью и гипотезами исследования были сформулированы следующие задачи:

1. Выяснить особенности совладания со стрессом в условиях нормы и психосоматических и невротических расстройств.
2. Исследовать характер взаимосвязи между отдельными блоками структуры совладающего поведения.
3. Осуществить сравнительный анализ структурной организации показателей совладающего поведения в норме и при психосоматических и невротических расстройствах.

Методы исследования: использовались статистические методы обработки результатов, включающие вычисление коэффициентов Пирсона и Стьюдента, корреляционный анализ. При применении психодиагностических методик разделялось теоретическое представление их авторов. Всего обработке подверглось 49 показателей.

В диагностических целях были применены следующие методики: тест антиципационной состоятельности (В.Д. Менделевич); опросник «Индекс жизненного стиля» (Р. Плутчик); методика «Отмеривание заданного временного интервала» (А.С. Дмитриев, З.В. Войтюкова); копинг-тест (Р. Лазарус); методика «Иллюзия Шарпантье»; методика Э. Хайма для исследования копинг-поведения.

Эмпирическую базу исследования составили результаты диагностики здоровых испытуемых обоего пола в возрасте 30–50 лет (50 человек), которые сравнивались с диагностическими данными лиц, проходящих лечение в дневном стационаре Республиканской клинической психиатрической больницы, городской клинической больнице № 18 (120 человек). Общий объем выборки составляет 170 человек. Для реализации цели исследования сравниваемая выборка разбита на две подгруппы: больные, страдающие психосоматическими расстройствами (50 человек) и больные, страдающие невротическими расстройствами (70 человек).

Важную роль в возникновении и течении невротических и психосоматических расстройств играет психотравмирующая ситуация и личностные особенности человека. Многие авторы (В.А. Бодров, Б.Д. Карвасарский, А.Г. Маклаков, В.Д. Менделевич, И.Н. Симаева) исследовали факторы, обеспечивающие успешную адаптацию личности к изменяющимся условиям жизнедеятельности, в том числе в ситуации стресса (адаптационный потенциал личности, антиципационная состоятельность). Но в проанализированных работах эти факторы рассматриваются в отрыве друг от друга. В данной работе эти факторы рассматриваются в единстве, как взаимодополняющие и компенсирующие друг друга при осуществлении «совладающего поведения». *Под совладающим поведением мы понимаем механизмы психики, направленные на адаптацию к стрессовой ситуации, прогнозирование потенциальной стрессовой ситуации и способов её преодоления, а также способы снятия психического напряжения, возникающего в результате воздействия стресса.*

Обсуждение результатов исследования. В группе здоровых лиц все показатели антиципационной состоятельности находятся в пределах нормы. Полученные результаты говорят о том, что здоровые лица способны адекватно предвосхищать стрессовые ситуации и планировать свои действия по преодолению возможных проблем. Для них свойственны способность чётко координировать свои движения, точность планирования своих действий во времени и способность предвосхищать возможные конфликтные ситуации и планировать способы их разрешения.

В группе здоровых значения выраженности психологических защит, таких, как отрицание, проекция и рационализация, находятся в рамках средних значений, в то время как значения выраженности механизмов компенсации, регрессии, замещения, гиперкомпенсации и вытеснения – ниже средних значений (таблица).

Список исследуемых показателей

| | |
|--|---------------------------------------|
| Показатель | 25. Смирение |
| 1. Пол | 26. Диссимуляция |
| <i>Антиципационная состоятельность</i> | 27. Сохранение самообладания |
| 2. Личностно-ситуативная | 28. Проблемный анализ |
| 3. Пространственная | 29. Относительность |
| 4. Временная | 30. Религиозность |
| 5. Общая | 31. Растерянность |
| <i>Виды психологической защиты</i> | 32. Придание смысла |
| 6. Отрицание | 33. Установка собственной ценности |
| 7. Компенсация | <i>Эмоциональные копинг-стратегии</i> |
| 8. Рационализация | 34. Протест |
| 9. Регрессия | 35. Эмоциональная разрядка |
| 10. Замещение | 36. Подавление эмоций |
| 11. Проекция | 37. Оптимизм |
| 12. Реактивные образования | 38. Пассивная кооперация |
| 13. Вытеснение | 39. Покорность |
| 14. Отмеривание временного интервала | 40. Самообвинение |
| 15. Конфронтативный копинг | 41. Агрессивность |
| 16. Дистанцирование | <i>Поведенческие копинг-стратегии</i> |
| 17. Самоконтроль | 42. Отвлечение |
| 18. Поиск социальной поддержки | 43. Альтруизм |
| 19. Принятие ответственности | 44. Активное избегание |
| 20. Бегство – избегание | 45. Компенсация |
| 21. Планирование решения проблемы | 46. Конструктивная активность |
| 22. Положительная переоценка | 47. Отступление |
| 23. Иллюзия Шарпантье | 48. Сотрудничество |
| <i>Когнитивные копинг-стратегии</i> | 49. Обращение |
| 24. Игнорирование | |

Выраженность психологических защит на низком и среднем уровне шкалы говорит о том, что «нагрузка» на данные механизмы в группе здоровых испытуемых небольшая, они задействуются только тогда, когда антиципационная состоятельность и

копинг-стратегии недостаточны для того, чтобы справиться со стрессовой ситуацией.

В группе здоровых испытуемых более выражены, чем в группе лиц, страдающих невротическими расстройствами, такие копинг-стратегии, как конфронтативный копинг, планирование решения проблемы, положительная переоценка ($p \leq 0,01$); принятие ответственности ($p \leq 0,05$); дистанцирование и самоконтроль ($p \leq 0,001$). В группе здоровых испытуемых достоверно чаще, чем в двух других группах, используется адаптивная копинг-стратегия «оптимизм» ($p \leq 0,001$).

На следующем этапе обработки эмпирического материала выяснялась структурная организация исследуемых показателей (рис. 1). В структуру включены только те показатели, которые обнаруживают взаимосвязи с другими показателями на уровне достоверности $p \leq 0,001$.

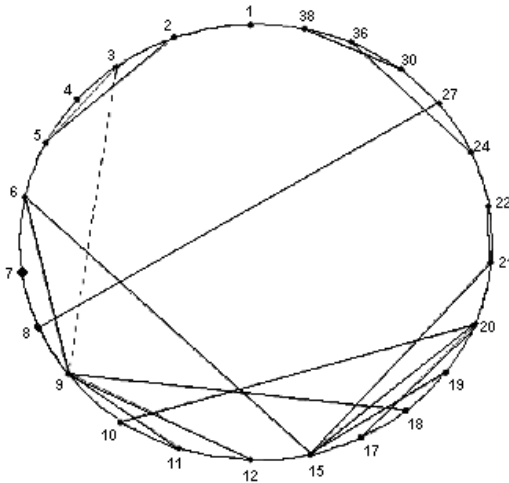


Рис. 1. Структура, образованная корреляционными взаимосвязями исследуемых показателей (группа здоровых лиц):

————— прямые взаимосвязи; - - - - - обратные взаимосвязи, выделенные на уровне значимости $p \leq 0,001$

Примечание. Обозначение показателей приведено в таблице.

По результатам корреляционного анализа выявляются следующие особенности структуры исследуемых показателей группы здоровых испытуемых: наблюдаются корреляционные связи между различными блоками совладающего поведения («опережающим» совладанием, копинг-стратегиями и психологическими защитами); согласованность показателей антиципационной состоятельности (рис. 1, поз. 1-5), психологической защиты (рис. 1, поз. 6-14) и копинг-стратегий. Согласованность между собой разных блоков совладания отражает взаимозаменяемость различных механизмов при столкновении со стрессовой ситуацией. Высокая интегрированность разных блоков совладания в группе здоровых проявляется в возможности компенсировать недоработки одних механизмов за счёт подключения других.

Показатель «регрессии» (рис. 1, поз. 9) в данной группе испытуемых имеет обратную взаимосвязь с показателем пространственной составляющей антиципационной состоятельности (рис. 1, поз. 3) ($p \leq 0,001$). Обратная взаимосвязь между данными показателями может говорить о том, что развитие антиципационной состоятельности и использование ранних, примитивных видов психологической защиты противоречат друг другу. Адаптивное совладающее поведение связано с уменьшением роли примитивных видов психологической защиты и усилением роли «опережающего» совладания.

Показатель «регрессии» (таблица, п. 9) в группе здоровых лиц имеет прямую взаимосвязь с выраженностью копинг-стратегии «поиск социальной поддержки» (таблица, п. 18), выраженность механизма психологической защиты «компенсация» (таблица, п. 7) связана прямой взаимосвязью с показателем копинг-стратегии «смирение» (таблица, п. 25), выраженность психологической защиты «отрицание» (таблица, п. 6) имеет прямую связь с выраженностью конфронтативного копинга. Таким образом, у здорового человека в случае «провала», не эффективности одного блока совладающего поведения в работу включается другой, компенсируя «недоработки» первого.

Исследование показывает, что развитие «опережающего совладания» (антиципационной состоятельности) позволяет

здоровым испытуемым предвосхищать возможные стрессовые события, при этом выраженность копинг-стратегий снижается. Высокая же выраженность копинг-стратегий позволяет компенсировать ошибки в прогнозах. В случае неэффективности механизмов антиципации и копинга задействуются психологические защиты, позволяющие снять психическое напряжение.

Переходим к обсуждению особенностей антиципации, психологической защиты и копинга, а также структур, образованных их взаимосвязями у лиц, страдающих психосоматическими расстройствами.

В этой группе лиц все показатели антиципационной состоятельности имеют более низкие значения, чем в группе здоровых лиц. Эти данные позволяют расширить «зону действия» антиципационной концепции неврозогенеза (В.Д. Менделевич) и распространить её на представление о факторах возникновения и развития психосоматических расстройств.

В группе лиц, страдающих психосоматическими расстройствами, наблюдается достоверно более высокая, чем в группе здоровых испытуемых, выраженность таких видов психологической защиты, как «компенсация» (таблица, п. 7) (достоверность выявленных различий на уровне $p \leq 0,01$), «рационализация» (таблица, п. 8) ($p \leq 0,01$), «регрессия» (таблица, п. 9) ($p \leq 0,001$), «замещение» (таблица, п. 12) ($p \leq 0,05$), «реактивное образование» (таблица, п. 10) ($p \leq 0,001$), «вытеснение» (таблица, п. 13) ($p \leq 0,001$). Выраженность механизма психологической защиты «проекция» (таблица, п. 11) в данной группе испытуемых выше средних значений. Лицам, страдающим психосоматическими расстройствами, присущи такие черты личности, как подозрительность и высокая критичность.

В группе лиц, страдающих психосоматическими расстройствами, имеет достоверно более высокую выраженность, чем в группе здоровых, копинг-стратегия «бегство-избегание» (таблица, п. 20) ($p \leq 0,05$). Также данную группу отличает достоверно более высокие показатели неадаптивной копинг-стратегии «растерянность» (таблица, п. 31) и относительно адаптивной копинг-стратегии «эмоциональная разрядка» (таблица, п. 35) ($p \leq 0,05$). Здоровыми испытуемыми достоверно чаще используется адап-

тивная копинг-стратегия «оптимизм» (таблица, п. 37) ($p \leq 0,001$). Лицам, страдающим психосоматическими расстройствами, свойственно физически избегать стрессовых ситуаций, стремиться не попадать в конфликтные ситуации. Для таких лиц, как и для лиц, страдающих невротическими расстройствами, характерно испытывать чувство растерянности и беспомощности в ситуации стресса. Испытуемые, страдающие психосоматическими расстройствами, достоверно чаще здоровых испытуемых используют в качестве способа решения проблемы эмоциональную разрядку, при этом они реже верят в благополучный исход ситуации.

При рассмотрении графической структуры, построенной на основе данных корреляционного анализа (рис. 2), обнаруживается дезинтегрированность, рассогласованность структуры совладающего поведения в этой группе лиц.

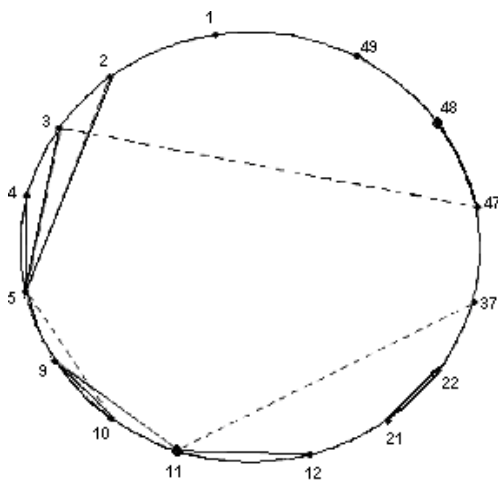


Рис. 2. Структура, образованная корреляционными взаимосвязями исследуемых показателей (группа лиц, страдающих психосоматическими расстройствами):

————— прямые взаимосвязи; - - - - - обратные взаимосвязи, выделенные на уровне значимости $p \leq 0,001$

Примечание. Обозначение показателей приведено в таблице.

Как видно на рис. 2, наблюдаются обратные связи между пространственной составляющей антиципационной состоятельности (рис. 2, поз. 3) и показателем копинг-стратегии «отступление» (рис. 2, поз. 47). Пространственная составляющая отражает связь телесного и психического компонентов в процессе опережающего отражения. У таких лиц на первый план выступает способность прогнозировать последствия своих действий с предметами, положение своего тела, свои ощущения. Через копинг-стратегию «отступление» реализуется склонность лиц, страдающих психосоматическими расстройствами, капитулировать перед трудностями, занимать выжидательную позицию, надеясь, что «всё разрешится само собой». На основе полученных результатов возможно утверждать, что при развитии пространственного компонента антиципационной состоятельности у лиц, страдающих психосоматическими расстройствами, происходит перестройка совладающего поведения, его переориентация со стратегии «отступления» и ожидания на прогнозирование последствий своих действий и телесных ощущений.

В группе лиц, страдающих психосоматическими расстройствами, показатель общей антиципационной состоятельности (рис. 2, поз. 5) имеет обратную взаимосвязь с выраженностью психологической защиты «замещение» (рис. 2, поз. 10). Обратные взаимосвязи обнаруживаются и между показателем пространственной составляющей антиципационной состоятельности и показателем поведенческой копинг-стратегии «отступление»; адаптивной копинг-стратегией «оптимизм» (рис. 2, поз. 37) и выраженностью психологической защиты «проекция» (рис. 2, поз. 11), а также между общим показателем антиципационной состоятельности и выраженностью психологической защиты «замещение».

Таким образом, использование «опережающего» совладания, адаптивной копинг-стратегии «оптимизм», развитие антиципационной состоятельности вступает в противоречие с использованием примитивных психологических защит и пассивных, неадаптивных копинг-стратегий.

Далее приводятся результаты исследования особенностей антиципационной состоятельности, психологической защиты и

копинг-стратегий и характера взаимосвязей между ними у лиц, страдающих невротическими расстройствами.

У лиц, представляющих эту группу испытуемых, наблюдаются более низкие значения показателей личностно-ситуативной составляющей антиципационной состоятельности и общего её показателя по сравнению с теми же данными, полученными в группе здоровых лиц.

В группе, составленной из лиц, страдающих невротическими расстройствами, психологические защиты «рационализация» и «проекция» имеют высокую выраженность. Согласно психоэволюционной теории эмоций и эго-защит Р. Плутчика, это может говорить о преобладании у представителей данной группы эмоций ожидания и отвращения и необходимости сдерживать эти эмоции с помощью соответствующих видов психологической защиты. Для лиц, страдающих невротическими расстройствами, характерны такие черты, как высокая критичность и стремление контролировать среду, педантичность, совестливость, подозрительность.

В группе больных, страдающих невротическими расстройствами, не используются копинг-стратегия «игнорирование» (таблица, п. 24) и относительно адаптивная копинг-стратегия «конструктивная активность» (таблица, п. 46). Неадаптивная копинг-стратегия «растерянность» (таблица, п. 31) достоверно более часто применяется в группах больных невротическими расстройствами ($p \leq 0,05$), чем в группе здоровых лиц. Неспособность лиц, страдающих невротическими расстройствами, переключать внимание со стрессовой ситуации на другую может быть связана со склонностью фиксироваться на неприятных переживаниях. Больные данной группы достоверно чаще, чем здоровые, испытывают чувство растерянности и недоумения в стрессовых ситуациях.

В группе больных, страдающих невротическими расстройствами, преобладает совладающее поведение с акцентом на психологические защиты (пассивное совладание) (рис. 3).

Как видно на рис. 3, характер взаимосвязей показателей в этой группе иной, чем в группе здоровых лиц (см. рис. 1).

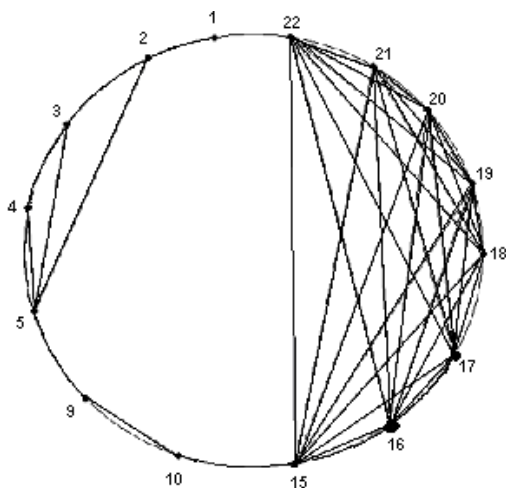


Рисунок 3. Структура, образованная корреляционными взаимосвязями исследуемых показателей (группа лиц, страдающих невротическими расстройствами):

————— прямые взаимосвязи; - - - - - обратные взаимосвязи, выделенные на уровне значимости $p \leq 0,001$

Примечание. Обозначение показателей приведено в таблице.

При сравнительном анализе корреляционных структур обнаруживается меньшая интегрированность отдельных блоков структуры, построенной на основе результатов, полученных в группе лиц, страдающих невротическими расстройствами.

Таким образом, группа лиц, страдающих невротическими расстройствами, отличается низкой способностью к прогнозированию стрессовых ситуаций в сочетании со слабой выраженностью копинг-механизмов. В связи с этим акцент в совладающем поведении у лиц, страдающих невротическими расстройствами, смещается на психологические защиты.

В заключение приведём результаты сравнения выявленных ранее особенностей антиципационной состоятельности, психологической защиты и копинга в группах лиц, страдающих невротическими и психосоматическими расстройствами.

В группе лиц, страдающих психосоматическими расстройствами, показатели личностно-ситуативной и общей состав-

ляющих антиципационной состоятельности имеют достоверно более высокие значения, чем в группе лиц, страдающих невротическими расстройствами ($p \leq 0,05$). Таким образом, можно говорить о большей представленности опережающего совладания в структуре совладающего поведения лиц, страдающих психосоматическими расстройствами, чем у представителей группы испытуемых, страдающих невротическими расстройствами.

В этой группе лиц достоверно более выражены, чем в группе больных невротическими расстройствами, «конфронтативный копинг» (таблица, п. 15) ($p \leq 0,001$) и копинг-стратегии «самоконтроль» (таблица, п. 16) ($p \leq 0,001$), «дистанцирование» (таблица, п. 17) ($p \leq 0,001$), «бегство-избегание» (таблица, п. 20) ($p \leq 0,001$), «принятие ответственности» (таблица, п. 19) ($p \leq 0,001$), «планирование решения проблемы» (таблица, п. 21) ($p \leq 0,01$), «поиск социальной поддержки» (таблица, п. 18) ($p \leq 0,01$), «положительная переоценка» (таблица, п. 22) ($p \leq 0,001$). Совладающее поведение лиц, страдающих психосоматическими расстройствами, отличается от совладания лиц, страдающих невротическими расстройствами, большей представленностью блоков «опережающего» совладания и копинг-стратегий. Это может говорить о меньшей роли «психологического» фактора, «фактора совладающего поведения» в формировании и развитии психосоматических расстройств.

В группе испытуемых, страдающих невротическими расстройствами более высокую выраженность, чем в группе лиц, страдающих психосоматическими расстройствами, имеет психологическая защита в форме «компенсации» (таблица, п. 7) ($p \leq 0,01$).

Кроме того, испытуемые, страдающие невротическими расстройствами, достоверно чаще, чем испытуемые с психосоматическими расстройствами, применяют при совладании со стрессом эмоциональную копинг-стратегию «протест» (таблица, п. 34) ($p \leq 0,01$).

В группе лиц, страдающих невротическими расстройствами, так же как и в группе лиц, имеющих психосоматические расстройства, отмечены достоверные прямые взаимосвязи между показателем общей антиципационной состоятельности и всеми

её компонентами, а также между выраженностью психологической защиты в форме «регрессии» и «замещения» (см. рис. 2 и 3). Достоверная прямая взаимосвязь между данными примитивными защитами отличает обе группы больных от группы здоровых (см. рис. 1), что позволяет предположить, что использование данных механизмов приводит к большей ригидности совладающего поведения в группах больных, смещая акцент с прогнозирования и осознанного совладания на «автоматизированное», бессознательное и отсроченное во времени реагирование, направленное на уменьшение психического напряжения, вызванного стрессовой ситуацией.

Структура совладающего поведения лиц, страдающих невротическими расстройствами, отличается своей диффузностью. Отсутствие связей между блоками совладающего поведения позволяет судить о дезадаптивном характере совладания в данной группе.

В группе лиц, страдающих психосоматическими расстройствами, наблюдается большая согласованность между когнитивным, эмоциональным и поведенческим компонентами совладающего поведения. Эти данные дают возможность предположить, что совладающее поведение лиц, страдающих психосоматическими расстройствами, характеризуется большей адаптивностью и согласованностью по сравнению с совладающим поведением испытуемых, страдающих невротическими расстройствами.

На основе полученных результатов были сформулированы следующие выводы:

1. Здоровые испытуемые отличаются сформированностью таких копинг-стратегий, как конфронтативный копинг, планирование решения проблемы, положительная переоценка, принятие ответственности, дистанцирование и самоконтроль. Ими достоверно чаще используется адаптивная копинг-стратегия «оптимизм». Данная группа испытуемых отличается большей согласованностью составляющих антиципационной состоятельности, копинг-стратегий и видов психологических защит. Поведенческий, эмоциональный и когнитивный блоки совладания в группе здоровых имеют большее количество взаимосвязей. По-

лученные результаты могут говорить о преобладании в данной группе активного совладания, о взаимной компенсации недоработок одних механизмов за счёт подключения других в рамках совладающего поведения.

2. Лица, страдающие психосоматическими расстройствами, отличаются высокой выраженностью психологической защиты «проекция», что может говорить о преобладании у испытуемых данной группы эмоции отвращения и таких черт личности, как подозрительность и высокая критичность.

3. В группе лиц, страдающих невротическими расстройствами, высоко выражены психологические защиты «рационализация» и «проекция». У представителей данной группы преобладают эмоции ожидания и отвращения. Для испытуемых данной группы характерны такие черты личности, как высокая критичность и подозрительность, стремление контролировать среду, педантичность, совестливость.

4. Лица, страдающие невротическими расстройствами, отличаются более высокой выраженностью всех диагностируемых видов психологических защит, слабой представленностью адаптивных копинг-стратегий и составляющих антиципационной состоятельности в структуре совладающего поведения, что позволяет говорить о преобладании дезадаптивности совладающего поведения в данной группе.

5. Совладающее поведение лиц, страдающих психосоматическими расстройствами, отличается от такового у лиц, страдающих невротическими расстройствами, большей представленностью составляющих антиципационной состоятельности и копинг-стратегий, что может говорить о большей адаптивности совладающего поведения в группе лиц, страдающих психосоматическими расстройствами и о меньшей роли «фактора совладающего поведения» в формировании и развитии психосоматических расстройств.

6. В группах лиц, страдающих психосоматическими и невротическими расстройствами, существуют достоверные прямые связи между выраженностью психологических защит «регрессия» и «замещение», что позволяет предположить, что использование данных психологических защит приводит к большей

ригидности совладающего поведения в группах больных и смещению акцента с прогнозирования и осознанного совладания на автоматизированное, бессознательное и отсроченное во времени реагирование, направленное на уменьшение психического напряжения, вызванного стрессовой ситуацией. Неадаптивная копинг-стратегия «растерянность» достоверно более часто применяется в группах лиц, страдающих психосоматическими и невротическими расстройствами. Полученные данные позволяют сделать вывод о преобладании в структуре совладающего поведения представителей данных групп механизмов психологической защиты и пассивных копинг-стратегий (пассивное совладание).

Литература

1. *Анцыферова Л.И.* Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита / Л.И. Анцыферова // Психол. журн. 1994. №1. С. 3-18.
2. *Бодров В.А.* Проблема преодоления стресса. Ч. 2, 3. Процессы и ресурсы преодоления стресса / В.А. Бодров // Психол. журн. 2006. № 2, 3.
3. *Менделевич В.Д.* Антиципационные механизмы невротогенеза / В.Д. Менделевич // Психол. журн. 1996. № 4. С. 107-115.
4. *Lazarus R.S.* Psychological stress and coping process // McGraw-Hill. № 4. 1996. 29 p.
5. *Plutchik R., Conte H.R.* Circumflex Models of Personality and Emotions. 1997. 484 p.

ДИСКУРСИВНЫЙ ПОДХОД В КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Е.С. Сулова

Республиканский психотерапевтический центр, Чебоксары

Проблема взаимосвязи психического здоровья и комплекса психологических, социальных, культурных факторов становится в последнее время предметом многочисленных исследований, как в России [2, 3, 4, 5, 6, 7], так и за рубежом [8, 9, 10, 11].

Феномен дискурса, вводимого в проблематику психического здоровья, наряду с объективной категорией этничности объединяет в себе и субъективную категорию этнической идентичности, которая проявляется осознанием, оцениванием и переживанием принадлежности к определенному этносу, что позволяет детализировать связь этнокультурного рассогласования личности с особенностями ее психической дезадаптации. В связи с этим наиболее перспективным является изучение психологических механизмов взаимосвязи дискурсивного статуса личности и уровня её психической дезадаптации на модели невротических расстройств как группы психических нарушений, в которой в максимальной степени представлен психогенный характер формирования [1].

Выборку испытуемых составили 143 пациента с невротическими расстройствами, из которых 46 мужчин (32,2%) и 97 женщин (67,8%). Средний возраст испытуемых был $31,90 \pm 1,77$ года (18-67 лет). Определение у каждого пациента выраженности национальной, этнолингвистической и религиозной идентичности позволило сформировать группы пациентов с тремя вариантами дискурсивного статуса личности – дифференцированного, диффузного и диссоциированного.

Исследование выраженности психопатологической симптоматики у пациентов с невротическими расстройствами с помощью опросника SCL-90 достоверно свидетельствует об общей выраженности у пациентов психопатологической симптоматики ($t=-22,530$; $p<0,001$).

Проводя сопоставительный анализ с показателями нормативной для Чувашии группы, можно отметить, что при невротических расстройствах отмечается повышение уровня психической дезадаптации, определяемого по всем шкалам опросника. Наиболее значимые различия наблюдаются в уровнях тревоги ($t=-24,113$; $p<0,001$) и депрессии ($t=-22,801$; $p<0,001$), что выводит данные нарушения в разряд определяющих общую клиническую картину. Важную сторону психопатологических нарушений у невротических пациентов занимают симптомы обсессивно-компульсивного спектра ($t=-20,268$; $p<0,001$) и неадекватная чувствительность в межличностных отношениях ($t=-19,710$; $p<0,001$). Чуть менее значимо проблемное поведение, связанное с избегающим, изолированным образом жизни ($t=-19,459$; $p<0,001$), и ощущения телесного дискомфорта ($t=-16,286$; $p<0,001$). Враждебность и подозрительность в рамках параноидального поведения также имеют место ($t=-16,171$; $p<0,001$). Меньше всего для пациентов с невротическими расстройствами характерны мысли, чувства и действия, отражающие ощущения гнева и агрессии ($t=-10,822$; $p<0,001$).

У пациентов из групп с разным дискурсивным статусом отмечаются определенные различия в психопатологической картине. Ключевым различием является большая выраженность психопатологической симптоматики (GSI) при диффузном варианте дискурса ($F=3,887$; $p=0,023$), которая проявляется обилием различных симптомов и повышенной интенсивностью переживания неблагополучия. Наименее выражен данный показатель у пациентов из группы с дифференцированным вариантом, что отражает их достоверно меньший уровень психической дезадаптации. Значимо высокие показатели также отмечаются у пациентов с диффузным вариантом дискурса и по шкале фобической тревожности ($F=5,341$; $p=0,006$), что проявляется у них стойким страхом перед определенными людьми, местами, объектами или боязнью ситуаций и характеризуется иррациональностью и неадекватностью по отношению к стимулу, избегающим поведением.

Анализ результатов, полученных с помощью клинических шкал HADS и Зунга, подтверждает выраженность тревожно-

депрессивных нарушений при невротических расстройствах. Причем, по данным шкалы HADS, тревога более характерна для пациентов с дифференцированным и диффузным вариантами ($F=5,964$; $p=0,003$), а депрессия – для пациентов с диссоциированным вариантом дискурса ($F=12,335$; $p<0,001$). Более высокий уровень депрессии при диссоциированном и низкий – при дифференцированном вариантах дискурса также отмечается по данным шкалы Зунга ($F=6,282$; $p=0,002$).

Исследование дискурсивного профиля пациентов с невротическими расстройствами выявило существенные различия, связанные с целым спектром социальных и психологических характеристик. Касаясь демографических параметров испытуемых, можно отметить, что при дифференцированном варианте дискурса преобладают уроженцы сельской местности (60,7%), диссоциированный вариант характерен для городских жителей (72,1%).

В то же время на момент заболевания подавляющее большинство пациентов всех трех групп проживает в городах (79,2, 80,6 и 88,2%). Жителем села является только каждый пятый пациент первой группы (20,8%) и каждый пятый – третьей группы (11,8%).

Пациенты с диссоциированным вариантом дискурса имеют более высокий уровень образования – среди них больше лиц с высшим (26,5%) и незаконченным высшим образованием (23,5%). В первой и второй группах преобладают пациенты со средним специальным (32,0 и 31,1%) и средним образованием (27,5 и 28,5%). Данный фактор сказывается и на выборе пациентами профессиональной деятельности. Более молодой возраст пациентов с диссоциированным вариантом дискурса объясняет большую долю среди них учащихся и студентов (28,4% против 9,0 и 16,7%). В то же время он никак не связан с тем, что среди них нет лиц, занятых в сельском хозяйстве, в науке и образовании, а чаще встречаются представители бизнеса, экономики и финансов (16,4% против 9,6 и 6,8%).

Более половины пациентов первой группы состоит в браке (54,5%). Среди испытуемых с диссоциированным вариантом дискурса преобладают холостые (45,6%). Доля вдовых среди

них (4,4%) не отличается от показателей других групп, а состоящих в незарегистрированном браке (7,4%) или находящихся в разводе (11,8%) – выше.

Большинство пациентов трех исследуемых групп по самоопределению относят себя к представителям чувашской национальности (64,0, 66,9 и 48,5%). Доля русских больше представлена среди пациентов с дифференцированным вариантом дискурса (33,7%), а представителей других национальностей – при диссоциированном варианте (22,1%).

Чувашский язык чаще считают родным лица с дифференцированным вариантом дискурса (57,9%), русский – с диссоциированным (68,7%), оба языка – с диффузным вариантом (49,6 и 42,7%). Каждый десятый пациент диссоциированной группы признает родными русский и чувашский языки (10,4%). Данная ситуация находит отражение и в употреблении языка в родительской семье. У пациентов первой группы более популярен чувашский (49,4%), во второй и третьей группах – русский язык (46,4 и 54,4%).

Приоритеты системы жизненных ценностей пациентов с невротическими расстройствами складываются таким образом, что ориентиры на семью и брак более выражены при дифференцированном варианте дискурса (79,9%), на карьере и профессиональный успех – при диффузном варианте (11,2%), на материальное благополучие – при диссоциированном варианте (19,1%).

Более высокая оценка собственного экономического статуса у пациентов третьей группы. Так, более половины пациентов (55,2%) считают себя материально обеспеченными. Доля лиц с крайне низкими доходами, не позволяющими адекватно удовлетворять базовые потребности, больше при диффузном варианте идентичности (30,6%).

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

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

Анализ особенностей семейной сферы у пациентов с невротическими расстройствами показывает, что в семьях пациентов с дифференцированным вариантом дискурса ответственность за принятие решений чаще принадлежит мужчине (33,9%). При диффузном и диссоциированном вариантах дискурса эта ответственность в каждом третьем случае распределена между супругами (32,6 и 32,3%). Пациентов первой группы также чаще характеризуют зрелые взаимоотношения со старшими и родителями (43,8%), а пациентов третьей группы – состояние прямой конфронтации с ними (36,4%). В то же время у трети пациентов с дифференцированным вариантом дискурса (39,4%) отмечено существование скрытых неразрешенных конфликтов в семейной сфере.

При диссоциированном и диффузном вариантах дискурса отмечено наличие более чем у каждого четвертого пациента (29,4 и 27,7%) выраженной внутрисемейной дисгармонии в форме эпизодов периодической внутрисемейной агрессии. В семьях пациентов из дифференцированной группы подобные взаимоотношения встречаются значительно реже (13,0%).

Изучение особенностей воспитания в родительской семье свидетельствует, что пациенты с дифференцированным вариантом дискурса чаще, чем другие, воспитываются в атмосфере предоставления самостоятельности (43,8%). В родительских семьях пациентов с диффузным и диссоциированным вариантами дискурса чаще, чем в первой группе, присутствует эмоциональное отвержение (14,3 и 14,9%). Именно поэтому четверо из

пяти пациентов первой группы (81,8%) оценивают свое воспитание в родительской семье как гармоничное.

Обращение за психотерапевтической помощью пациентов с невротическими расстройствами по направлению другого специалиста чаще отмечено при дифференцированном (47,7%) и диффузном (45,1%) вариантах дискурса. Обращение за помощью по собственной инициативе чаще практикуется пациентами третьей исследовательской группы, что происходит у них в каждом третьем случае (35,5%) В отличие от других пациентов они также чаще более позитивно оценивают состояние своего здоровья (72,7%).

Более адекватное отношение к лицам, страдающим психическими расстройствами, отмечено при дифференцированном варианте дискурса (61,9%). Каждого четвертого пациента с признаками диссоциированного варианта дискурса (25,0%) отличает резко негативное отношение к психически больным.

В ситуации жизненного кризиса опору в собственных внутренних ресурсах чаще видят пациенты второй группы (29,4%), в помощи родственников – пациенты первой группы (42,3%), друзей (17,6%) и специалистов-профессионалов (20,6%) – представители третьей исследовательской группы.

Подводя итог, можно констатировать, что клинико-психологическая картина невротических нарушений у обследованных пациентов определяется широким спектром психопатологических симптомов, которые отражают как индивидуально-психологические особенности личности пациента и системы его актуальных отношений, так и специфику протекания психопатологического процесса при том или ином психическом или поведенческом расстройстве. Как установлено по результатам клинического наблюдения и данным клинических шкал и опросников, ведущее место в картине психической дезадаптации занимают патологические нарушения тревожно-депрессивного круга, замыкающие на себе клинически разнообразные нарушения непсихотического уровня.

Достоверно более высокий уровень психопатологической симптоматики и дистресса при невротических расстройствах обнаружен у больных с диффузным и диссоциированным вари-

антами дискурса. Причем, если при диффузном варианте чаще отмечается высокий уровень тревожных состояний, то при диссоциированном варианте дискурса на первое место выходят депрессивные проявления.

Анализ различий между исследовательскими группами невротических пациентов по дискурсивному статусу позволяет обозначить определенную социальную и психологическую специфику пациентов, связанную с их особенностями.

Установлено, что формирование личности пациентов с дифференцированным вариантом дискурса, вне зависимости от места проживания на момент исследования, больше связано с условиями традиционной сельской культуры. Именно поэтому здесь более выражены ориентиры на стабильность семейной структуры, чаще встречаются взгляды патриархального характера (доминирование мужчины, почтительное отношение к родителям и старшим, сокрытие внутрисемейных конфликтов). Будучи зависимыми от группы, в ситуации кризиса данные пациенты, как правило, ищут содействия в наиболее привычной и близкой системе естественной социальной поддержки – среди родственных лиц. Духовная сфера личности здесь определяется, с одной стороны, более нетерпимым отношением к суицидам и высокой толерантностью к душевнобольным, с другой – магически-мистической направленностью мировосприятия, что отражает тесную связь с мировоззрением культуры традиционного типа.

Дискурсивный статус пациентов из группы с диссоциированным вариантом дискурса больше связан с городским образом жизни, который определяет более высокий уровень образования, выбор высокооплачиваемых профессий, относительно благополучное материальное положение. Однако «экономический успех» не приносит этим пациентам психологического благополучия. У них отмечается больше дисгармонии в семейных отношениях, которые характеризуются крайней нестабильностью, конфронтационной формой коммуникации и дисфункциональны с периода жизни в родительской семье. Психологическое неблагополучие пациентов данной группы проявляется также в наличии высокого уровня суицидальных тенденций на фоне

низкой толерантности к подобной форме аутоагрессивного поведения. Низкий уровень общей личностной толерантности подтверждается высокой распространенностью среди них негативного отношения к душевнобольным. Принятие решений, в том числе в случае обращения за психотерапевтической помощью, осуществляется ими вполне автономно. Вынужденной средой социальной поддержки выступают лица, отношения с которыми обозначаются ими как дружеские.

Промежуточное положение по своему дискурсивному статусу между пациентами с дифференцированным и диссоциированным вариантами дискурса занимают пациенты с его диффузным вариантом. С разной степенью представленности они объединяют в себе черты описанных выше групп пациентов. Кардинальным отличием их дискурсивного статуса является относительно низкий экономический статус и обусловленная этим большая ориентированность на профессиональные достижения и карьерный успех.

Итак, дискурсивный подход в оценке клинико-психологических характеристик пациентов с невротическими расстройствами позволяет обосновать соотнесение уровня психической дезадаптации личности с полнотой принятия ею специфики актуальной для нее социокультурной среды. Данные результаты имеют большое значение для определения психотерапевтических мишеней в работе с невротическими пациентами.

Литература

1. *Дмитриева Т.Б.* Этнокультуральная психиатрия / Т.Б. Дмитриева, Б.С. Положий. М., 2003. 448 с.
2. *Карвасарский Б.Д.* Очерки динамической психиатрии: транскультуральное исследование / под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова / Б.Д. Карвасарский, С.М. Бабин, В.В. Бочаров. СПб., 2003. 438 с.
3. *Николаев Е.Л.* Социокультуральные детерминанты психического здоровья / Е.Л. Николаев. Чебоксары, 2005. 100 с.
4. *Пезешкиан Х.* Позитивная психотерапия как транскультуральный подход в российской психотерапии: дис. ... д-ра мед. наук. / Х. Пезешкиан. СПб., 1998. 83 с.
5. *Семке В.Я.* Транскультуральная наркология и психотерапия / В.Я. Семке, Л. Эрдэнэбаяр, Н.А. Бохан, А.В. Семке. Томск, 2001. 162 с.

6. *Чуркин А.А.* Основные предпосылки эпидемиологических исследований в транскультуральной психиатрии / А.А. Чуркин // Культурал. и этнич. проблемы психического здоровья: сб. науч. тр. М.; Ижевск, 1997. С. 10-16.
7. *Александровский Ю.А.* Пограничные психические расстройства. / Ю.А. Александровский. М., 2000. 496 с.
8. *Angold A., Erkanli A., Farmer E.M. et al.* Psychiatric disorder, impairment, and service use in rural African American and white youth // Arch. Gen. Psychiatry. 2002. No 10. P. 893-901.
9. *Barnes V.A., Treiber F.A., Johnson M.H.* Impact of transcendental meditation on ambulatory blood pressure in African-American adolescents // Amer. J. Hypertens. 2004. N 4. P. 366-369.
10. *Milligan C.O., Nich C., Carroll K.M.* Ethnic differences in substance abuse treatment retention, compliance, and outcome from two clinical trials // Psychiatr. Serv. 2004. N 2. P. 167-173.
11. *Mills P.A.* Incorporating Yup'ik and Cup'ik Eskimo traditions into behavioral health treatment // J. Psychoactive Drugs. 2003. N 1. P. 85-88.

ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА

ИНТЕГРАЦИЯ ПСИХОДРАМЫ С ДРУГИМИ ПОДХОДАМИ В РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ, СТРАДАЮЩИМИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ЗАВИСИМОСТЯМИ

С.А. Кулаков, Р.Д. Миназов

*РГПУ им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург
Реабилитационный центр «Преодоление», Казань*

Работа с пациентами с «архаическими заболеваниями Я», психосоматическими расстройствами, химическими и нехимическими зависимостями (Г. Аммон) [1] и исследование их корней убедили нас, что применение одной психотехнологии не всегда дает ощутимый эффект, и мы искали вмешательства, подходящие для данной группы пациентов. В этом ключе такой «старый» психотерапевтический метод, как психодрама, на наш взгляд, оказался очень удачным инструментом.

Чем привлекает психодрама?

Психодрама обладает своей собственной хорошо разработанной теорией.

Психодрама позволяет обойти защитные механизмы.

Психодраматические сессии не содержат формального анализа.

Психодрама избегает оценок.

Психодрама выносит внутренние образы на психодраматическую сцену.

Символический (метафорический) разогрев позволяет специалисту быстрее войти в объектные отношения пациента.

Психодрама – это одновременно аналитический и действенный метод.

Этот метод совместим с другими психотерапевтическими подходами.

С методом психодрамы хорошо сочетались теория объектных отношений [15], аналитическая психология, кататимная психотерапия или символдрама [5, 11], арт-терапия и арт-анализ. Объединение психодрамы с экзистенциальным анализом [4, 8, 13], подчеркивало ее традиционную принадлежность к экзистенциально-гуманистическому направлению. Трудно отказаться от интеграции психодрамы и системной семейной терапии. Семейная терапия, являясь по существу интегративным методом, использует очень много техник психодрамы, а такие методы, как семейные расстановки (Б. Хеллингер), геносоциограмма (А.А. Шутценбергер), без сомнения, испытали на себе большое влияние психодрамы и социометрии. Именно в семейной психотерапии впервые получили свое развитие конструктивистский и нарративный подходы [14], явившиеся своеобразной интеграцией философии постмодерна, теории и практики психоанализа, системного подхода. Психодрама также хорошо объединялась с такими методами, как гештальт-терапия [3], бихевиоризм, и многими другими. Перечислим некоторые интегративные подходы, которые мы используем в своей практике.

Психодрама и объектные отношения. З. Морено [7, 9] предпочитала подход, который называли «вертикальным». Этот подход сосредоточивается на прошлом и примитивных переживаниях и может быть назван регрессивным в том смысле, что рассматривает прошлое, события, происшедшие в детстве, пытаясь объяснить проблемы в настоящем. В этом отношении З. Морено имеет много общего с психоаналитиками и их интересом к прошлому.

Многие психодраматические сессии переходят от сцен в настоящем к драмам детства. Такая способность интегрировать встречные (горизонтальные) и регрессивные (вертикальные) взгляды на функционирование психики является одной из сильных сторон психодраматической техники.

Основой создания этой теории послужило изучение воздействия индивидуальных отношений человека с внешним миром на его внутренний психический мир. Психика и личность представляются как результат связей людей с внешним миром, которые запоминаются (интернализуются) разумом в виде «объект-

ных отношений». Детство рассматривается, как период наиболее активного становления личности, хотя внутренние объектные отношения могут быть изменены и в зрелом возрасте (психотерапией или более глубокими переживаниями).

Процесс изменения психики ребенка при его отношениях с внешним миром называется интернализацией. В результате этого процесса образуется триада опыта: «Я-объект», «Ты/Другой-объект» и аффективная окраска этих отношений. Психическое развитие и после интеграции внутреннего мира не останавливается. Идет развитие «Сверх-Я» и «Я-Идеала», которые ведут к усложнению психики. Вход в объектные отношения можно получить через символические, кататимные предметы. Мики-Маус, что подарил дед внуку, а ребенок поменял на жвачки в школе, это объект, кукла, выброшенная матерью, это тоже объект. Нарушение объектных отношений может способствовать формированию различных ролевых конфликтов, которые можно выявить в ходе психодрамы.

Психодрама и транзактный анализ. Существует много приложений транзактного анализа к психодраме. Самое очевидное опирается на *структурную модель личности* и заключается в возможности психодраматической проработки ее составных элементов. Понятие «*эго-состояний*» как никакое другое подходит для ролевого разыгрывания. Уже простое представление протагониста с помощью трех (*Родитель, Взрослый, Ребенок*) или пяти (как в функциональной модели эго-состояний) персонажей, которые взаимодействуют между собой, спорят или конфликтуют, способно многое прояснить в понимании себя. Например, обнаруживается, что в какие-то ответственные моменты теряется контакт со Взрослым эго-состоянием, что мешает человеку совершать важные действия. Иногда за проявлениями Родительского эго-состояния стоит реальная родительская фигура, с которой у протагониста сложные и драматичные отношения. Особенности Детского эго-состояния могут дать ключик к проблемам из собственного детства человека.

С другой стороны, многие роли в психодраме, выражающие субличности человека, являются не чем иным, как вариантами его различных эго-состояний. Всем хорошо знакома роль «Кон-

тролирующего родителя», «Внутреннего ребенка» (Детское эго-состояние).

Психодрама и гештальт-терапия. Многие положения и технические приемы гештальт-терапии пересекаются с приемами психодрамы. В последние годы опора гештальт-терапевтов на теорию поля, а не на цикл-контакта еще больше сблизил оба этих опытных подхода, принадлежавших экзистенциально-гуманистическому направлению. Преимущества психодрамы заключается в том, что она не столь жестко привязывает пациентов к такому концепту гештальта, как ответственность, а осознание происходит за счет драматического действия и инсайта в действии.

Символдрама и психодрама. Символдрама направлена на работу с конкретными образами-символами, на которых фиксируется заблокированная энергия, в результате чего эти объекты вызывают глубокие переживания или страх. Актуализировав подавленные чувства, символдрама может переходить в психодраму, если на роль символов, вызывающих определенные переживания, становятся реальные члены группы, заменяющие близких, родных и т.п. Мы в нашей практике обычно комбинируем эти методы.

Психодрама и экзистенциальный анализ. Экзистенциальный анализ (и логотерапия, как его составная часть) - это психотерапевтический метод, осуществляемый преимущественно в вербальной форме. В центре экзистенциального анализа стоит понятие «экзистенция» - наполненная смыслом, свободно и ответственно воплощаемая жизнь в создаваемом самим человеком мире, с которым он находится в отношениях взаимовлияния/взаимодействия и противоборства. У психодрамы и экзистенциального анализа есть общий базис, который, в принципе, позволяет применение средств из одного арсенала для целей другого направления. Обе школы относятся к экзистенциально-гуманистическому направлению, используя феноменологический подход.

Отличие психодрамы от экзистенциального анализа в том, что теория психодрамы сведена к описанию набора технических средств и почти ничего не говорит о строении и законах разви-

тия и функционирования психики, а экзистенциальный анализ имеет основательную теоретическую структуру, включающую в себя антропологию, теорию мотивации, теорию эмоций и ценностей.

Остановка саморазвития, чем бы она ни была вызвана, обуславливает различного рода личностные, в том числе и психические нарушения. «Отказ от саморазвития», отказ от своих возможностей в рамках экзистенциального анализа – основной диагноз при самых различных нарушениях. Критерием эффективности такой психотерапевтической работы выступает восстановление способности к саморазвитию. В этом плане психодрама, устраняя акциональный голод через игровое действие, может одновременно ликвидировать и «экзистенциальный вакуум».

Соединение психодрамы и экзистенциального анализа помогает укрепить Я протагониста, увеличивает его спонтанность и усиливает контакт всех участников драмы с их глубинными духовными структурами, придавая действию дополнительную ценность и значительность.

Сравнивая подходы З. Морено и А. Лэнгле [8, 10] можно увидеть параллели между описанием s-фактора и глубинной духовной сущности (Person). Заслуга А. Лэнгле состоит и в том, что он предложил четыре базовые экзистенциальные мотивации. Пациент должен перестать паразитировать на реальности, он должен принять ее, найти свое место и выполнить четыре базовые экзистенциальные мотивации согласно современной теории экзистенциального анализа, разрабатываемой учеником В. Франкла Альфредом Лэнгле: сказать миру «ДА!», сказать жизни «ДА!», сказать себе самому «ДА!» и, наконец, реализовать свой потенциал через конкретные действия в будущем.

Психодрама и юнгианская терапия. Психодраму можно понимать как некий перевод архетипического содержания на язык конкретных пластических образов и действия. То, что мы можем увидеть и пережить, представляет собой не элементы психических структур, отпечаток которых несет на себе психодрама, а всего лишь некий их след, архетипический образ, который в данном случае является символом.

Во снах или многих психодрамах мы встречаем, например, паттерны (образы или действия), имеющие символический характер. Так, во время разогревающего арт-аналитического упражнения клиентка нарисовала свою изоляцию как «обезьянку Шиву». При расспросе удалось установить, что она живет у нее внутри, в грудной клетке (протагонистка страдает астматическим бронхитом). В ходе последующей психодрамы выявились ее тенденции к перфекционизму и сверхконтролю над мужем и подростком-сыном. В результате родственники и друзья стали отходить от нее. В одном из эпизодов легенды о Шиве боги послали карлика, который, возможно, не собирался ему вредить. Шива разорвал карлика пополам и станцевал на обезображенном трупe врага танец всепобеждающего добра. Обратная связь от вспомогательных Я, участвующих в психодраме, о чувствах, которые вызывает навязчивая забота протагонистки, позволила ей задуматься о той роли, которая не соответствует уже новому витку развития отношений в их семье.

Психодрама и поведенческая психотерапия. В рамках психодрамы помощь, которую оказывает психотерапевт, состоит в том, что он вместе с клиентом анализирует причины и характер поведенческих недостатков, выявляемых в ходе психодраматической сессии, приводящих к страданиям, планирует и осуществляет терапевтические мероприятия, направленные на устранение болезненных особенностей поведения [12]. Адаптивные навыки поведения приобретаются и «прорабатываются» также в ходе психодрамы. Терапевты-бихевиористы предполагали, что одни и те же принципы обучения лежат в основе как адаптивного, так и неадаптивного поведения.

Психодрама располагается где-то между современной терапией катарсиса и поведенческой терапией, поскольку признает лечебное влияние и катарсиса, и репетиции поведения и переобучения.

Психодрама и нарративная психотерапия. Нарративный подход (от англ. *narrative* – рассказ, повествование) предполагает, что пациент является тем, чьи знания, эмоции, идеология должны изучаться и использоваться для изменений. Нередко

именно в таких «воспоминаниях» обнаруживается патогенез различных расстройств.

Психотерапевт помогает пациенту создать новую реальность, антинарратив — иной жизненный сценарий, искать альтернативные варианты поведения взамен проблемных поведенческих и смысловых паттернов. Анализ может проходить в виде прояснения «тем», которые определяют способы организации жизненных событий. Поскольку у каждого пациента имеется множество таких тем, психодраматист старается обнаружить ту, что имеет непосредственное отношение к проблеме. Этот подход позволяет установить сотрудничество, предпринять совместные усилия по изучению и изменению тем. Дискурсивно-логический способ не всегда помогает войти в мир переживаний пациента. Метафорический доступ к переживаниям пациента широко используется в психодраме с пациентами с тяжелыми расстройствами личности.

Работа с метафорами. В нарративном подходе метафоры рассматриваются как мельчайшие единицы описательно-образного способа мышления, позволяющие ослабить психологические защиты и раскрыть внутренний мир пациента. Они включают любую открытую или скрытую коммуникацию, в которой одно явление связано с другим. Жест, прикосновение, рисунок, скульптура и язык могут иметь «метафорический оттенок». Метафора — это проекция бессознательного, расшифровав послание, можно оптимизировать процесс психотерапии.

Монодрама. От психодрамы к индивидуальной психотерапии. Одной из возможностей применения техник психодрамы — индивидуальная работа с пациентами [16]. Методический арсенал монодрамы не ограничивается использованием пустых стульев для вспомогательных Я, а включает работу с символическим материалом как воображаемым, так и материализованным с помощью различных предметов, находящихся в кабинете монодрамотерапевта. Монодрама показана в том случае, если, например, отсутствует группа, определенные моменты требуют строгой анонимности, работы в индивидуальной терапии, требуется быстрое управление в кризисных ситуациях и т.п.

Так Марина, 29 лет, обратившаяся за психотерапевтической помощью в связи психогенными поносами, на первой встрече сообщила следующую анамнестическую информацию. Замужем второй раз. Мужу 39 лет. Несколько лет не могла зачать ребенка, затем после лечения у гинеколога-эндокринолога возникла беременность, завершившаяся родами в срок. У ребенка был обнаружен порок сердца, успешно прооперированный. Муж, будучи занят на работе, мало уделял ей внимания, снизилась его сексуальная активность. Возник внутренний конфликт между желанием развестись и не расставаться с ребенком («муж ребенка, естественно, не отдаст: слишком тяжело он достался»). На второй встрече пациентке предложили раскрыть свой внутренний мир через методику «Я как сообщество», используя различные игрушки и символические предметы. Она отметила, что у нее есть «маска грусти», «домашняя часть», куклу с распущенными волосами она обозначила как «разлохмаченная обида». Затем остановилась на матрешке и сообщила, что у нее есть желание «большую часть впихнуть в малую», причем одна часть находится в будущем. Конфликт с мужем «раскрутил» ее воспоминания об одном парне, который остался в ее родном городе (она его держала как «запасной вариант», интимных отношений с ним не было). Используя технику «шаг в будущее», мы в монодраме воспроизвели с ней встречу с этим мужчиной (которого играл психотерапевт), и с «разлохмаченной обидой». Возник «инсайт в действии», который привел к осознанию, что она идеализировала брачные отношения и требовала от мужа невозможного.

В психодраме, которую мы относим к мультимодальной психотерапии [2], необходимо, в первую очередь, развивать технологии работы с аффектами пациента. Гнев, страх, тревога (*angst, anger, anxiety*) имеют общий индоевропейский корень «*angh*» – ограничивать. Сюда же относится и ангина (стенокардия – *angina pectoris*). Причем эти «ограничения» возникают как при избытке влияния (агрессии) в «социальном атоме», так и дефиците любви и отражения. Второй важной задачей психодрамы является освобождение «обезьянки из клетки» как мета-

форы спонтанности (S-фактор, по Морено) через построение различных сцен из прошлого, будущего, фантастического.

Мы перечислили не все возможные комбинации психодрамы с известными приемами и техниками. Некоторые пациенты с одним и тем же «диагнозом» имеют, вместе с тем, разные интересы, сильные и слабые стороны, и эти различия часто больше влияют на прогноз, чем сам диагноз. Одни пациенты получают больше от психодрамы в сочетании с арт-анализом, другие с юнгианской терапией. Преимущество психодрамы заключается, с одной стороны, в том, что интенсивность лечебного воздействия распределяется между участниками группы, с другой стороны, при этом снижается уникальность симптоматики и появляется возможность обсуждения проблем с другими людьми. В эклектизме делается акцент на технической, практической стороне, на избирательном использовании различных видов вмешательства применительно к конкретной ситуации, интеграция (мультиmodalность) чаще ассоциируется с синтезом единой теории на основе различных подходов.

Интегративные процессы в современной психотерапии являются прогрессивным движением по пути построения универсальных психотерапевтических теорий, методологий и практик. Они помогают дополнять и взаимно обогащать различные психотерапевтические подходы. Интеграция вносит вклад в развитие универсальных языков для взаимопонимания различных теоретических школ, что облегчает не только обмен методами, но и выход за пределы узкой и односторонней картины психологической проблематики, характерной для многих подходов.

Литература

1. *Аммон Г.* Психосоматическая терапия / Г. Аммон. СПб.: Речь, 2000.
2. *Блатнер А.* Теоретические основы психодрамы / А. Блатнер // Психодрама и совр. психотерапия. 2003. №4. С. 4-14.
3. *Булюбаши И.Д.* Руководство по гештальт-терапии / И.Д. Булюбаши. М.: Изд-во Института психотерапии, 2004.
4. *Ефимова И.Н.* Психодрама + экзистенциальный анализ: о пользе перекрестного опыления / И.Н. Ефимова // Психодрама и совр. психотерапия. 2004. №1-2. С. 64-73.

5. *Кулаков С.А.* Символдрама – психодрама: интеграция подходов в ходе учебной супервизии / С.А. Кулаков, О.А. Жаринов // Психодрама и совр. психотерапия. №1. 2006. С. 12-17.
6. *Кулаков С.А.* Практикум по психотерапии психосоматических расстройств / С.А. Кулаков. СПб.: Речь. 2007.
7. *Лейтц Г.* Психодрама: теория и практика / Г. Лейтц. М.: Прогресс. 2007.
8. *Лэнгле А.* Person: экзистенциально-аналитическая теория личности: сб. ст.: пер. с нем. /А. Лэнгле. М.: Генезис, 2005.
9. *Морено З.Т.* Обзор психодраматических техник / З.Т. Морено // Психодрама и совр. 2003. № 2(3). С. 4-15.
10. *Морено З.Т.* Психодрама / З.Т. Морено. М.: ЭКСМО-Пресс. 2001.
11. *Обухов Я.Л.* Символдрама введение в основную ступень / Я.Л. Обухов. Ростов н/Д., 2005.
12. *Ромек В.Г.* Поведенческая психотерапия. М.: Изд.центр Академия, 2002.
13. *Франкл В.* Теория и терапия неврозов: введение в логотерапию и экзистенциальный анализ: пер. с нем. / В. Франкл. СПб., 2001.
14. *Фридман Дж.* Конструирование иных реальностей: Истории и рассказы как терапия: пер. с англ. / Дж. Фридман, Дж. Комбс. В.В. Самойлова. М: Класс, 2001.
15. *Холмс П.* Внутренний мир снаружи: психодрама и объектные отношения / П. Холмс. М.: Класс. 2000.
16. *Эрлахер-Фаркас Б.* Монодрама: исцеляющая встреча: от психодрамы к индивидуальной терапии: пер. с нем. / Б. Эрлахер-Фаракс, К. Йорда. Киев.: Ника-Центр, 2004.

**ПСИХООБРАЗОВАНИЕ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ
И ИХ РОДСТВЕННИКОВ
(СЕКСОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ)**

И.В. Шадрина, Е.Н. Альшина

Челябинская государственная медицинская академия, Челябинск

В настоящее время в России и во всем мире отмечается рост заболеваемости психическими расстройствами.

Социальные аспекты оказания психиатрической помощи при шизофрении, которая занимает одно из ведущих мест среди всей психической патологии, закономерно вызывают интерес к проблемам социального функционирования и качества жизни пациентов, особенно молодого возраста [1].

В последние десятилетия в связи с разработкой атипичных нейролептиков нового поколения, принципиально новых по своему фармакологическому механизму действия, появилась возможность психического образования и психической коррекции больных шизофренией. Поскольку эти препараты приводят к быстрой редукции психотических расстройств и практически не вызывают осложнений при применении, они, несомненно, оказывают положительное влияние на качество жизни пациентов.

Известно, что чаще всего первый эпизод шизофренического процесса приходится на молодой возраст (21-35 лет, согласно стандартам ВОЗ). При применении своевременной и адекватной терапии данная группа пациентов может успешно ресоциализироваться и длительное время сохранять качественную трудовую активность. Кроме того, для пациентов, страдающих шизофренией, повышается вероятность вступления в брак и деторождения. Это, несомненно, отразится на демографической ситуации в стране.

Самым благоприятным вариантом развития данной проблемы мы считаем применение новейших препаратов, занятия по психическому образованию и семейное консультирование. При этом нельзя оставлять без внимания другой, менее желательный, но вполне вероятный вариант развития событий при создании семей больными шизофренией, которые по различным

причинам не могут получить квалифицированную помощь.

В настоящее время политика нашего государства направлена на создание благоприятных условий для улучшения демографической ситуации в стране. Однако при пропаганде повышения рождаемости не учитывается то, что в материальных льготах в первую очередь будут заинтересованы социально неблагополучные граждане. Причем определенную часть составят те семьи, в которых один или несколько членов семьи страдают психическими расстройствами различной степени тяжести, в том числе шизофренией. В связи с этим интерес представляют исследования Г. Каплан, Б. Сэдок [2] о том, что шизофрения встречается во всех культурных и социально-экономических классах. В индустриально развитых странах, к которым следует отнести и Россию, отмечается диспропорция – большее число больных шизофренией наблюдается в более низких социально-экономических слоях общества. Данный факт объясняется «гипотезой спуска вниз» («downward drift hypothesis»), согласно которой больные субъекты либо перемещаются в более низкие классы, либо не могут проникнуть в более высокие из-за своей болезни. Кроме того, особую группу больных, претендующих на дотации государства, видимо, составят мигранты и беженцы, ожидающие получения статуса граждан России. Следует обратить внимание на тот факт, что, согласно официальным данным, 2,8 % из них страдают олигофренией, 2,5 % – эпилепсией и до 7,5 % – эндогенными заболеваниями.

По данным различных научных исследований, средний срок от начала заболевания до обращения за психиатрической помощью составляет около одного года и только третья часть больных попадает в поле зрения психиатров вовремя. Среди причин позднего обращения за помощью и отсроченного начала лечения называются разнообразные причины, в том числе недостаточное понимание пациентами природы имеющихся расстройств, страх последствий выявления психического расстройства (стигматизация и самостигматизация), недостаточный скрининг врачами общей практики, неверная диагностика при обращении за психиатрической помощью [3]. Таким образом, у нас в стране существенная часть больных с психическими рас-

стройствами оказываются вне поля зрения официальной медицины и статистики. По словам Т.Б. Дмитриевой [4], помощь психиатров получают ежегодно 7,5 миллиона россиян. Согласно данным А.Б. Смулевича и Э.Б. Дубницкой [5; 6], эпидемиологические исследования выявили, что психическими расстройствами страдают 19–28 % россиян, то есть каждый четвертый-пятый. В официальном докладе Минсоцразвития зафиксирована неутешительная тенденция — количество психических расстройств увеличивается приблизительно на 2,5 % в год, но эта цифра, очевидно, не совсем точная, т.к. непонятно, сколько приходится непосредственно на эндогенные заболевания. Известно, что немаловажную роль в развитии шизофрении играет наследственный фактор. В ранних исследованиях этого вопроса не прослеживалось четкой связи между развитием шизофрении у детей, чьи родители (один или оба) также страдали этим заболеванием. К. Ясперс, например, высказывал мнение, что «у душевнобольных рождаются здоровые дети, а у здоровых людей появляется неполноценное потомство» [7]. В наше время с этим сложно согласиться, т.к. на практике мы чаще всего сталкиваемся с обратным. Большинство исследователей подчеркивают влияние именно наследственного отягощения на возникновение, развитие и тип течения шизофрении [8]. В частности, А.В. Картелишев обращает внимание на то, что «при росте заболеваемости из года в год, в течение десятилетий, причину надо искать прежде всего в наследственности». Такие исследователи, как R.M. Eisler и D. Mechanic [9, 10], связывают возникновение шизофрении с комплексным взаимодействием: с одной стороны, они обращают пристальное внимание на генетическую предрасположенность к данному заболеванию, с другой – отмечают ряд социальных, экономических, демографических и средовых факторов, от которых зависит реализация биологической предрасположенности.

По данным Ю.В. Попова и В.Д. Вида [11], в мире ежегодно диагностируется примерно один новый случай заболевания шизофренией на 1000 населения. Хотя различие в заболеваемости по полу не является бесспорным, считается, что больны 1,1 % мужчин и 1,9 % женщин. Возрастной максимум манифестации

заболевания для мужчин находится между 15 и 25 годами, для женщин – между 25 и 35. Достоверно чаще заболевают одинокие, чем состоящие в браке. В настоящее время считается, что способность больных к деторождению примерно соответствует таковой в населении в среднем. Риск заболеть шизофренией прямо пропорционален степени родства и количеству заболевших в роду. Доказано, что при наличии одного больного родителя угроза заболевания у ребенка составляет 56 %; при наличии больного сиблинга – 10 %, при наличии сиблинга и одного из родителей – 17 % и при наличии двух больных родителей или однойцевое сиблинга – 46 %. При этом конкордантность тем выше, чем острее проявления болезни. По данным А.В. Картелишева, психическая патология населения будет и дальше расти, причем не только в России, но и во всем мире. Этому процессу также будет способствовать то, что больные шизофренией, вступающие в брак и не подозревающие о своем недуге, интуитивно ищут невесту или жениха с такой же психикой. Это, видимо, объясняется тем, что они лучше понимают друг друга, быстрее находят общий язык.

Известно, что первый эпизод шизофрении приходится, как правило, на репродуктивный возраст. Ю.В. Попов и В.Д. Вид считают, что раньше представление о сниженной способности больных к деторождению, скорее всего, отражало прежние условия их закрытого содержания [11]. В настоящее время благодаря применению психоактивных препаратов, политике «открытых дверей» и снятия специальных ограничений в государственных больницах, а также в результате реабилитационных мероприятий и заботе общества о больных шизофренией среди последних уже наблюдается увеличение числа браков и деторождения.

В рамках исследования влияния атипичных нейролептиков нового поколения на качество жизни пациентов молодого возраста, перенесших дебют шизофрении, было обследовано 60 мужчин и 60 женщин в возрасте от 21 до 35 лет. Из них состояли либо состоят в браке 56 %, имеют детей 38 %. Полностью отрицают возможность вступления в брак и деторождение 16 %. Остальные 28 % не исключают для себя возможность создания

семьи. Все это повышает вероятность того, что без принятия соответствующих мер к концу века уже половина землян будет страдать психическими расстройствами.

По мнению А.В. Картелишева, неизменным условием оздоровления нации, в рамках повышения деторождаемости, должны стать обязательные консультации у специалистов-генетиков перед вступлением в брак. Начинать при этом необходимо с диагностики и выявления больных.

В соответствии с конвенцией о правах человека, конечно, нельзя запретить психически больным людям рожать, однако должны быть разработаны определенные подходы к данному вопросу. Особое внимание при этом следует обращать на тип течения и динамику шизофренического процесса. Даже если предположить, что потомство будет психически здоровым, нельзя исключить тот факт, что нездоровье самих родителей может негативно сказаться на детях, их развитии и воспитании. В связи с этим старшее поколение, т.е. прародительская семья, должна принять решение, сможет ли она в случае отрицательной динамики течения заболевания у детей заниматься воспитанием их потомства. Таким образом, необходимы индивидуальные подходы к каждой отдельной ситуации, предусматривающие, кому из пациентов целесообразно иметь детей. В первую очередь при этом должны учитываться динамика заболевания, социальный статус, материальное положение самих больных, а также материальное положение родителей пациентов и желание заниматься внуками.

Особое место в психиатрической практике принадлежит системе реабилитации больных [12, 13, 14]. Различные методы и средства создают широкие возможности обоснованной разработки индивидуального терапевтического плана. При разработке индивидуальных планов терапии и реабилитации больного следует учитывать динамику заболевания, в том числе соматическое состояние, эффективность предшествовавшей терапии, побочные явления и осложнения, наблюдавшиеся ранее, а также сопутствующие заболевания. Считаем целесообразным разрабатывать и социальный аспект индивидуальных планов терапии, а именно выяснение установки больных на вступление в брак и

желание иметь потомство. С учетом этих индивидуальных желаний следует проводить и психообразование (сексологическое) больных, а также их родственников.

Литература

1. *Дьяченко Л.И.* Организация психиатрической помощи больным шизофренией / Л.И. Дьяченко // Шизофрения: новые подходы к терапии: сб. науч. работ Укр. НИИ клин. и эксперим. неврологии и психиатрии / под общ. ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. Харьков, 1995. Т. 2. С. 33–34.
2. *Каплан Г.* Клиническая психиатрия / Г. Каплан, Б. Сэдок. – М.: Медицина, 1998. Т. 1. 672 с.
3. *Гурович И.Я.* Первые психотические приступы у больных шизофренией / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер // Рос. мед. журн. 2004 Т. 12. № 22.
4. *Дмитриева Т.Б.* Социальная психиатрия как приоритетное направление психиатрической науки и практики / Т.Б. Дмитриева // Вестн. Рос. акад. мед. наук. 2004. № 7. С. 11-15.
5. *Смулевич А.Б.* Психопатология и терапия шизофрении на неманифестных этапах процесса / А.Б. Смулевич, Э.Б. Дубницкая // Журн. психиатр.и психофармакотер. им. П.Б. Ганнушкина. 2005. Том 7. № 4.
6. *Смулевич А.Б.* Спектр клинических эффектов кветиапина (сероквеля) в условиях крупного психиатрического стационара / А.Б. Смулевич // Журнал психиатрии и психофармакотерапии им. П.Б. Ганнушкина. 2003. Прил. № 2. С. 7–8.
7. *Ясперс К.* Общая психопатология / К. Ясперс. М.: Практика, 1999. С. 601-667.
8. *Наджаров Р.А.* К проблеме систематики шизофрении в свете современных клинико-катамнестических, эпидемиологических и клинико-генеалогических данных / Р.А. Нажаров, М.Я. Цуцельковская, В.А. Концевой // Журн. невропатол. и психиатр. 1985. Вып. 1. С. 66-78.
9. *Eisler R.M.* Social Stress and Psychiatric Disorder // J. Nerv. Ment. Dis. Vol. 153. 1971. С. 227-233.
10. *Mechanic D.* Some relationships between psychiatry and the social sciences // Brit. J. Psychiat. Vol. 149. 1986. С. 438-553.
11. *Попов Ю.В.* Современная клиническая психиатрия / Ю.В. Попов, В.Д. Вид. СПб.: Речь, 2000. 402 с.

12. *Кабанов М.М.* Психосоциальные аспекты реабилитации психически больных / М.М. Кабанов // Журн. психiatr. и психофармако-тер. им. П.Б. Ганнушкина. 2006. Том 8. № 5.
13. *Александровский Ю.А.* Психиатрия и психофармакотерапия: избранные лекции и выступления / Ю.А. Александровский. М., 2003. С. 249-255.
14. *Гурович И.Я.* Актуальные проблемы совершенствования вне-больничной психиатрической помощи / И.Я. Гурович // Актуал. вопр. организации психiatr. помощи, лечения и соц. реабилита-ции психич. больных. М., 1978. С. 5-19.

ПЕРЕКРЕСТОК КУЛЬТУР

ДИСКУРС ЗДОРОВЬЯ ТРАДИЦИОННОЙ ЧУВАШСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Е.Л. Николаев

Республиканский психотерапевтический центр, Чебоксары

Здоровье человека, в частности его психическая составляющая, во многом определяется той системой образов и понятий, которая складывается у человека не только на основе собственного жизненного опыта, но и на основе интериоризированной им системы ценностей той культуры, в рамках которой он социализируется. Именно поэтому для оптимизации системы медицинской помощи и профилактики в условиях конкретной культуры представляется важным изучение ее традиционных основ – менталитета. Изучение этнического менталитета чувашей, определяемого как относительно целостная система ценностей, взглядов, мировоззрения, черт характера, норм поведения, создающих картину мира и скрепляющих единство культурной традиции, наиболее целесообразно начать с особенностей ценностно-смысловой сферы, т.к. именно в совокупности духовных идеалов находит отражение этническое своеобразие общества.

Ценностно-смысловая сфера. В основе традиционной философии чувашей лежит древняя система религиозных представлений, восходящих к зороастризму древних иранцев, иудаизму хазар, исламу периода Волжской Болгарии и Казанского ханства [11].

Дуализм, воспринятый от зороастризма, отражен в мировоззрении народа верой в двойственную сущность природы, противопоставлением сил добра во главе с *Сўлти турй* (Верховным богом) и сил зла во главе с *Шуйтаном* (дьяволом) [33]. В зороастризме единство и борьба светлого и темного начал проявляется-

ся во всем. В органической природе имеет место борьба жизни и смерти, в духовном мире – борьба добра и зла, в общественной жизни – борьба справедливости с беззаконием [9].

У чувашей добро и зло, справедливость и несправедливость, равенство и неравенство, сильное и слабое, светлое и темное также четко разграничиваются и воспринимаются как двуединство, необходимое для гармонии. Идея гармонии оправдывает существование и зла, и добродетели в рамках единого мира (*тёнче пёрре*) – едины природа, человек, разум, красота. Едины Бог и труженик (*Турă, тăвакан*). В этом и заключается гармония [22].

Помимо главных божеств в пантеоне чувашской религии существуют небесные и земные божества и духи, число которых находится в пределах нескольких десятков и даже сотен [21, 28]. Они также влияют на жизнь человека, но судьба человека определяется высшими силами не полностью: от его поведения, совершаемых им грехов многое зависит в его будущем.

По мере исторического взаимодействия с представителями соседствующих культур традиционные представления чувашей о мироздании и человеческом духе сравнительно легко вписываются в учения других мировых религий, включая православие [22], сохраняя малоизмененными свои ключевые ценностные позиции.

В структуре духовных ценностей чувашей центральное место занимает идея гармонии, как состояние взаимосогласованности, сбалансированности, отсутствия диспропорций, противопоставлений и конфликтности. Прежде всего – это гармония с природой [1, 5], равенство человека с животным и растительным миром, всем, что живет и движется [22]. «Окружающие их житницы, источники и роши никогда они не рубят... Соловьев, зяблиц, скворцов и прочих птиц ловить почитают за грех, а тем, кои у них во дворах жить могут, делают гнезда», – заметил еще в XVIII в. К.С. Милькович [25]. Этнографические исследования XX в. подтверждают общеизвестную любовь чувашей к природе: «Если чувашин увидал кого-либо, сдирающего кору с живого дерева, тотчас же делает замечание: *«Йывăçан хуппине ме вистетён, хăвăн тиррӳне вистесен лайăх-и?»* – Зачем сдираешь кору с дерева: ладно ли будет тебе, если с тебя самого будут

драть кожу? Страдания дерева равносильны страданиям человека в аналогичных ситуациях. «Хурӑн шывне ан ёҫ, вӑл унӑн юнӗ» – не пей сока березы, это кровь березы» [25].

Другой стороной идеала гармонии у чувашей является гармония межличностных отношений, которые ориентированы прежде всего на достижение социального согласия, а не выражение истинности объективного явления [27]. Человек и общество в понимании чувашей могут гармонично развиваться лишь в согласии с природой и друг с другом [22].

Тема трудового динамизма, трудолюбия (*ёҫченлӗх*) красной нитью проходит через жизнь чувашей с малых лет до глубокой старости. Мирному, праведному труду безоговорочно отводится основополагающая роль в жизни каждого человека и неудивительно, что этому посвящено множество пословиц, в которых подчеркивается необходимость восприятия трудовой деятельности как базисной ценности (*ёҫ – пурнӑҫ тыткӑчи – на труде жизнь держится; ёҫ вӑл – пурнӑҫ илемӗ – труд красит жизнь; ёҫле, ёҫле, ёҫле, ҫи, ёҫлемесен ан та ҫи – работай, работай, работай, ешь досыта, не будешь работать – и есть не проси; чӗлхене мар, ёҫпе мухтан – старайся прославиться не языком, а делом*).

Конкретизируя специфику трудового динамизма у чувашей, можно выделить их следующие особенности отношения к труду:

- поэтизация роли труда, потребность получать удовольствие в любой работе (*нумаи ҫывӑракан ыйхипе киленӗ, ир тӑракан ёҫӗпе киленӗ – кто много спит, тот наслаждался сном, кто рано вставал, тот наслаждался работой*);
- придание труду сакрального смысла (*ёҫлекен вилмест, теҫҫӗ, ҫывракан вилӗмӗ ҫухрӑмра тӑрат, теҫҫӗ – работающий не умрет, а от спящего смерть стоит только в версте*);
- приобщение к регулярной трудовой деятельности в раннем детском возрасте [3, 8];
- самодостаточность как стремление опираться в жизни только на результаты собственного труда [17];
- ощущение дискомфорта в состоянии лишения возможности трудиться (трудовая депривация): *ахаль ларсан, урасӑр-*

алсър сынпа пёрех – когда сидишь без дела, все одно, что без ног, без рук;

- придание трудовой депривации деструктивного характера: *чаваш ёссёр антйрсан, хуралта пйсма тытанать – если чуваш не имеет работы, то принимается разбирать постройку.*

Ценность коллективизма, общинности (*пёрлешулёх*), как преимущественной ориентации на групповые цели, предельно четко выражена в чувашской культуре. Здесь широко распространено убеждение о невозможности гармоничного существования человека без тесной кооперации со своим социальным окружением: *нумай та пётет, сахал та ситет, пёрле пурйнине мён ситет? – и многое кончается, и мало до достает, что сравнится с жизнью вместе!* Иерархия приоритетов социального взаимодействия индивида скристаллизована в народной рекомендации ставить интересы общественных отношений выше межличностных и даже внутриличностных. У чуваша на первом месте – мир (община), затем – родственники, семья, и только потом – он сам.

В.Г. Родионов [27] распространяет идеи равноправия, выявленные им в языке, речи и музыке чувашей, на их представления о социальном мире и общинной справедливости. Поэтому конформизм у чувашей рассматривается им больше как признак личностной зрелости и гибкости, а не как свидетельство неспособности отстаивать собственные интересы.

Культурно-воспитательные традиции. Институт семьи (*кил-йиш*), основной в воспитании детей, неразрывно связан с институтом общественным, на селе – общинным (*ял-йиш*) [22].

В наблюдениях особенностей воспитания чувашских детей заметно описание стиля, который на первый взгляд можно отнести к «гипопротекции»: «Чувашские дети в этом отношении большую часть времени предоставлены самим себе. Занимаясь земледелием, поглощенный заботами о пропитании, чувашин не имеет времени заниматься воспитанием своих детей. Дети чуваш почти брошены на произвол судьбы, они растут сами собой, придумывают себе игры и забавляются» [26]. Однако данный вариант родительско-детских отношений нельзя рассматривать

как гипопротекцию лишь по признаку несоответствия стратегиям воспитания современных городских детей. Его всеобъемлющая оценка возможна только в контексте традиционной чувашской культуры.

Так, в соответствии с этническими нормами чувашей считается, что не следует окружать ребенка избыточной лаской и вниманием (*ачаш ача ашиё пушне çанса сёмёрнё, тет – избалованный ребенок разобьет голову своему отцу*), не стоит стремиться фиксировать внимание окружающих на позитивных качествах собственного ребенка (*ачине мухтасан, ачи ыр курмасть – если хвалить дитя, оно не увидит добра*), потакание требованиям ребенка может привести к печальным для всех результатам (*ачаш хёр ача тавать, ачаш ывъл вёръ тавать – избалованная дочь родит в девках, избалованный сын станет вором*). Именно поэтому стиль семейного воспитания, реализуемый чувашами, отличается более высокой авторитарностью, низким уровнем телесного контакта и эмоциональных поощрений, ранним приобщением к регулярной трудовой деятельности [6]. Большое место здесь отводится роли старшего поколения – бабушек, дедушек и личному примеру родителей, занятых постоянной трудовой деятельностью [8], в связи с чем более оправданным будет характеризовать данный стиль воспитания у чувашей как «псевдогипопротекцию».

Принятие данного варианта социализации детьми и подростками как нормы, как типичного проявления родительской заботливости, а не как признака отвержения и отсутствия любви вызывается системой этнических приоритетов, направленных у чувашей на формирование в ребенке скромности (*алък патёнче ырайн пур чухне тёпеле кайса лармаççё – когда есть место у дверей, не садятся впереди избы*), неприхотливости (*çакър-тавар апат та мар-и? – хлеб с солью разве не еда?*), выносливости (*пуça кассан çёлёк тӓхӓн; алла кассан алса тӓхӓн – если голову рассекут, – надень шапку; если руку поранят – надень варежку*), осмотрительности (*мала ан ирт, кая ан юл: мала иртсен пуça касаççё, кая юлсан таптаççё – вперед не забирайся и позади не оставайся: выскочка отвечает головой, а отстающих топчут*), упорства (*пуça ўксен пушмак, йёрес те сўрес пу-*

лать – как придет напасть, хоть плачь, но ходи), трудолюбия (кирек а́ста пырсан та ик алла пёр ёс – куда ни придеши, везде для двух рук одно дело, т.е. везде нужно работать), нацеленности на кооперацию (сынса́р сын пурнаймасть – человек не может прожить без других людей).

Власть по традиционным воззрениям чувашей священна и повиновение ей обязательно. Власть подразделяется на божественную и земную, с которой олицетворяется высшее должностное лицо и служащие ему лица [25]. Почтительное отношение к власти чувашей подтверждается С.М. Михайловым [20], В.А. Сбоевым [29]. Ее необходимость обосновывается правильной организацией хозяйственной жизни [25] и относится к основным человеческим добродетелям [29].

Чуваши отличаются также ответственностью и исполнительностью, что проявляется в отношениях как по вертикали (с властными структурами), так и по горизонтали (в семье и с равными по социальному положению) [8, 29]. В таком отношении прослеживаются не только идеи сакральности (*анне – Кене, унна вёрсма юрамасть – мать – святыня, с ней не спорят*), но и элементы прагматизма, личной заинтересованности каждого в соблюдении многовековых традиций (*асуна аннўне хисепле, хайнах ырай пулэ – почитай родителей, тебе же будет хорошо; пилсёр сынна хурла́х пусса антарать – без родительского благословения человека несчастье задавит*). В семье внешняя распорядительная власть находится у отца, а внутренняя, контрольно-исполнительная – у матери [25].

В семье и общественной жизни чувашей духовное, религиозное, нравственное и культурно-воспитательное начало принадлежит старейшинам [27]. Их мудрый разум ценится выше ловкого умения молодых [22] – *утма́л сұхра́м каяс пулсан утма́л сұлхи сынна калас – прежде чем выехать в дальнюю дорогу, посоветуйся с шестидесятилетним стариком*. Культ почитания старших, культ предков, как живых, так и умерших, – одна из основополагающих заповедей чувашской духовной культуры. Она представляет собой своеобразное выражение веры в бессмертие или даже отрицание самой идеи смерти [22] – *аишиё-амйиё пиллесен – пин пулать, пиллемесен – кёл пулать –*

если родители благославят, потомство размножится до тысячи, а без благословения все пойдет прахом.

Особенности коммуникации. В сфере межличностных отношений у чувашей также можно выделить существенные моменты, восходящие к специфике традиционного этикета. Так, традиционное приветствие здесь носит форму диалога, построенного, как правило, в рамках системы «ступенчатого сужения образов»: от макрокосма (включающего неживую природу, растительный и животный миры) через мезокосм (общество, односельчан, родственников) к микрокосму (индивиду с его семьей). Приветствия, построенные по жесткой иерархической схеме вопросов-ответов в направлении от окружающего мира к индивиду, являются свидетельством доброжелательного отношения к собеседнику. Нарушение последовательности в приветствии может быть расценено как проявление скрытого негативного отношения [15].

Тенденция меньше сообщать о себе, о своих домочадцах, в особенности какую-либо негативную информацию, лежит в основе межличностного взаимодействия чувашей. *Килте мён пурине ялта ан сар – что есть дома, не распространяй по деревне; килти сӓмаха кӓршӓре калама хушман – не велено говорить соседям того, что сказано дома* – такой подход, с одной стороны соответствует общественным приоритетам в коммуникации, с другой – реализует стратегию сохранения «доброе имени», характерную для традиционного общества (*ырӓ ят ылтӓнран сӓтӓ – доброе имя дороже золота*).

Большое значение в коммуникации у чувашей придается контролю эмоций. И.Я. Яковлев в своих воспоминаниях пишет: «У чуваш есть еще одна черта характера, часто отсутствующая у русских, – неумение, как бы стыд, боязнь выразить наружно свои чувства, хотя бы самые хорошие, честные, законные. Они вообще замкнуты, молчаливы [34]. До сих пор считается неприличным прилюдно обниматься, целоваться, даже с любимыми и родными. Также не принято открыто высказывать свои радостные эмоции, такой человек может потерять уважение окружающих [22].

Гораздо больше у чувашей ценится обдуманность, основательность и скромность в беседе [26]. Такое поведение считается признаком вежливости и нередко проявляется в возвышении собеседника и сознательном собственном принижении [15]. *«Нумай итле, сахал калаç, теççё – большие слушай, меньше говори»*, – таково еще одно требование традиций чувашской коммуникации.

Следующим личностным качеством, востребованным в общении, является избегание конфронтации и агрессивных проявлений. И.Я. Яковлев [34] так описывает его: «У них замечается какая-то особенная, Бог весть, откуда дошедшая до них ... деликатность во взаимных отношениях. Чуваши избегают сказать кому-либо грубость, что-либо обидное, унижающее, оскорбительное». «Чуваши уживчивы, исключительно миролюбивы, до последней возможности избегают конфликтных ситуаций», - отмечает И.Н. Афанасьев [3]. Это глубинное качество находит естественное отражение в творчестве чувашских писателей и поэтов. Так, Н.Г. Ильина [12], анализируя поэтический мир современной чувашской лирики, расценивает тенденцию избегать прямых споров и дискуссий как важную сторону национального типа мышления, свидетельствующего о стремлении сторон коммуникации к гармонии. Для чувашей взаимоотношения собеседников остаются более важными, чем сам предмет разговора [27].

Недирективность, косвенный характер и направленность сообщений являются закономерным стремлением к избеганию конфронтации в межличностном общении. *«Хёрёме каларём, кинём илттёр, терём; кинёме каларём, хёрём илттёр, терём, теççё – сказала дочке, чтобы слышала сношка; сказала сношке, чтобы слышала дочка* – данный подход является распространенным в чувашской культуре способом сохранения доброжелательных отношений при необходимости решения проблемных вопросов. «Чуваш даже в семейно-бытовой жизни старается не обращаться прямо со своей просьбой к кому-либо. «Кажется, дочка купила чаю», - говорит чуваш своей жене, что просто означает: «Выпьем-ка чаю» [3]. Н.М. Охотников [26] пишет про чувашей, что у них «намекы как-то сильнее действуют на рассу-

док или сердце, чем приказание или выговор». Эта особенность прослеживается и в языковой практике. По мнению А.В. Кузнецова [15], в чувашском языке преобладают вербальные средства этикетного общения в форме вопроса, в то время как в индоевропейских языках употребляются, в основном, директивные формы.

При анализе чувашских народных пословиц определяется еще одно качество, востребованное при эффективном общении – способность к гибкости, конгруэнтности с собеседником (*тӳрӗ калакан тӳванне юрайман – говоривший правду родным не угодил*). В коммуникации, даже с близкими, не настолько ценится информационная сторона сообщения, сколько умение почувствовать настроение, ожидания собеседника и максимально им соответствовать (*ватӳ патӳнче ватӳ пул, ҫамрӳк умӳнче ҫамрӳк пул – около старого будь старым, около молодого будь молодым*). Верхом неприличия, которое может привести к непоправимым результатам, будут считаться попытки продемонстрировать собственное превосходство над собеседником. *Ҫынпа ан тупӳш, шыва пупӳн – не спорь с человеком, в воде утонешь* – предупреждают старшие, подразумевая, что мучительный стыд за импульсивное поведение при межличностном взаимодействии, вызванный осуждением окружающих, может позднее привести в крайне неадекватным действиям со стороны нарушителя традиций коммуникации.

Представление человека о здоровье, причинах возникновения болезней, возможных путях оздоровления являются неотъемлемой частью общей «картины мира», которая во многом определяется этнокультурной спецификой мировоззрения. Здоровье в традиционной чувашской культуре занимает одно из важнейших мест. С ним связываются надежды на счастье, успех, уверенность в материальном благополучии (*сывӳлӳх пулсан мул пулатӳ – если есть здоровье, будет и богатство*), психологическом комфорте (*сывӳ ҫыншӳн кашни кун уяв – здоровому человеку каждый день праздник*), социальной неуязвимости (*сывӳ ҫын – ирӳклӳ ҫын – здоровый человек свободен*). Обладание крепким здоровьем позволяет человеку быть самодостаточным и уверен-

ным в своем будущем (*сывлӑх пулсан мулна мён тӑвас – если есть здоровье, то к чему тогда богатство*).

Рациональные основы восприятия здоровья. Соматопсихическая нерасторжимость, целостность восприятия здоровья без разделения его на телесную и душевную составляющие является характерной чертой традиционных культур [19], в том числе и чувашской. Наверное, поэтому в ней существует тесная взаимосвязь между состоянием здоровья и трудоспособностью. Оценка здоровья человека производится не по наличию или отсутствию тех или иных болезненных симптомов, а по его способности трудиться. Считается, что человек здоров тогда, когда он может работать, и наоборот (*сывлӑх пулсан ёс пулать – будешь здоровым, работа выполнится*). Праздность и безделье в глазах окружающих являются весомым основанием для отнесения человека к категории физически неполноценных (*ахаль ларсан, урасӑр-алӑсӑр ҫынна пӗрӗх – сидеть без дела то же, что быть лишенным рук и ног*). Нежелание работать однозначно расценивается как фактор, неминуемо ведущий к потере здоровья (*кахал ҫын чирне хӑй кӗтсе выртать тесӗ – лентяй сам свою болезнь дожидается; кахал ҫын чир тупма йста – лентяй – болезнь находить мастер*).

Размытость представлений об индивидуальном здоровье, тенденция его связи с состоянием окружающих является еще одной особенностью представлений чувашей о здоровье. Иллюстрацией этого положения может послужить традиция рассмотрения эмоционально-стрессовых воздействий (главным образом ссор и конфликтов) в качестве важного фактора, провоцирующего возникновение расстройств, которые с клинической точки зрения могут быть расценены как невротические и психосоматические. Так, у чувашей считается, что переживание злобы и ненависти может вызвать болезнь не только у конфликтующих сторон, но и случайно «перейти» к постороннему человеку – *хирӗс вӑрӑнӑ* (ударил ссорой). Как представляется, это обычно происходит в пути, в дороге, поэтому данное состояние называют дорожным злом (*сул хаярӗ*), злом пройденной дороги (*ҫӳренӗ сул хаярӗ*) или злом порчи гневом (*ӑншӑртлӑ хаяр, ӑншӑрт*). Восприятие негативных эмоций во время чужой драки или даже

ссоры может сопровождаться появлением соматоформных реакций в виде сильных головных болей, болей в животе, рвоты, другой симптоматики [3, 16, 18, 25].

Описанные факторы естественного происхождения, способствующие формированию патологии, отмечаемые чувашами, вполне соответствуют современной естественнонаучной концепции медицины, выделяющей в качестве причин болезни объективные критерии. Более древним, но сохранившимся до сегодняшнего дня взглядом на здоровье является объяснение болезни человека с точки зрения действия иррациональных причин. В соответствии с этим подходом можно выделить, мистическую, анимистическую и магическую атрибуции болезни [35].

Иррациональная атрибуция болезни. Рассмотрение влияния иррациональных внешних сил, предопределяющих жизнь человека, целесообразно в рамках **мистической атрибуции болезни**. С этой позиции сам человек не в состоянии изменить предписанный свыше ход событий, но может снизить риск несчастий путем строгого выполнения традиций и ритуалов. Поэтому нарушение вековых запретов, несоблюдение обрядов и примет в традиционном понимании обязательно приводит к несчастью и болезням.

У чувашей имеется много предсказаний, касающихся здоровья и судьбы: Божье предписание (*Турă сырни*) в виде неразборчивой надписи находится на лбу у каждого смертного; расположение родинки (*Турă палли*) в верхней половине тела имеет благоприятное значение для человека, в нижней – определяет менее «везучего» человека [18].

Большую роль в формировании ограничительного поведения в межличностной коммуникации играют представления о «тяжелой» (*йывăр*) и «легкой» (*çăмăл*) руках. При совершении регулярных торговых сделок с живностью или совместном начале какого-либо дела обычно желают «легкой» руки (*аллу çăмăл пултăр!*), а затем внимательно отслеживают дальнейший ход событий. В случае неблагополучия со здоровьем членов семьи или домашних животных деловые контакты с обладателем «тяжелой» руки по возможности ограничиваются [18].

Прогноз болезни часто осуществляется через интерпретацию сновидений, для чего обращаются к специальному толкователю снов (*тёлёк шайлакан*), который на ночь кладет себе под голову какой-либо предмет из одежды обратившегося. Будущее истолковывается в зависимости от содержания сна толкователя. Так, употребление во сне вина предвещает горе (*тёлёкре эрех ёссен хуйх пулать*), а свежее сено – покойника (*тёлёкре ешёл утӑ – вилене*). Игры во сне с девушкой связывались с грядущей болезнью (*тёлёкре хёрпе вылясан чир шакланать*), а потеря зуба никак не ассоциируется со здоровьем, а предупреждает о потере какой-либо вещи (*тёлёкре шӑл уксен япала сухалать*). Явную смерть больного можно предположить, если в содержании сна фигурирует вырвавшаяся лошадь, которую не удастся поймать (*тёлёкре лаша ёсёрёнсе кайсан, ӑна тытаймасан, чирлӗ сын пулсан вилет*). Сроки осуществления предсказания также определяются по снам: если сон приснится вечером, то сбудется не скоро, а если поутру, то сбудется на днях (*тёлёке казах курсан час пулмасть, сӗтӑлӑна курсан сав кунсенчех пулать*) [18].

Уверенность в невозможности самостоятельного управления собственной жизнью свидетельствует о внешнем локусе контроля и отчетливо прослеживается в характерном для народных представлений фатализме [3]. Фатализм прослеживается в традиционном мировоззрении чувашей и в отношении смерти: «...умирает человек потому, что ему не предназначено жить больше, что прожиты им дни и годы, написанные в «книге Божией» (в книге жизни). Если человек умирает тихой смертью, его считают праведным; если же он перед смертью долго мучится, то это приписывается действию *эсрелев* (злых ангелов смерти), которые насильно вырывают душу грешника...» [16].

Анимистическая атрибуция болезни связывается с обстоятельствами, при которых появление недуга приписывается агрессивной деятельности сверхъестественного начала – злых духов, ангелов, призраков, или феномену «потери» души самим человеком.

Чуваши рассматривают сон (*тёлёк*) как состояние, при котором человеческая душа свободно покидает физическую оболочку и путешествует по миру. Сновидения, как считается, от-

ражают то, с чем встречается душа во время своего пребывания вне тела. Возникновение некоторых болезней человека объясняется именно тем, что его душа находилась где-то далеко от спящего тела в момент, когда его пытались резко разбудить. После смерти человека душа пребывает около близких, в доме до тех пор, пока во время больших поминок ее не проводят из дома, что может происходить на седьмой неделе после смерти [18].

По традиционным представлениям чувашей, злые духи (*усал*) вездесущи. Стоит человеку появиться ночью на перекрестке, берегу реки, как их многочисленная армия пристает к человеку и насылает на него многочисленные болезни. Так, при неожиданной встрече с духом «*вупкӑн*» возможно умопомешательство [18]. Считается, что «*йӗрӗх*» насылает болезнь «*кӗсӗн*», проявляющуюся мокнущими высыпаниями на голове ребенка («*йӗрӗх тытни*») [10]. Возникновение судорожного синдрома у маленьких детей объясняется вредоносным воздействием *усал* в момент нахождения ребенка одного в колыбели [18]. Другие болезни могут вызываться баннным духом *Ийе* [25]. Огненная змея «*вӗре сӗлен*», проникающая в дом через трубу, поражает преимущественно хроническими болезнями «*хӗн куракан*», в числе которых чахотка и истерия [10]. Человек, одержимый злым духом, может не только заболеть, но и умереть [3].

Предполагается, что злые духи – обитатели земли, воды, ветра, огня также являются источниками бед и болезней. Ребенок может неожиданно заболеть после того как, бегая, упадет на землю (*сӗр шавкӑмӗ, сӗр синкерӗ*). Злой дух способен вытянуть из лежащего ночью на голой земле силы до его полного изнеможения (*касхи синкер*). Чтобы заболеть, необязательно падать или лежать, достаточно даже прилечь на землю (*вӑйне туртса илет*). *Эсрел*, обитающий в воде, способен наслать на переходящего реку или упавшего в воду лихорадку (*шыв синкерӗ*). Встреча в пути со злым духом ветра чревата развитием клинической симптоматики с потерей сознания, акроцианозом и последующим мутизмом (*чӗлхене туртакан чир*) [18].

В традиционном религиозном пантеоне чувашей наиболее разрушительная роль отводится злому духу *Киреметю*, который, как считается, способен вызывать несчастья и болезни у

людей, падеж скота, природные катаклизмы. По преданию, *Киреметь* был сыном Бога, посланным на Землю нести добро. Но люди, по наущению Шуйтана (дьявола), убили и сожгли *Киреметья*, развеяв прах по ветру. С тех пор люди несут за это вечное наказание [29]. С целью умиловить духа и защититься от напастей совершались моления и приносились жертвы *Киреметю* (первоначально домашние животные, позднее - серебро, монеты, лепешки, ритуальная каша). Данный обряд был приурочен к сезонным праздникам и важным событиям крестьянской жизни, или совершался по необходимости в случае болезни или несчастья. «...Жертву приносили особо выбранные люди, которые пользовались особым уважением среди населения, они имели при себе деревянный прут и если этот выбранный жрец ударит кого-нибудь в наказание, то от этого человек может захворать и умереть. Если же этот «кѣлѣ пѣхакан» (молитвенный наблюдатель) захочет кого-нибудь наказать от имени *Киреметья*, то он выметает метлой ток, где молотят хлеб, и от этого должна погибнуть вся семья, как бы стирается с лица земли, подобно хорошо выметенному току...» [10].

Психология восприятия умерших живущими занимает особое место в духовном мире чувашей. Согласно бытующим представлениям, умерший, будучи невидимым для глаз живых, продолжает вести свою обычную жизнь среди других покойников на кладбище. Поэтому при похоронах в могилу стараются положить те предметы, которые были наиболее необходимы умершему при жизни [18].

Считается, что «...покойники вообще могут иметь сношение с внешним миром и даже влиять на жизнь живых. В течение сорока дней после смерти душа часто посещает свой дом. Но она приходит и после, в особенности, если начнут забывать и долгое время не совершают о ней поминовения. Тогда она, чтобы напомнить о себе, насылает на живых болезни и несчастья. Напротив, если она довольна живыми, покровительствует им и содействует их благополучию...» [14].

Существует представление, что в периоды поминок и поминальных праздников никем не замечаемые умершие приходят в деревню, стараясь вести себя мирно и спокойно. Но если кто ос-

корбит их бранью, худым словом (*вилё сáмах тáвать*), неуважением ритуала жертвования еды, умерший в качестве мести может наслать несчастья и болезни, к числу которых относится желтуха (*сар чир*), бесплодие (*ача тумалла мар*), мужское бессилие (*арсына пáсни*). Упоминание усопших в момент ссоры табуировано. Наказанием служит та же желтуха [18].

Магическая атрибуция болезни определяет любое болезненное состояние или смерть человека как результат сознательных, целенаправленных действий другого человека (сглаз, колдовство, порча).

Наиболее значимой фигурой в этой сфере для чувашей является колдун, который в разных местностях называется по-разному: *асамсах* (*асáмсах, асаймáщ, асамчá*), *тухатмáш, áрáмчá, чéлхечé*. Д. Месарош так описывает чувашского колдуна: «...это провидец, который по своему желанию имеет непосредственную связь со злыми духами и с их силой и по тайному поручению разгневавшихся за плату может навести на людей порчу в отличие от целителя, имеющего такую же власть над духами, однако использующего свои знания для раскрытия причин отдельных болезней, убажжающего мелкими подарками злых духов, наславших болезни. Одним словом, его призвание – это исцеление. Он очень часто лечит хвори, возникающие в результате нанесения порчи колдуном» [18].

Порча, наводимая колдуном (*сын туса пани*), рождает в народе наибольшие опасения. Считается, что существует семьдесят семь различных заклинаний для наведения порчи (*пáсать, асáмсах тáвать*): простой наговор (*ахаль чéлхе*), наговор пузыря (*шáпáр чéлхи*), наговор от мертвых (*вилё чéлхе*), наговор против рождения детей (*ача тумалла мар чéлхе*), отворотное слово (*сивётекен сáмах*) и др. Наговор читается над пищей или питьем, которые потом даются человеку, на которого направлена порча [18]. Ей также приписывается передача через воздух при непосредственном общении (контагиозное распространение, принцип контакта, заражения), поэтому чувашки сторонятся колдуна или человека, которого считают колдуном. Вынужденное общение может происходить лишь из опасений обидеть колдуна, и соответственно – навлечь на себя порчу [25].

Порча может также происходить в результате наговаривания на тайно унесенную у человека вещь – пояс, платок, рубашку (гомеопатическое распространение, принцип подобия). Предметом заговора могут служить и отрезанные незаметно волосы хозяина, в связи с чем неожиданное исчезновение из дома какой-либо вещи вызывает у хозяина сильные опасения о возможной порче [3].

По бытовым представлениям, наведенную порчу могут излечить только самые опытные знахари, целители (*нитё йста йумăç, вёрүç*). Н.В. Никольский [25] пишет, что «...колдун может, как говорят чуваша, допустить порчу на определенное время и на что угодно. Если порча эта колдуном допущена на некоторое, неопределенное, время, то болезнь-порча должна пройти сама собою через определенный срок; а если допущена навсегда, то болезнь должна свести жертву в землю».

Сама болезнь может представляться в виде внутреннего шарообразного нароста, перекатывающегося внутри и причиняющего больному невероятные страдания [3].

Причиной сглаза (*куç үкнĕ, куç үксе усаланнă, куçăхнă, куçăхтарнă*) считают завистливые взгляды на ребенка, девушку, животное или растение. В каждой местности отмечают таких людей с огненными черными глазами, пристальный и заинтересованный взгляд которых обладает «колдовской» разрушительной силой. Такие глаза называют злыми (*усал куç, хаяр куç*), а контактов с их обладателями стараются по возможности избегать [18].

О сглазе думают прежде всего при труднообъяснимых болезнях детей, которые, как принято считать в народе, наиболее подвержены негативным воздействиям. Ребенок становится беспокойным, капризным, перестает брать грудь, не спит, много плачет. У взрослого сглаз может проявляться сильными головными болями, болями в животе, любой тяжелой болезнью. От сглаза погибают домашние животные, а растения усыхают [18].

В народе существует множество поверий о способах избавления от сглаза: одевание яркой одежды для отвлечения внимания постороннего; покрытие темной тканью, брызганье водой, окуривание льняным семенем, вдыхание потрескивающей в огне

соли и др. Основное место в лечении сглаза занимают наговоры [25]. В качестве предохранительных средств используются обереги и талисманы (*пѣтѹ*) [18].

Болезнь часто одушевляется и олицетворяется с человеком, наделяется определенной самостоятельностью. Согласно таким антропоморфным взглядам, болезни, как люди, занимаются хлебопашеством. В случаях греха со стороны человека они вынуждены, выполняя волю Бога, отвлекаться от труда и наказывать провинившегося. Но эту напасть можно смягчить, если, положив под подушку больного хлеб и соль, попросить болезнь поест-попить и уйти, не сделав зла [25].

Нередко заболевание принимает зооморфный образ, живущего внутри человека животного, подтачивающего силы: «...около сердца будто заводятся какие-то ящерицы и они грызут сердце и производят сильную, нестерпимую боль с рвотой (вероятно, катар желудка). Эти-то ящерицы будто бы зарождаются в человеке или животном по действию колдуна при помощи нечистых сил» [25].

Чуваши традиционно не проводят большого разграничения между болезнями человека и животных. Так, *Киреметь* одинаково часто поражает людей и скотину; животные также подвержены сглазу и порче, причем средства и методы лечения в большинстве случаев одинаковы [25].

Подобные взаимоотношения человека с недугом свидетельствуют о проявлении неосознанного стремления к сохранению равновесия в системе «человек-природа». Традиционное сознание не выделяет человека из природы, он является ее органичной частью, внимательно наблюдает происходящее вокруг, оценивает в соответствии с уровнем своих представлений и передает новый опыт близким, продолжая эстафету поколений. Можно сказать, что мировоззрение чувашей отражает двойственное восприятие болезни. С одной стороны, она как бы predetermined заранее, с другой – правильное поведение в реальном и ирреальном мире может свести к минимуму возможность ее появления.

Традиционные оздоровительные практики. Помимо строгого выполнения обрядов и ритуалов, направленных на

умиротворение богов и духов, у чувашей существуют и другие варианты **оздоровительных практик**, которые актуальны до сегодняшнего дня. Центральное место среди них занимает трудовая и физическая активность. Труд рассматривается как обязательное условие достижения и сохранения физического благополучия (*вай-халтан кайиччен ёслемесёр вай-халлă пулайман - не поработав до усталости, не станешь сильным и здоровым*). Считается, что регулярная трудовая деятельность, ставшая телесной и духовной потребностью, не просто приносит здоровье, но и способствует долголетию (*сухал тухиччен сухана тухакан сакър вунна çитнĕ – кто до появления бороды привык трудиться, тот проживет до восьмидесяти лет*), и часто становится причиной бессмертия в глазах потомков (*ёслекен вилмест – работающий не умрет*).

Тенденция к «сохранению доброго имени», препятствующая распространению информации об особенностях межличностных отношений, на состояние болезни у чувашей не распространяется. В силу размытости представлений между индивидуальным и общественным здоровьем здесь действует противоположная установка – обращение за социальной поддержкой (*нушана пытаракан пĕтнĕ, чирне пытаракан вилнĕ - кто скрывает от людей свою беду – разорится, кто скрывает болезнь – умрет*). Такая тактика, с одной стороны, снимает у индивидуума эмоциональное напряжение (*сынна каланă хуйхă – çур хуйхă – как поведаешь другим, половина кручины снимается*), с другой – дает возможность мобилизации ресурсов ближайшего социального окружения.

Однако возможность обращения за помощью к окружающим не снимает ответственности с индивидуума (*сын хай пусне хай сухатать – человек сам губит свою голову*). Принцип деятельностной активности предусматривает необходимость собственных усилий индивида по оздоровлению (*йёрсе ларнипех чирчĕре çĕнтереймĕн – слезами болезнь не победить; камака çинче выртнипех сывалаймăн – лежа на печи, не вылечишься, т.е. ничего не предпринимая*).

Немаловажным средством оздоровления у чувашей является осознанное ограничение потребностей, которое распространяет-

ся на материальную и духовную сферы. Избыточный вес здесь считается признаком нездоровья (*чирлĕ мĕнтĕр – больной – толст*), а потому более ценится умеренность, в том числе и в пищевом поведении (*сывă пулас тесесĕн сахал ҫи те сахал ёҫ – если хочешь быть здоровым, мало ешь и поменьше пей*). Ограничения накладываются и на эмоционально-волевую сферу (*кăмăл вылянă хыҫҫăн ан ҫўре – не старайся исполнять все свои прихоти*). Мерилом здорового образа жизни признается разум, который позволяет адекватно оценивать ситуацию и предпринимать необходимые действия (*ăспа пурăнсан им-ҫам кирлĕ мар – если жить с умом, не нужно лекарств*).

Особенностью современных взглядов чувашей на здоровье и болезнь является тесное переплетение естественно-научных медицинских теорий западного происхождения с традиционным мировоззрением. Сегодня среди чувашей довольно широко распространены представления магически-мистического характера [7]. Так, несмотря на сравнительно высокий уровень образованности, более половины здорового населения признают реальным существование колдовства и порчи. Близкие позиции разделяет и нечувашское население края, имеющее длительные контакты с чувашами [24].

Таким образом, представления о здоровье в чувашской культуре носят социо- и эргоцентрическую направленность. Болезнь, характеризуемая в рамках экстерналистского локуса контроля, понимается как результат нарушения гармонии вследствие действия иррациональных сил либо «неправильного» поведения людей. Оздоровительные практики, опирающиеся на синкретические представления о мироздании, допускают применение рациональных и иррациональных подходов.

Совладание в чувашской культурной системе. Столкновение человека с биологическими, психологическими и социальными факторами вызывает в организме защитные реакции на физиологическом, когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях. Психологическое реагирование на стресс в немалой степени связано с личностными характеристиками человека, особенностями его социализации, во многом детерминированной этнокультурными факторами.

Анализ этнографических и фольклорных материалов позволяет выделить некоторые специфические моменты копинга, детерминированные социализацией личности в условиях чувашской культуры. С учетом коллективистского характера культуры чувашей можно предположить, что оценка значимости стрессора и выработка адаптивного поведения здесь будет, как правило, происходить в разветвленной сети социальной поддержки (семья, родственники, друзья, коллеги и др.), а не только на уровне индивидуума. Однако совладание с проблемами в рамках ближайшего социального окружения подразумевает необходимость критического осмысления готовых рекомендаций (*сын хыçёнчен шăтака та кайса вилён, теççё – если будешь следовать чужим советам, то закончишь свою жизнь в яме*).

Культуроадаптивный копинг. В недрах традиционной чувашской культуры выработаны многочисленные варианты копинга, способствующие адаптации личности в условиях изменяющейся действительности. Среди них особую значимость имеет стратегия **оптимизма, реализуемого через целенаправленную физическую активность**. В произведениях устного народного творчества можно найти широчайший спектр особенностей ее использования: *хуйхă-суйхă хупăрласан, хусăк тыт – если одолевает горе, берись за лопату; хурлăха хултăрчăна хăвала – печаль прогони скальницей; ан пăшăрхан – пăшатан пур – не печалься, есть шило; куляниччен – куяна кай – вместо того, чтобы горевать, отправляйся на зайца; хурлăха шăпăрна хăвалаççё – горе выметают метлой; хаваслă ёç – чун канăçё – дружная работа душу веселит [8].*

Копинг-стратегия **альтруизма** находит у чувашей воплощение в форме общественной помощи (*ниме*). *Ниме* практикуется при общественных работах, в особенности после пожара или каких-либо общественных бедствий, когда без всякого вознаграждения помогают вначале одному, потом другому [25]. Еще одним свидетельством широкого распространения среди чувашей альтруизма является тот факт, что среди чувашей, как правило, не было нищих. Если из дома уходили все, то на столе оставляли хлеб и другие съестные припасы, чтобы путник мог войти, по-

пить, поесть и уйти с миром: *юрлă çын юлашки чăххине пусса панă – бедняк заколол (для путника) последнюю курицу* [25].

Сотрудничество и обращение являются одними из самых популярных поведенческих стилей совладания у чувашей в силу коллективистского характера культуры (*çынсăр çын пурăнай-масть – человек не может жить без помощи других людей*). Здесь и возможность эффективного эмоционального отреагирования (*çынна каланă хуйхă – сур хуйхă – как поведаетшь другим, половина кручины снимается; тăрă шывна çусан кёпе шура-лать, ырă çынна калаçсан хуйхă сÿрёлет – выстираешь в чистой воде, рубашка станет чистой; поговоришь с добрым человеком, печаль развеется*) и возможность рационального распределения душевных и физических сил (*пысăк ёсе пёччен ан пуçан: ёнсÿне хуçан – за большое дело один не берись: шею сломаешь*). Адаптивный потенциал копинга значительно возрастает при вовлечении в решение проблем более значимого лица (*çула кайма юлташу хăвăнтан пăлатнарах пултăр, теççё – пусть твой спутник, с которым ты отправишься в дорогу, будет сильнее тебя*).

Копинг-стратегия **придачи смысла** нацелена на осознание позитивного содержания событий, первоначально расцениваемых только как негативные. Здесь и переосмысление значения страданий (*чун хёнекен мул тупать – кто заставляет страдать душу, тот находит богатство*), и глубинного смысла болезни (*чирлемесен сывлăх хакне пёлместён – не боля, не узнаешь и цену здоровью*) и роли периодических трудностей жизни (*хура-шурă курман çын пурнăç тытма пёлмест – не испытавший превратностей не умеет жить*), которые тем не менее носят относительный характер (*пурри пуррипе тăмасть, çукки çуккипе тăмасть – богатый не вечно богатым останется, и бедный не всегда в бедности пребудет*).

Наиболее специфической для чувашской культуры копинг-стратегией, на протяжении столетий характеризующей особенности чувашской ментальности, является **смирение**. Здесь оно несет более глубокое содержание (*вутта вутта сÿнтереймён, çилле çилёпе сёнтереймён, йавашлăхпа сёнтерён – не потушишь огня огнем, не победишь гнева гневом, а кротостью победишь*).

Помимо непосредственной покорности оно отражает наличие гибкости (*тавра каян савӑннӑ, пӗкӗ каян савӑннӑ – пошедший кругом радовался, пошедший напрямик ударился*), терпения (*шӑрпӑк кӗрсен те ыратмасӑр тухмасть – и занозу без боли не вынешь*), умеренности (*мала ан ирт, кая ан юл: мала иртсен пуҫа касаҫҫӗ, кая юлсан таптаҫҫӗ – вперед не забирайся и позади не оставайся: выскочка отвечает головой, а отстающих топчут*). Именно данный расширенный вариант совладания является для чувашей адаптивным.

Психологический феномен **антиципации**, как способности действовать и принимать те или иные решения с определенным пространственно-временным упреждением в отношении будущих событий, также встречается в чувашской культуре. Ему соответствуют ограничения на эмоционально окрашенное и мотивационно подкрепленное представление об ожидаемом (*ансата кӗтекен хӗне юлнӑ, теҫҫӗ – кто ждет легкого, тому придется тяжело; ачине тумасӑр, кипкине ан хатӗрле – пока не родился ребенок, пеленок не заготовляй; инҫе шухӑшла та ҫывӑхра пуран – о дальнем думай, а ближайшим живи*). Параллельно существуют и представления антагонистической направленности, нацеленные на избежание негативных событий не только за счет запрета на разговоры, но даже за счет вытеснения мыслей о них (*ҫӑвара килни ума килет – что языком молвится, то на деле сбудется; мӗн асӑнни вӑл пулат – что в мыслях, то сбудется*).

Рассмотренные копинг-стратегии, как правило, носят адаптивный для чувашской культуры характер. Однако существуют и заведомо дезадаптивные стили совладающего поведения, прочно закрепленные в культурно-исторических традициях чувашей.

Культуродезадаптивный копинг. Одним из деструктивных вариантов копинга, негативно воздействующих на личность человека и его окружение является **опосредованная агрессия** в форме мести, направленной на причинение вреда человеку, рассматриваемому в качестве обидчика. Данная форма реагирования связана с запретом на прямое проявление агрессивного поведения в чувашской культуре [22].

«Обычай мстить виновному за преступление существует среди чуваш в такой форме. Мстителем является прежде всего потерпевший; если он не достиг желаемого результата, приглашает к мести все общество или часть его. Чтобы наказать того, чья лошадь совершила потраву, берут ее кал, сжигают или просто наговаривают. Такая лошадь, по воззрению чувашина, непременно умрет» [25].

В своих этнографических заметках В.А. Сбоев [29], описывая нечастые и вынужденные обращения чувашей к самому свирепому и самому грозному божеству, так характеризует их ожидания: «Но для того, чтобы чувашенин мог заставить ее (хаяркиреть. – *Е.Н.*) покарать недруга, обрушить на его голову всевозможные скорби и бедствия... ему стоило только явиться к хаяр-кереметь и с известными заклинаниями попросить ее наказать и даже, если нужно, умертвить его недруга, и все исполнялось по его желанию».

И.Н. Афанасьев [3] также пишет, что в трудных жизненных ситуациях чувашаи обращаются за помощью к злему божеству Киреметью, чтобы тот наказал несправедливого человека, обидчика. Распространенность магических форм негативного психологического воздействия у чувашей описана и в работах А.А. Фука [32] и Н.И. Ашмарина [5].

Этот древний вариант копинга является примером реализации сложной стратегии, включающей в себя подавление эмоций и обращение за помощью к магическим силам. Но эта практика, по мнению многих исследователей, встречалась довольно редко [5, 25]. Гораздо чаще отмечалось проецирование агрессивных импульсов на других.

Невозможность реализации агрессивных стремлений по отношению к внешним объектам, связанная с высокой ценностью неконфронтационных межличностных отношений, а также исторические традиции включения алкоголя в ритуально-обрядовую практику чувашей обуславливают существование еще одной деструктивной формы копинга – **компенсации с помощью алкоголя**.

Традиции многовекового употребления алкоголя существуют у многих народов. В монографии «Транскультуральная нар-

кология и психотерапия» В.Я. Семке с соавт. [30], характеризуя роль алкоголя в укладе русской народной жизни, пишет: «Как неизбежный атрибут ... национального гостепримства вырабатывался ритуал алкогольного застолья, вошедшего в «кровь и плоть» многих поколений россиян, в картину русского быта и образа жизни». Там же описано существование строгого ритуала употребления молочной водки у бурятов и монголов, у которых алкоголь играл особую роль и в свадебной церемонии.

У чувашей отмечены древние культурно-исторические традиции употребления слабоалкогольного напитка – пива (*сăра*). «Чуваши пили в твердой, непоколебимой уверенности, что это пьют не они, но сами боги и киремети» [29]. Пиво являлось ритуальным напитком и его использование было обязательным при многих обрядах. Употребление пива на праздниках даже вошло в названия некоторых из них: *автан сăри* – «петушиное пиво», праздник, в который на столе фигурирует мясо петуха, *кантăр сăри* – пиво после уборки конопли, *выльăх сăри* – пиво, употребляемое во время молений о животных, по случаю купли-продажи животных, *хёр сăри* – «пиво девушек», девичье пиво, употребляемое во время пиршества девушек [25]. Для производства пива каждая сельская семья имела хмельник, где хмель выращивался как для собственных нужд, так и для продажи [29].

В больших количествах пиво употреблялось во время свадебных торжеств как в доме жениха, так и в доме невесты [25]. Обильное употребление алкогольных напитков происходило на кладбищах во время поминовения умерших [29]. Допускалось употребление алкоголя и подростками. Н.М. Охотников [26] так описывает свои тревоги, связанные с приглашением на торжество: «.. выезжать на *йыхрав* слишком опасно, т.к. мальчишки в *опьянении от пива* начинают хлыстать нагайками лошадей друг друга, от чего лошади прыгают и делают крутые повороты в сторону».

Характеризуя многочисленные положительные качества чувашей, В.А. Сбоев [29] не может не остановиться на их отношении к алкоголю: «Чувашенин отлично гостеприимен для всех, кто не выше его, отличный работник, хороший семьянин, но снабжен *очень покатым горлышком*. Это дело уже известное.

Он добр от природы, но зол пьяный и мстителен во гневе». В традиции чувашского гостеприимства вошел обычай настойчивого угощения: «... угощающий до тех пор не берет обратно рюмки или пивного ковша, пока не выпьют до дна – «*тёпни курка*» [26].

Социально-экономические преобразования на селе конца XIX-начала XX вв., более тесное знакомство с традициями и бытом русских, утрата прежних религиозных ценностей приводят к тому, что более широкое распространение получают крепкие алкогольные напитки, в частности водка. «Как грибы после дождя, почти повсеместно появились торговые точки, ассортимент реализуемых товаров которых включал и горячительные напитки. Практически все сколько-нибудь значимые решения крестьянского мира ... стали скрепляться печатью Бахуса» [23].

Таким образом, на смену пивной модели алкоголизации приходит водочная, которая ложится на древние традиции толерантного отношения к спиртному и приводит к распространению злоупотребления алкоголем среди чувашей, не связанного с необходимостью выполнения обрядов. Если употребление алкоголя и опьянение в контексте праздника или обряда рассматривалось у чувашей ранее как нормативное, а вне данного контекста – как признак девиации, то позднее толерантность к частому употреблению алкоголя постепенно возрастает.

Обобщая, можно отметить, что историческими особенностями употребления алкоголя у чувашей является: первичная религиозная обусловленность и регламентация его употребления, определенная жестким календарем обрядовых и семейных праздников; предпочтение слабоалкогольных напитков (пива), занимавшего важное место в религиозных и коммуникативных ритуалах; связанное с ними отсутствие ограничений на употребление алкоголя женщинами и подростками.

Негативные последствия этого явления вполне осознаются в народе (*ёскё сынна ыра тумасть – пьянство до добра не доведет; сын ёспе хуьалмасть, ёскёпе хуьалать – не работа крушит человека, а пьянство*), всячески осуждаются, но болезнью не признаются. Считается, что лишь крайние варианты зависимого поведения приводят к потере экономического благополучия

(*үсёр – мёскён, чирлĕ – мĕнтĕр – пьяный – бедный, больной – толстый*), неадекватному и даже аутодеструктивному поведению (*хĕмла йывăç тĕррине улăхтарса лартать – хмель на вершину дерева затащит*).

Высокая распространенность злоупотребления алкоголем в Чувашии в наши дни, его деструктивное влияние на личность и внутрисемейные отношения подтверждаются результатами масштабного социологического исследования В.П. Фоминых [31]. По его данным, в каждой пятой чувашской семье пьянство мужа является причиной семейных проблем, однако доля таких семей среди русских и мордвы значительно выше. Тем не менее, более 60% чувашей испытывают удовлетворение своей семейной жизнью. Можно предположить, что для многих семей пьянство стало вполне привычным явлением, а копинг-поведение в форме компенсации алкоголем принимается как одна из традиционных форм совладания с проблемами.

Аутодеструктивное поведение. Более чем полуторавековую историю имеет исследование суицидального поведения среди чувашей. В середине XIX в. на страницах российской этнографической литературы завязывается «спор» о существовании у чувашей особой формы суицида – *тип шар* (сухой беды). Казанская поэтесса А.А. Фукс в своей книге «Записки о чувашах и черемисах Казанской губернии» [32] так описывает ее проявления: «...ежели уже они очень рассердятся, то какое удивительное у них мщение! Чувашин идет к своему неприятелю и, желая ему навлечь беду, давится у него на дворе. Бедные! Не знают другого мщения, как жертвовать своей жизнью, чтоб причинить беду врагу своему».

Профессор Казанского университета В.А. Сбоев в своем «Исследовании об инородцах Казанской губернии» [29], полемизируя с А.А. Фукс по многим другим вопросам, фактически соглашается с ней по этому, указывая, что «о варварском обычае тащить неприятелю сухую беду, т.е. вешаться во дворе своего врага не слышно более». Гораздо больше он сообщает об обычных формах суицида. Для него, выросшего среди чувашей, не является чем-то необычным, что они рассматривают суицид как средство выхода из кризисной ситуации: «Мне представилось,

что измученный этими оскорблениями, он по примеру многих своих соплеменников хочет наложить на себя руки и теперь приискивает себе местечко, где бы удобнее, покойнее и беспрепятственнее было удавиться».

Точка зрения на *тип шар*, как на способ нанесения вреда своим обидчикам, звучит также в работах В.И. Даля (1848), Н.И. Мельникова-Печерского (1857), Н.Д. Телешова (1897). Видный исследователь чувашской культуры Н.В. Никольский, не опровергая своих предшественников, в 1919 г. пишет: «Самоубийство считается наваждением дьявольским. Оно практиковалось лет 45 назад в виде мести своему обидчику» [25]. Однако существуют и иные точки зрения.

В. Магницкий в своей работе «Материалы к объяснению старой чувашской веры» [16], посвященной особенностям древних религиозных представлений чувашей, не соглашается с А.А. Фукс и В.А. Сбоевым. В доказательство он приводит медицинские сведения о том, что по Чебоксарскому уезду среди чувашей за 15 предыдущих лет не было ни одного случая самоповешения из мести на воротах своего врага. С другой стороны, он верно подмечает, что «...«сухую беду» знал и знает и русский народ и разделял ее в былые времена на конную и пешую».

Первый этнограф из чувашей С.М. Михайлов [20] в своем письме Врачебной управе Казанской губернии представляет глубокий анализ причин, «отчего чувашаи давятся и какие правительство должно принять меры для предупреждения этого явления». Поводом к его написанию служит циркуляр Врачебной управы Казанской губернии 1851 г. к уездным врачам, в котором сообщается, что из судебно-медицинских актов, составленных медицинскими чиновниками о самовольно удавившихся через повешение, обнаружилось, что «с одной стороны ... самовольно удавившиеся почти единственно суть народы финского поколения: чувашаи, черемисы, вотяки или мордва, а с другой – что они к такому роду самоубийств побуждаются самыми ничтожными причинами, и весьма часто из актов не обнаруживается, чтобы они имели на то какую-либо причину».

Не отрицая, что чувашаи «... при каких-нибудь неблагоприятных обстоятельствах часто погашают жизнь свою самопроиз-

вольно» и что «между чувашами оказывается самоубийств более, чем в других племенах», С.М. Михайлов в то же время считает, что чувашаи «посягают на жизнь свою отнюдь не для причисления беды своим соперникам, как выводили авторы, описывавшие быт чуваш». Помимо социально-экономических и правовых причин («не находя в сем свете покровительства у своего начальства и воображая чрез самоубийство найти жизнь лучшую») он видит большую роль чувашских духовных традиций. В отличие от христианства и мусульманства, в чувашской философии практикуется неодобрительное, но терпимое отношение к самоубийцам: «Хотя молодое поколение чуваш имеет презрение к удавившимся, но однако ж и до сего времени хоронят их так же, как и умерших натуральной смертию, то есть снаряжают покойника по древнему своему обычаю во все праздничное платье и кладут с ним все принадлежности» [20].

В исследовании Э.В. Никитиной [20] об особенностях чувашского этнического менталитета самоубийство по типу *тип шар* рассматривается как специфический национальный способ самозащиты чести: «Чуваши неистово привержены к истине и зачастую защищают ее сознательно во вред себе и своему делу». Причины самоубийства здесь видятся «в неспособности индивида найти опору в борьбе с превосходящими его несправедливостями, неразрешимостью проблемы, в психологической усталости или фактической невозможности вести борьбу, в утрате поддержки со стороны близких, в потере надежды или смысла противоборства».

В связи с противоречивостью мнений исследователей о месте и роли суицида в чувашской культуре представляется важным проведение содержательного анализа материалов устного народного творчества. С этой целью проведен качественный анализ более 4000 чувашских пословиц [4] и 80 чувашских народных сказок¹. Установлено, что тема аутодеструктивного поведения в форме суицида определенно прослеживается в чувашском фольклоре. Так, из 80 проанализированных нами волшебных и бытовых сказок она явно встречается в трех.

¹ Чувашские народные сказки / сост. П.Е.Эйзин. Чебоксары: Чуваш. кн. изд-во, 1993. 351 с.

По мнению М.В. Андриюшкиной [2], исследовавшей философско-психологические аспекты чувашских сказок, «... сказка... является мощным фактором коммуникации между поколениями. Сказка не навязывает, а незаметно внушает человеку необходимые нравственные ценности и идеи. Она представляет собой плотно упакованную информацию, воспринимаемую людьми без усилия мысли, напряжения внимания. С ее помощью легко и незаметно внедряется в мозг человека стратегия поведения, реализующая нравственные идеалы».

Например, в сказке «Мамалдык» мысль о добровольном уходе из жизни приходит ее главному герою после того, как он, выполняя предсмертный наказ отца, выдает трех сестер замуж. «Остался Мамалдык один-одинешенек. Плохо одному: и любая работа из рук валится, и дома сидеть скучно, не с кем словом перемолвиться. Впору руки на себя накладывать. Подумал так Мамалдык, взял веревку, да и пошел в лес вешаться. Выбрал сук покрепче, привязал к нему веревку, голову в петлю сунул». Его попытка прерывается неожиданным появлением другого персонажа Арсюри (лешего). Очевиден мотив суицидального поведения – социальная депривация.

Сюжет сказки «Старикова дочь» посвящен сложным взаимоотношениям девушки и ее мачехи. Дочь мачехи в результате грубого обращения с духом бани *Ийэ* превращается в страшное лицо с клеймом на лбу, что и становится поводом для двух смертей в этой семье: «Увидела мачеха свою безобразную дочь, затряслась от злости, выбежала на двор и удавилась. А дочь подумала, что мать не в духе, решила подождать и подошла к зеркалу. Увидела свое уродство, выбежала на улицу и бросилась в реку». Мотивом суицидальных реакций в данном контексте наряду с неприятием собственной личности также являются опасения негативного отношения окружающих.

В сказке «Богач и бедняк» сюжетная линия развивается таким образом, что находчивый бедняк, пытаясь сам спастись от смерти, невольно помогает обрести ее пастуху, страдающему от безысходности: «Тем временем бедняк сидит в мешке и слышит чей-то жалобный голос: - Ах, лучше бы уж мне умереть, чем терпеть нужду и мучения! – Кто ты? – спросил из мешка бедняк.

– Вправду ли хочешь умереть? – Я пастух. И хотел бы хоть сейчас умереть, да смерть не приходит. – Ну, если так – тебе горевать нечего. Займи мое место в мешке и нынче же умрешь». Можно заметить, что депрессивное состояние с суицидальными переживаниями здесь также не встречает ни удивления, ни осуждения со стороны окружающих, а воспринимается как вполне обыденное дело.

Касаясь пословиц и поговорок, Ю.А. Калиев [13] пишет, что они «... выражая трезвый взгляд на мир, отражают исторически закреплённый коллективный опыт. Являясь практическими ориентирами в повседневной жизнедеятельности, они несут в себе вековую народную мудрость... создают возможность консервирования устоявшихся стереотипов и их сохранения как истинных». В связи с этим небезинтересно отметить, что тема осознанного выбора смерти в качестве альтернативы жизни отражена и в ряде чувашских пословиц: *вилём хёрлё, теççё – смерть красна; кунта хурла́х кура́чен, луччё вилес, теççё – лучше умереть, чем терпеть здесь обиды; шы́ва сиксе ви́личчен çакáнса вил – лучше удавиться, чем утопиться; тёлёк хыççáн хámáл çинче çакáнса вилён – если верить снам, то на жнивье можно повеситься.*

Таким образом, наряду с общепринятыми вариантами копинг-стратегий, в чувашской культуре обусловлен специфические варианты совладающего поведения, адаптивной и дезадаптивной направленности, связанные с особенностями культурно-исторического развития этноса, системой трудовых и общественных отношений, регламентирующих представления о мироздании, модели здоровья и болезни, традиционные оздоровительные практики и защитно-совладающее поведение.

Итак, дискурс здоровья в рамках традиционной чувашской культуры определяется влиянием множества факторов, протективный или деструктивный характер воздействия которых определяется доминирующей в обществе системой ценностей.

К таким факторам прежде всего относится характерный для чувашской культуры высокий уровень социальной ориентированности личности, стирающей границы между «Я» индивида и «Мы» общества, что находит отражение в картине мира, пред-

ставлениях о здоровье и благополучии, а также системе компенсаторно-приспособительных механизмов и оздоровительных практик. Широкая сеть естественной социальной поддержки, возникающая в недрах такой культуры, создает благоприятные условия для снижения напряжения, вызываемого необходимостью жесткого контроля эмоциональных реакций и гетероагрессивных импульсов.

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

Интеграция в мировоззрении рациональных и иррациональных представлений о нозогенезе допускает возможность принятия различных, часто противоречащих друг другу моделей диагностики, лечения и профилактики болезненных состояний, что неоднозначно отражается на состоянии здоровья. Межпоколенная трансмиссия определенного уровня толерантности к таким формам аутодеструктивного поведения, как злоупотребление алкоголем и самоубийство, служит еще одним социокультурным фактором, снижающим адаптивный потенциал личности в условиях чувашской культуры.

Несмотря на то, что данные детерминанты выделены в рамках чувашской культуры, доминирующей в обществе, они нередко могут быть распространены и на ту часть нечувашского населения республики, которая в течение длительного времени проживает в условиях описанной выше социокультурной реальности и не может оставаться свободной от ее влияния, формируя схожие механизмы адаптации.

Литература

1. *Андреева Н.Н.* Этнопедагогические и этнопсихологические аспекты совершенствования И.Я.Яковлевым содержания «Букваря для чуваш»: автореф. дис. ...канд. пед. наук. Чебоксары, 1999. 20 с.
2. *Андрюшкина М.В.* Проблема нравственного выбора в фольклоре и современной теории нравственности (философско-психологичес-

- кий анализ чувашских сказок): дис. ... канд. филос. наук. Чебоксары, 1999. 143 с.
3. *Афанасьев И.Н.* Эпоха и личность: формирование и изменение этнического характера. Чебоксары, 2004. 226 с.
 4. *Ашмарин Н.И.* Ваттисем каланӑ самахсем: сборник чувашских пословиц. Чебоксары, 1925. 56 с.
 5. *Ашмарин Н.И.* Чувашская народная словесность: исследования: автобиография, воспоминания. Письма. Чебоксары, 2003. 430 с.
 6. *Бычкова М.Н.* Профилактика социальной и школьной дезадаптации детей // Материалы конгресса по детской психиатрии. М., 2001. С.270-272.
 7. *Верендеев А.П., Голенков А.В.* Идеи колдовства в норме и при психических заболеваниях // Этнос и личность: исторический путь, проблемы и перспективы развития. Материалы межрегион. науч.-практ. конф. М.;Чебоксары, 2003. С. 126-127.
 8. *Волков Г.Н.* Чувашская этнопедагогика. Чебоксары, 2004. 488 с.
 9. *Грановская Р.М.* Психология веры. СПб.: Речь, 2004. 576 с.
 10. *Груздев В.Ф.* Народная медицина у чуваш // Изв. о-ва археологии, истории и этнографии при Казанском университете. Т.30, вып. 1. 1919. С. 75-80.
 11. *Иванов В.П.* Некоторые этнодемографические и историко-культурные характеристики чувашского этноса // Чуваши: актуал. аспекты антропологии. Чебоксары, 2004. С.12-34.
 12. *Ильина Н.Г.* Поэтический мир современной чувашской лирики: дис. ... канд. филол. наук. Чебоксары, 2002. 185 с.
 13. *Калиев Ю.А.* Этнокультурный статус мифологического сознания: генезис, функционирование и эволюция: дис. ... д-ра. филос. наук. Чебоксары, 2004. 312 с.
 14. *Комиссаров Г.И.* О чувашах: исследования. Воспоминания. Дневники, письма. Чебоксары, 2003. 528 с.
 15. *Кузнецов А.В.* Вербальные средства этикетного общения в чувашском языке (опыт компаративного, контрастивного и этнолингвокультурологического изучения): дис. ... канд. филол. наук. Чебоксары, 2004. 202 с.
 16. *Магницкий В.* Материалы к объяснению старой чувашской веры. Казань, 1881. 268 с.
 17. *Матвеев Г.Б.* Об этничности и этнических ценностях матриальной, духовной и соционормативной культуры // Проблемы национального в развитии чувашского народа: сб. ст. Чебоксары, 1999. С. 161-172.

18. *Месарош Д.* Памятники старой чувашской веры: Пер. с венг. Чебоксары, 2000. 360 с.
19. *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.
20. *Михайлов С.М.* Собрание сочинений. Чебоксары, 2004. 510 с.
21. *Никитин В.П.* Табуированный пантеон чувашской религии // Проблемы национального в развитии чувашского народа: сб. ст. Чебоксары, 1999. С. 248-259.
22. *Никитина Э.В.* Чувашский этноменталитет: сущность и особенности. Чебоксары, 2005. 184 с.
23. *Николаев Г.А.* «Чувашская натура» в воспоминаниях И.Я. Яковлева: некоторые размышления и источниковедческие заметки // И.Я. Яковлев и проблемы яковлеведения: сб. ст. Чебоксары, 2001. С. 19-42.
24. *Николаев Е.Л., Афанасьев И.Н.* Эпоха и этнос: проблемы здоровья личности. Чебоксары, 2004. 268 с.
25. *Никольский Н.В.* Собрание сочинений. Т.1. Труды по этнографии и фольклору чувашского народа. Чебоксары, 2004. 527 с.
26. *Охотников Н.М.* Записки чувашина о своем воспитании / Н.Г. Краснов, М.В. Максимов. Никифор Михайлович Охотников: просветитель, педагог. Чебоксары, 2005. С. 47-103.
27. *Родионов В.Г.* О типах чувашского национального мышления // Изв. НАНИ ЧР. 2000. №1. С. 18-25.
28. *Салмин А.К.* Система верований чувашей. Чебоксары, 2004. 208 с.
29. *Сбоев В.А.* Заметки о чувашах. Чебоксары, 2004. 142 с.
30. *Семке В.Я., Эрдэнэбаяр Л., Бохан Н.А., Семке А.В.* Транскультуральная наркология и психотерапия. Томск, 2001. 162 с.
31. *Фоминых В.П.* Общественная психология сельских жителей Чувашии. Чебоксары, 1990. 214 с.
32. *Фукс А.А.* Записки о чувашах и черемисах Казанской губернии. Казань, 1840. 329 с.
33. *Ягафова Е.А.* Этническая история и культура народов Урало-Поволжья. Самара, 2002. 170 с.
34. *Яковлев И.Я.* Моя жизнь: Воспоминания. М., 1997. 696 с.
35. *Levinson D.* Theories of Illness / Health and Illness: a cross-cultural encyclopedia. Santa Barbara, 1997. P. 207-217.

В ФОКУСЕ НАУКИ

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОТИВОРЕЧИЯ СТАНОВЛЕНИЯ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ПАРАДИГМЫ

И.В. Реверчук

Удмуртский государственный университет, Ижевск

Термин "evidence based medicine" ("доказательная медицина") был введен во второй половине XX века для обозначения медицинской практики, основанной на данных методологически корректных, научных в собственном смысле этого слова Клинических исследований [9]. Клиническая практика, основанная на строго доказанных научных фактах, в качестве новой *биопсихосоциальной парадигмы* давно завоевала свои прочные позиции во многих отраслях медицины. Научно обоснованные стандарты терапии прочно вошли в такие разделы медицины, как реаниматология, кардиология, пульмонология, хирургия, онкология, гематология и ряд других. Между тем в некоторых отраслях медицины этот процесс существенно отстает от общих тенденций. «Метод держит в руках судьбу исследования!», – подчеркивал И.П. Павлов, и одними из таких отраслей являются отечественная психология и психиатрия как наиболее субъективные социогуманитарные дисциплины, в которых наиболее зримо видны теоретические и методологические противоречия становления собственно научной биопсихосоциальной парадигмы [4].

Современная биопсихосоциальная парадигма является одним из любопытнейших феноменов социогуманитарных наук, который до сих пор не имеет дисциплинарного статуса, и, несмотря на частое упоминание в научной литературе, имеет весьма неотчетливые теоретические и методологические позиции. В настоящее время нет оснований говорить ни о социопси-

хобиологической методологии и методе, ни вообще о ее теоретическом фундаментальном базисе [2]. Попробуем разобраться, что же собой представляет в настоящий момент эта «платформа» доказательной медицины. Своеобразие биопсихосоциальной парадигмы заключено в ее исторических корнях. Во многом *био...* она только по названию, поскольку процесс формирования, вызревания методологии как науки происходил больше не в лоне собственно биологии, а в лоне социологии. Своим происхождением она обязана экспансии эволюционной социологии, как плоду бракосочетания зрелой биологии XIX века с юной социологией, до сих пор не порвавшему пуповину ни с одним из родителей и так и не ставшему определенно самостоятельным. Биопсихосоциальная парадигма – причудливое переплетение научных интересов, где встречаются генетики и социологи, антропологи и экологи, психологи и психиатры, этологи и этнографы. Временами складывается впечатление, что каждый говорит на своем понятийном языке, как во времена построения вавилонской башни.

Внимательно рассмотрим клубок хитросплетений теоретических позиций и методологических подходов формирующейся биопсихосоциальной парадигмы. Семанτικο-эпистемологический анализ самого понятия определяет в его основании три составляющие, «три кита»: *био – психо – социо...* Но это не те «киты», что придают стройную фундаментальную научную незыблемость. Напротив, это «киты», плывущие в разных направлениях, своими собственными маршрутами и стилями плавания, индивидуальным питанием и пристрастиями. Три части, из которых строится биопсихосоциальная парадигма, качественно разнородны по своей природе и предполагают поэтому разные концептуальные основания, и как следствие – разные теоретические позиции и разную методологию. Важно отметить, что разнородность частей усугубляется разным их значением для проблематики, теории и методологии медицины и психологии. Более того, в современном своем виде биопсихосоциология привлекает в качестве «строительного материала» каждой части разные по природе составляющие и строит свой теоретический

фундамент по образцу классической эволюционной теории, заимствуя трехчастную схему:

ведущий фактор – **эволюция** (постулируемое положение);
механизм – **борьба за существование** (динамический конструкт);
процесс – **естественный отбор** (результатирующая составляющая) [3].

Рассмотрим три компонента, образующих тело биопсихосоциологии — биологический, психологический и социологический (ничто не ново под луной, здесь уместно вспомнить «Исповедь» святого Августина, точнее, постулируемый тезис о триединстве тела-души-Духа, «троицу» христианской философии, схему Ид-Эго-Суперэго З.Фрейда и т.д.). На наш взгляд, определяющим среди них является биологический компонент — но только вследствие естественнонаучной ориентации, заданной биопсихосоциологии лишь в прошлом веке и как наиболее исследованный к настоящему времени, но не вследствие действительно особой значимости его относительно двух других компонентов. Хотя менталитет психолого-психиатрического сообщества и сформирован на причислении себя к кругу естественнонаучных биологических дисциплин, особенности становления биопсихосоциальной парадигмы имеют иную картину распределения «влияний» на структуру ее научного знания со стороны социологии, биологии и психологии.

Социология, зародившаяся в первой половине прошлого века в качестве самостоятельной науки, изначально жила на различных пристрастиях и философских мировоззрениях ее создателей и развивалась одновременно в разных направлениях. Стремление ее воспроизвести в собственном лице позитивный «золотой стандарт» естествознания неизбежно притягивал социологию к биологии, как к наиболее понятийно близкому отделу естествознания. И до сих пор излишняя биологизация присутствует в обосновании подходов и методов *социо*-логии, психологии и психиатрии. Данному слиянию и доминированию пробиологических идей в социальных науках способствовало амальгамирование идеи *социального прогресса* в форме идеи *прогрессивной эволюции* – сначала биологией, а вслед за ней и естествознанием, что наиболее ярко наблюдается в трудах последователей французского и английского эволюционизма. Зарождающаяся на основе этой доктрины эволюционная биология

нашла себе союзников в лице социальной философии, а посредством последней – и во «взрослеющей» социологии. По мнению Ю.М. Плюснина (2006), взаимопритяжение и взаимопроникновение социальной философии и социологии как ветви естествознания способствовало зарождению идеи «о естественном статусе человеческого общества. Мысль, достаточно тривиальная на Востоке, но революционная на Западе, поскольку это была тема, оппозиционная теме *общества как конвенции*. Соответственно, идея естественного (природно обусловленного) устройства общества нуждалась в позитивном обосновании. А таковое может дать только естествознание, а среди его отделов - прежде всего биология» [2]. Как результат, все возрастающее доминирование идеи прогрессивной эволюции и потенцировало зарождение научной парадигмы биопсихосоциологии.

Сложившаяся к концу старого порядка в Европе идея прогресса общественного развития, несмотря на достаточно острую, интересную и убедительную аргументацию оппонентов (А. Тойнби, О. Шпенглер, Й. Хайзенка), все больше стала проникать в среду естествоиспытателей, большей частью посредством психологических конструкций и построений. Доведенная и обобщенная до идеи *эволюции Природы*, она вернулась в социальную философию и социологию под видом естественнонаучной теории эволюции, объясняющей, в том числе, и разнообразие человеческих обществ, подтверждаемой накопленными многочисленными данными относительно молодых наук – антропологии, археологии и этнографии. Все возвращается на круги своя – как и во времена расцвета античной науки, идея прогресса человеческого общества вновь сопрягается с идеей прогресса форм животной жизни! Переходным мостиком от эволюционистских моделей организации животных сообществ к человеческой общественной организации логично должно было стать в XIX веке зарождение и концептуальное обоснование зоосоциологии, которая и не замедлила появиться именно в виде *эволюционной социологии*. Обращает на себя внимание объект исследования сей юной научной дивы: социология различных форм животной жизни, выстраиваемых в лестницу прогрессивно

усложняющейся организации (безусловно, семантически дублирующую знаменитую «*scala naturae*» Жана Кювье, 1812).

Эти научно-исторические условия взаимопроникновения логоса *социо...* в *био...* и наоборот формируют научно-исследовательскую основу как современной социальной биологии, так и биологической социологии, какими бы тактическими подходами, а точнее, заимствованными из популяционной генетики и экологии, разработанными в этологии и психологии разнородными теоретическими схемами, ни прикрывались. В настоящее время биопсихосоциология имеет проблематику, определенную внешними для ее природы и путей развития факторами, доставшимися в наследство от пути развития каждого ее «кита». Парадоксально специфичным для формирующейся новой универсальной парадигмы является то, что центральными проблемами в ней остаются проблемы, по-прежнему важнейшие и для современной социологии и социопсихологии. Постулированный еще Контом и Спенсером (1876) в качестве центральных проблем социологии, этот *quadrum organum* естествознания актуален и по сей день: 1) проблема социального прогресса в форме прогрессивной эволюции животной жизни от одиночного к социальному существованию; 2) проблема социальной организации в форме уровней организации животной (и, добавим, человеческой) жизни.

Формирующаяся разнонаправленная, словно прикрытая лоскутным *patchwork*-одеялом биопсихосоциология, во всех своих традиционных и современных ипостасях — в качестве социологии животных, эволюционной социологии, сравнительной психологии, социальной экологии, этологии, социобиологии, нейропсихологии и интегративной психотерапии — при внимательном рассмотрении содержит неразрешенные до сих пор эти проблемы [8; 10; 15]. Каких бы теоретических и парадигмальных концепций ни придерживался исследователь, описывающий «социальную жизнь животных и людей», особенно в психологии и психиатрии, он исходит и возвращается к обсуждению именно этих двух проблем. Тернистый путь изучения «человеческого» в животном мире – внутригрупповых и межгрупповых коммуникаций привел в конце XIX века к рождению новой дисциплины

– социологии животных у А. Эспинаса и, спустя столетие, социобиологии у Э. Вильсона [10; 16]. Несмотря на различные теоретические установки (социологические у одного и биологические у другого), авторы сходятся на закономерной необходимости построения филогенетической лестницы социальных форм в ряду от самых низших (зоологически – простейших, а социально – одиночных) до высших (исключительно человеческих). Но если у Эспинаса данная структурно-усложняющая схема логически обоснована всей рациональностью изложения, то у Вильсона это – параллельно сосуществующие две модели: первая схема выстраивает эволюционный ряд социальности для всех животных и человека, а другая – только внутри человеческих сообществ, которая не поддается обоснованию биологическими популяционно-генетическими, экологическими и эволюционно-биологическими аргументами (и, возможно, при дальнейшем слиянии *experiment-experience* установок, объективного и субъективного подходов развивающейся интегральной научной мысли и не поддастся?).

Таким образом, если бы мы говорили о социопсихобиологической или биопсихосоциальной теории и методологии, мы должны были бы указать, что гипотетико-дедуктивными основаниями здесь являются основания *социологии* в собственном (классическом и современном) смысле (недаром поэтому некоторые философы и биологи предлагают название *биосоциологии* для социальной биологии как более корректное, нежели *социобиология*). Проблема эволюции *социальной жизни* в форме социогенеза по аналогии с филогенезом и проблема *социальной организации* в форме уровней социальной организации по аналогии с уровнями биологической организации — есть исходные теоретические постулаты биопсихосоциальной парадигмы на протяжении всего времени ее развития. Рассмотрев краеугольные «камни» и наиболее бросающиеся в глаза слабые стороны *теоретических оснований* биопсихосоциальной парадигмы, нам просто необходимо найти и обосновать для них *ведущий фактор* или, что вероятнее всего, *группу факторов*, которые позволяли бы создать *теоретическую конструкцию*. И здесь социоп-

сихобиология обращается уже к своему другому «киту»: психологии.

Во времена становления и расцвета дарвинизма ведущим фактором считалась *борьба за существование*, но после периода кризиса и аргументированной жесткой критики прямолинейных построений данной теории начала формироваться иная, более гибкая теоретическая позиция, основаниями которой стали служить не просто эволюционные гипотезы (даже популярная этногенетическая концепция Л.Н. Гумилева подверглась справедливому упреку в необоснованном, излишнем переносе биологической модели идиоадаптации-апоморфоза-регресса на социогенез народов и этнических сообществ), а развитые к этому времени в генетике, популяционной биологии и психологии положения. Поэтому в настоящее время содержательные теоретические построения биопсихосоциологии большей частью опираются на базу популяционной генетики и популяционной экологии. Результатом явилось то, что популяционистский подход в социальной биологии и психологии, определивший уровень и стиль «полевых» исследований начиная с середины XX века, определил не только выбор ведущих факторов в теориях социальной биологии, но и сам вид представления научных данных; определение животного и человеческого сообщества стало формулироваться в популяционно-биологическом ключе - как *социодемографическая система*. В российской психологии и психиатрии данный подход наиболее часто применяется в клинко-эпидемиологических исследованиях (Т.Б. Дмитриева, А.А. Чуркин, Б.С. Положий, 1996-2006), системной семейной психотерапии (Э.Г. Эйдемиллер, 2006) и диалоговой гипноуггестивной терапии (Р.Д. Тукаев, 2006). Таким образом, популяционная биология в настоящее время является эмпирическим основанием социальной биологии и психологии (каверзный вопрос: а психиатрии?) как наиболее ярких представителей поведенческих наук. В последние десятилетия сложилось причудливое переплетение популяционной биологии с «полевой» психологией и психиатрией, благодаря которой социопсихобиология предложила специфический ведущий фактор, объясняющий процесс социальной организации, эволюции и регресса (обскурации).

«То ли он шапку украл, то ли у него шапку украли – короче, темная история...», ведь и эволюционная биология свой ведущий фактор — *борьбу за существование* — заимствовала из политической экономии.

Таким образом, в научной среде сформировалось представление о популяционно-экологических и популяционно-генетических факторах социальной эволюции и регресса, а вместе с ними – о ведущем факторе специфически-поведенческом по своей природе. В первом случае это *экологическое давление* и *филогенетическая инерция* [11; 14; 16; 17], во втором — *альтруизм* (возможный тезаурус: самореализация-самоактуализация по А. Маслоу, постижение самости по К.Г. Юнгу, достижение «просветления» (самадхи) в восточном понимании с гуманистической точки зрения?).

Еще со времен локальных цивилизаций Востока и расцвета философской мысли Эллады альтруизм задолго до теории Дарвина рассматривался как ведущий фактор эволюции, однако доминирующие идеи эпохи эволюционизма заменили его полной противоположностью – индивидуальной борьбой за существование. И хотя альтруизм вплоть до самого последнего времени оставался в поле зрения естественнонаучных теоретиков и методологов, но лишь на далекой периферии их внимания. Революционный научный вклад У. Гамильтона заключается в построении модели, в которой альтруизм оказался функцией, *производной* от борьбы за существование. Несмотря на логические и содержательные ошибки данной модели, обнаруженные вскоре, тем не менее вызвала бурный ренессанс интереса научного сообщества и философов к проблематике социальной биологии. И в настоящее время *альтруизм* воспринят в качестве ведущего фактора эволюции социальной жизни животных с переносом на человеческую организацию, хотя он и не выводим из борьбы за существование.

Биопсихосоциология по специфике своего предмета тяготеет к психологии более, чем к чему-либо другому. Предметом ее изучения являются взаимоотношения индивидуально-психологической организации и коллективной социокультуральной с неигнорированием биологических корней *поведенческой систе-*

мы индивидуума и сообщества. Сама специфика научной дисциплины накладывала и продолжает накладывать совершенно определенный отпечаток на процесс получения научного знания и его структуру. Обращает на себя внимание тот факт, что на сегодняшний день критериям доказательной медицины, признанным въедливо-скрупулезным «кокрановским» мировым сообществом, из методов психологии и психотерапии соответствуют лишь когнитивно-бихевиоральная и гипносуггестивная терапия (Р.Д. Тукаев, 2006). В биопсихосоциальной парадигме воспроизводятся методические приемы по преимуществу экспериментальной и сравнительной психологии. Важно отметить, что этология – часть психологии, но в последние десятилетия она постепенно и необратимо трансформируется в социозтологию, тесно связанную с популяционной экологией.

Специфическое содержание биопсихосоциологии определяется главным образом ее *психологическим* компонентом. Поэтому в глазах многих естествоиспытателей предмет биопсихосоциальной парадигмы не является достаточно отчетливым, а данное интегративное научное направление (помимо социобиологии) так и не признано в качестве особой дисциплины, поскольку до настоящего времени ракурс анализа и специфически-биологический предмет исследований отграничивает социобиологию от поведенческих наук (однако важно отметить, что этот предмет относится к компетенции генетики). Составляя эмпирическую основу социальной биологии, поведенческие науки образуют как бы ее индуктивную базу. Но на протяжении всей своей истории социальную биологию пытаются разграничить с поведенческими науками и определить относительно их ее собственный теоретико-методологический статус, что является слабым звеном и предметом справедливой критики по отношению к создаваемой системной интегральной модели биопсихосоциальной парадигмы. Эта проблема занимала и занимает всех теоретиков, поскольку в свое время еще Эспинас проводил разграничение с социологией и со сравнительной психологией, формулируя основные положения социологии животных [10]. Подобные усилия предприняли позже Винн-Эдвартс и Крук, стремясь специфицировать социальную экологию, предшественницу

социобиологии [11, 17]. Это удалось Вильсону, отчетливо осознававшему необходимость такой деятельности для установления статуса самой социобиологии как особой, новой дисциплины [16].

Но, возвращаясь к теме нашей дискуссии, для построения законченной теории необходимо привести в соответствие ведущему фактору *движущие механизмы*. Только найдя механизмы, обеспечивающие реализацию ведущего фактора, возможно создание непротиворечивой модели, которая с известной долей уверенности может быть понята и принята как «общая теория» социопсихобиологии. Безусловно, в биопсихосоциальной организации нормы и патологии человека ведущую роль играет личность (*психо...*), особенно с повышением его уровня осознанности и духовного развития все более нивелируется влияние биологического и социального как в самом себе, так и в окружении, однако *психобиологический* и *психосоциальный* ракурс рассмотрения изучаемой нами модели выходит за пределы данной статьи и является предметом отдельного предметного разговора [6]. В рамках же тех вариантов научных подходов, которые развиваются социобиологией и социозтологией, в роли этого механизма выступает *отбор родственников* (kin-selection, по терминологии У. Гамильтона [13]) и *групповой* (демовый или междемовый) *отбор* социально связанных групп животных внутри сообщества или сообществ внутри популяции [16]. Удивительное *déjà vu* - мы вновь встречаемся с почти полной аналогией эволюционной теории Дарвина, однако происходит косвенно-незаметная подмена понятий: место индивидуального отбора как механизма эволюции занимают родственный и групповой отборы. Хитрости в такой процедуре двойной замены, конечно, немного, но какие выгодные последствия она приносит самой социальной биологии! Этот прием позволяет ей перейти с зыбкой почвы психологии и социологии на прочный фундамент формально-логических построений популяционной генетики [6].

Методология генетики в силу своей почти аксиоматической строгости является очень привлекательной для многих естественников-методологов, биологов-теоретиков и социобиологов [7]. Сама возможность попытки обосновать существование сис-

темных конструкторов изучаемых субъективных «миров» и взаимоотношений с помощью «земной» объективности и возможностью их «пощупать и измерить» является для психологов и психиатров достаточно соблазнительной (автор не является исключением). Логическая схема, по которой У. Гамильтон из простого индивидуального отбора вывел отбор родичей и обусловленный им альтруизм родственников, а затем его последователи – *групповой отбор* и реципрокный *альтруизм* и *непотизм* (Э. Вильсон, Р. Трайверс) весьма привлекательна с точки зрения уменьшения «числа сущностей», что составляет заботу практически каждого естествоиспытателя-теоретика. «Гипотез не измышляю!», – восклицал И. Ньютон, закладывая краеугольный камень доказательности в науку, и предлагая вместо схоластических рассуждений оперировать только измеряемыми величинами. Установленные в качестве механизма социальной эволюции и процессов самоорганизации животных обществ родственный и групповой отборы, «полноправные заместители» естественного (индивидуального) отбора, решают, по мнению социальных биологов, проблему теоретической стройности и непротиворечивости логических конструкций, в которых социальная жизнь во всей ее структурной сложности и многоцветности может быть разложена на очень простые, а в идеале — на уровне физико-химических соединений — линейно упорядоченные компоненты, позволяющие осуществлять логико-математические (линейные же) преобразования [12, 13].

Методология популяционной генетики и экологии задает поэтому соответствующие эмпирические экспериментальные программы, приобретающие характер математических моделей. Тем самым биологическая ориентация в формирующейся биопсихосоциальной парадигме способствует упрощению и редукции ее основной проблематики: сведению феноменов *социальной жизни* к популяционно-демографическим процессам или взаимодействию исследованных генных комплексов. Сторонники социопсихобиологии, опираясь на атлантов «математизированных» дисциплин, стремятся превратить её в точное и формализуемое, фактически свести к идеалам физичности. Игнорирование феномена врожденной или приобретенной индивидуаль-

ности и относительной «внутренней» свободы от биологического и социального приводит, к большому сожалению, лишь к изучению «нормы» и патологии, не допуская возможности взглянуть в сторону психологии возможной эволюции (или революции, вспомним призыв Кришнамурти: «Urgency change!») человека.

Таким образом, в теоретическом отношении современная междисциплинарная биопсихосоциальная парадигма привлекательна, противоречива и многолика: *основу ее* проблематики составляет социально-философская и социологическая проблематика, *объяснительные модели* – популяционно-биологические, клинические и психологические, а *описательные модели* и эмпирическая база – экологическая, популяционно-генетическая и поведенческая. Возникает парадокс: биопсихосоциальная парадигма, по сути, отгораживается от социологии границами естественнонаучной методологии и теории познания, но проблемное поле, общее для той и другой парадигмальных концепций, не только сближает их предметы, но и заставляет социобиологов делать все больший акцент на объяснения, основанные не на естественнонаучных моделях, а на моделях, по природе социологических и даже гуманитарных [1, 5]. Придерживаясь разных теоретических схем и разных по природе методологий естествознания и социогуманитарных наук, нельзя достичь теоретического единства.

«Гибридность» происхождения биопсихосоциальной парадигмы, кроме значения ее прикладного вклада в виде интегральных и междисциплинарных научных исследований, заставляет ее соединять несоединимое, поэтому ее теоретико-методологические основания являются самым настоящим гордиевым узлом, который развязать невозможно, а можно лишь последовать примеру Александра Великого. Есть, однако, интересный и простой выход в виде радикальной перестройки всей теоретико-методологической базы биопсихосоциальной парадигмы – ещё не успевшей превратиться в фетишеподобный иконостас, но уже увязшей в лабиринте неразрешимых теоретических и методологических противоречий, доставшихся в наследство от трех ее «атлантов-китов». В лице основателя социологии

мы имеем пример именно такого радикального шага, результатом которого было прерывание неуверенного и противоречивого взаимодействия трех наук — истории, биологии и политической экономии, направленного на создание «интегральной» науки о человеческом обществе, и появление сразу и в определенном виде (в предмете и методе) новой позитивной науки [2]. «Не множь сущности без необходимости!», — гласит знаменитая «бритва» Оккама, тем не менее насущная необходимость становления новой целостной биопсихосоциологии на основе системности и интегральности не вызывает сомнений. Поскольку понятие системы имеет чрезвычайно широкую область применения (практически каждый объект может быть рассмотрен как система), постольку его достаточно полное понимание предполагает рассмотрение его в контексте основных системных принципов. К принципам системного подхода относятся: 1) целостность (принципиальная несводимость свойств системы к сумме свойств составляющих ее элементов и невыводимость из последних свойств целого; зависимость каждого элемента, свойства и отношения системы от его места, функций и так далее внутри целого); 2) структурность (возможность описания системы через установление ее структуры, т.е. сети связей и отношений системы; обусловленность поведения системы не столько поведением ее отдельных элементов, сколько свойствами ее структуры); 3) взаимозависимость системы и среды (система формирует и проявляет свои свойства в процессе взаимодействия со средой, являясь при этом ведущим активным компонентом взаимодействия); 4) иерархичность (каждый компонент системы в свою очередь может рассматриваться как система, а исследуемая в данном случае система представляет собой один из компонентов более широкой системы); 5) множественность описания каждой системы (в силу принципиальной сложности каждой системы ее адекватное познание требует построения множества различных моделей, каждая из которых описывает лишь определенный аспект системы) и другие.

Иерархичность, многоуровневость, структурность – свойства не только строения, морфологии системы, но и ее поведения. Отдельные уровни системы обуславливают определенные ас-

пекты ее поведения, а целостное функционирование оказывается результатом взаимодействия всех ее сторон и уровней. Динамичность системы определяется изменением ее состояния во времени под воздействием определенных факторов. Система является однозначно детерминированной, если знание значений показателей элементов системы в данный момент времени позволяет установить состояние системы в любой последующий или любой предшествующий периоды времени. А принцип интегрирования как суммирования «бесконечно малых» влияний трех составляющих биопсихологии на основе системного подхода позволяет сделать «квантовый скачок» от накопленных теоретических и методологических противоречий био...психо...социо... «китов». Но для этого биопсихосоциальная парадигма в своем становлении в настоящее время действительно нуждается в собственно самой *новой парадигме* и *новых философских* основаниях.

Литература

1. О специфике биологического познания. М.: Наука, 1987.
2. *Плюснин Ю.М.* Бреющий полет трехглавого дракона. Проблемы построения теории социальной биологии / Ю.М. Плюснин // Биофилософия. М., 1996 Т. 2.
3. *Плюснин Ю.М.* Проблема биосоциальной эволюции / Ю.М. Плюснин. Новосибирск: Наука, 1990.
4. Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины: сб. тез. науч. конф. с междунар. участием. 15-17 февраля 2006 г., Санкт-Петербург. СПб., 2006.
5. Пути интеграции биологического и социогуманитарного знания. М.: Наука, 1984.
6. *Реверчук И.В.* Психобиологические механизмы нозогенеза пограничных психических расстройств / И.В. Реверчук // Вестн. психиатрии и психологии Чувашии. 2006. № 2. С. 17-27.
7. *Рьюз М.* Философия биологии / М. Рьюз. М.: Прогресс, 1977.
8. *Спенсер Г.* Основания социологии. Т. 2, ч. 2. Индукции социологии / Г. Спенсер. СПб., 1876. С. 497-654.
9. *Флетчер Р.* Клиническая эпидемиология: основы доказательной медицины / Р. Флетчер, С. Флетчер, Э. Вагнер. М.: Медиасфера, 2004.

10. Эспинас А. Социальная жизнь животных. Опыт сравнительной психологии с прибавлением краткой истории социологии / А. Эспинас. СПб.: Тип. д-ра М.А. Хана, 1882.
11. Crook J.H. Social organization and the environment: aspects of contemporary social ethology // Anim. Behav. 1970. Vol. 18. P. 197-209.
12. Dawkins R. The selfish gene. Oxford: Oxford Univ. Press, 1976.
13. Hamilton W.D. The genetical theory of social biology // J. Theor. biol., 1964. Vol. 7. № 1. P. 1-16, 17-52.
14. Lumsden Ch.J., Wilson E.O. Genes, mind, and culture: the coevolutionary process. Cambridge; Massachusetts; L.: Harvard Univ. Press, 1981.
15. Ruse M. Sociobiology: sense or nonsense? Dordrecht; Boston; L., 1979.
16. Wilson E.O. Sociobiology. The new synthesis. Cambridge: Cambr. Univ. Press, 1976.
17. Wynne-Edwards V.C. Animal dispersion in relation to social behaviour. Edinburgh, 1962.

**РЕСПУБЛИКАНСКИЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ
КОНФЕРЕНЦИИ ПО ПСИХИАТРИИ,
НАРКОЛОГИИ И ПСИХОТЕРАПИИ**

А.В. Голенков

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

Согласно архивным документам, Первая чувашская конференция общества борьбы с алкоголизмом состоялась 5-6 августа 1930 г. в Чебоксарах в Доме крестьянина. Был издан сборник материалов. Среди ее организаторов преобладали партийные и общественные деятели республики, врачи, но специалистов-профессионалов не было. Так, в резолюции конференции констатировалось: «... Не создано ни одного наркодиспансера, не приглашен ни один невропатолог ...» [3; 13], несмотря на то, что «... алкоголизм и самогоноварение в ЧАССР распространены не менее чем в РСФСР» [3; 2], «... детский алкоголизм принимает формы опасности...» [3; 11]. По-видимому, это было вызвано директивой Совета Народных Комиссаров РСФСР того времени, которая постановила «в течение 10 лет ликвидировать алкоголизм в СССР» [5; 30].

Остается только гадать, как повлияла конференция на создание психиатрической и наркологической (психоневрологической, по терминологии тех времен), но в 1930 г. открывается Чебоксарская городская поликлиника и начинает работать первый невропатолог – Каравайчик Павел Илларионович. В 1931 г. к нему присоединяется Ю.С. Сергеева, в 1933 г. – В.Г. Ефимова. В 1937 г. организован наркологический кабинет под руководством казанского психиатра Соловцевой. Психоневрологическое отделение в Первой Чебоксарской городской больнице было открыто в 1946 г. (врачи – Л.Н. Сыркина и Н.В. Морякова). В 1949 г. невропатологи занимали должности психиатров и оказывали помощь психически больным. Позднее (1956) трое из них перешли на работу в образованный Республиканский психоневрологический диспансер (г. Чебоксары). Психоневрологическая секция в Республиканском научном обществе врачей (терапев-

тов) была образована в конце 50-х годов, а самостоятельным научное общество невропатологов и психиатров стало в сентябре 1962 г. [2, 4, 6].

Из протоколов общества 1962-1968 гг. известно, что 28-29.09.1962 г. состоялась I республиканская конференция «Вопросы эпилепсии» с участием известного эпилептолога А.И. Болдырева (Москва), 25.10.1963 г. – Б.С. Бамдаса (Москва), 25.01.1965 г. – старшего научного сотрудника Я.И. Чехович (Москва), 16-17.02.1965 г. – ассистента кафедры нервных болезней Казанского ГИДУВа канд. мед. наук А.М. Митрофанова, 27.05.1965 г. «Психоневрологические нарушения при опухолях головного мозга» – доцента кафедры психиатрии Казанского медицинского института В.П. Андреева и ассистента канд. мед. наук В.И. Танкиевской. В 1967 и 1968 гг. проведены VI и VII итоговые конференции под председательством профессора кафедры психиатрии Казанского медицинского института В.С. Чудновского, профессора Б.С. Бамдаса (Москва), доцента А.Ю. Ратнера (Казанский ГИДУВ), в 1969 г. – VIII (проф. В.С. Чудновский, доц. А.Ю. Ратнер), в 1971 г. – IX. (проф. В.С. Чудновский) [4, 6].

Однако первая научно-практическая конференция с изданием тезисов состоялась в 1973 г. совместно с учеными Ленинградского института усовершенствования врачей-экспертов (проф. А.С. Борзунова, канд. мед. наук О.К. Столповская и др.). Конференция была организована во многом усилиями Министерства социального обеспечения Чувашской АССР. Не случайно, что многие вступления и тезисы затрагивали вопросы врачебно-трудоустройственной экспертизы, трудоустройства, реабилитации и восстановительного лечения психически больных, медико-статистические и социально-психологические аспекты инвалидности. Следующая конференция была проведена только в 1982 г. Наблюдалось сохранение обозначенных в 1973 г. приоритетов исследования. Между тем большее внимание стало уделяться профессиональной ориентации учащихся вспомогательных школ, организации трудотерапии в психоневрологических интернатах и психиатрических стационарах. Значительно расширились нозологические группы больных, включенных в

проведенные исследования (эпилепсия, умственная отсталость, шизофрения, различные депрессивные состояния, черепно-мозговая травма и сосудистые заболевания с психическими нарушениями).

Следующая конференция состоялась в 1992 г. в связи с 30-летием Республиканской психиатрической больницы. Была сохранена преемственность с прежними конференциями в освещении вопросов инвалидности и временной нетрудоспособности психически больных, различных психоневрологических и организационных аспектов. Однако впервые стали обсуждаться актуальные вопросы оказания психотерапевтической и сексологической помощи населению Чувашии, клиники, распространенности, диагностики и лечения психических расстройств.

Таким образом, в 1970-80 годах и начале 1990-х годов научно-практические конференции с изданием сборников проводились чрезвычайно редко (раз в 10 лет), во многом по инициативе ученых из центральных городов нашей страны (Ленинград, Москва). Иногда публиковались методические письма и указания, рассчитанные на студентов, но больше на участковых и районных врачей, многие из которых были психиатрами и наркологами по совместительству.

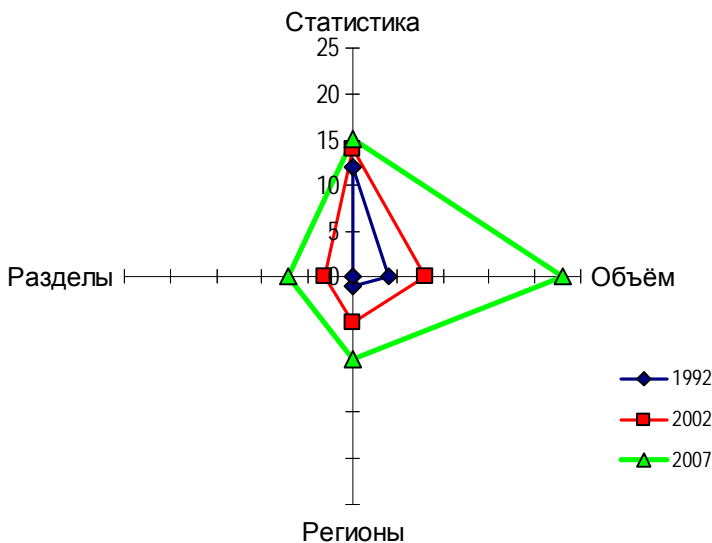
С 1995 г. начали регулярно (каждые 5 лет) проводиться съезды психиатров, наркологов и психотерапевтов Чувашии. На I съезде тематика исследований еще четко не сформировалась, но для многих врачей он явился первой возможностью обобщить и опубликовать свой опыт практической работы. Тезисы многих участников нередко носили описательный, нежели аналитический характер, были недостаточно структурированы, методически выверены и доказательны. На II съезде многие из указанных недостатков удалось устранить. Значительно увеличилось число работ. Были сформированы восемь разделов научных исследований, привлечены ученые из 10 регионов России и СНГ, повысилось качество подготовки материалов для публикации. Материалы выступлений на III съезде позволили сформировать три новых раздела: к существующим восьми разделам добавились разделы по медицинской психологии, детской и подростковой психиатрии, сестринскому делу в психиатрии. Ра-

нее результаты этих исследований были единичными и фрагментарными, их тематика четко не очерчивалась. В материалах III съезда нашло дальнейшее и значительное развитие семь разделов II съезда, отраженных в 25 работах. Дальнейшее и значительное развитие получили исследования по судебной психиатрии, суицидологии, лечению психических и наркологических заболеваний. Так, если в материалах II съезда в основном освещались результаты различных аспектов судебно-психиатрической экспертизы, то на III – уже анализировались общественно опасные действия и принудительное лечение психически больных. Самоубийства детально, с учетом клинических особенностей психических и наркологических заболеваний освещались в половозрастных группах. Вопросы терапии включали оценку эффективности различных групп психотропных средств последнего поколения, шоковые методы терапии (ЭСТ). Более того, важен не только факт более частого применения статистических методов обработки результатов исследований, но и использование факторного и регрессионного анализа прогностических моделей психических расстройств, которые позволяют выявить существенную информацию, основные параметры (факторы) того или иного явления. Наверное, можно утверждать, что многие тезисы II и III съездов по качеству подготовки приближались к общероссийским стандартам.

В промежутках между республиканскими съездами начинают регулярно проводиться конференции, в которых участвуют специалисты из Чувашии, других регионов нашей страны и мира. Некоторые из них тематические, как, например «Этнокультуральные вопросы психиатрии и психологии» (2004).

Сравнивая сборники (1992, 2002, 2007), посвященные круглым датам Республиканской психиатрической больницы (РПБ), можно видеть неуклонный рост практически всех наукометрических показателей (рисунок и таблица). Лишь доля авторов статей, врачей из Чувашской Республики (ЧР), мала. Несомненно улучшение качественных показателей, таких, как актуальность и практическая значимость опубликованных работ, доказательность и научность, адекватность выбора методик для достижения поставленной цели и решения задач исследований. Ма-

лосодержательны публикации, посвященные терапии психических расстройств, незначительно число работ по психопатологии, геронтопсихиатрии, сексологии и сексопатологии, генетике, отсутствуют исследования по биологической психиатрии. В развитии этих областей заключены резервы для дальнейшего совершенствования научно-практической работы среди ученых и врачей республики.



Наукометрические показатели сборников РПБ (1992-2007)

Отмеченные тенденции характерны и для сборников, подготовленных сотрудниками Республиканского психотерапевтического центра (РПТЦ). За прошедшие годы также налицо рост количественных и качественных показателей (за исключением доли авторов из ЧР) и вариабельность в использовании математико-статистических методов. Однако следует отметить значительно большую долю статей, в которых принимали участие психотерапевты и медицинские (клинические) психологи, а в ряде случаев и студенты. Конечно, украшением сборника стали работы, присланные от коллег из стран СНГ и дальнего зарубежья. Порадовал многих читателей сборник «Мир души человека

в произведениях Чехова» (2001), посвященный 140-летию со дня рождения писателя. В представленных работах были проанализированы психиатрические, психотерапевтические и психологические аспекты художественного наследия великого русского прозаика. Определенным недостатком явился ряд досадных опечаток, связанных с отсутствием редакторской и корректорской правки, слишком маленький тираж изданий. В меньшей степени эти замечания относятся и ко многим другим сборникам (таблица).

С 2001 года проводятся исследования по внедрению технологии сестринского процесса в психиатрическую, наркологическую и психотерапевтическую практику. На III республиканском съезде психиатров, наркологов и психотерапевтов (2005) и на конференции «Организация психиатрической помощи на современном этапе: проблемы и пути их решения» (2007) работали две секции «Сестринское дело в психиатрии», изданы тезисы докладов. Это не случайно, поскольку ученые, врачи, специалисты с высшим сестринским образованием стали публиковать свои результаты в центральных профильных журналах: «Медицинская сестра», «Сестринское дело», «Главная медицинская сестра» и др. В 2006 г. в Чебоксарах была проведена Всероссийская научно-практическая конференция «Сестринское дело в психиатрии», в работе которой приняли участие 429 медицинских работников из 34 регионов Российской Федерации. Материалы записаны на CD, что можно рассматривать как инновацию в оформлении и хранении результатов научных исследований. Журнал «Медицинская сестра» № 1 за 2007 г. был посвящен теме психического здоровья, а большинство авторов составили ученые, врачи и медицинские работники из ЧР.

Таким образом, хорошо видно, что работа нескольких поколений врачей Чувашии принесла свои плоды. В республике появились доктора и кандидаты медицинских наук по разным специальностям, публикуются монографии и различная методическая литература, с 2005 г. стал выходить ежегодный профильный журнал «Вестник психиатрии и психологии Чувашии». Сегодня в ЧР восемь человек имеют научные степени по психиатрии, наркологии и медицинской психологии. Еще два врача за-

щитили диссертации на стыке акушерства и гинекологии с психиатрией [1].

Сборники материалов научно-практических конференций в Чувашии (1973-2007 гг.)[†]

| Показатель (год изд. *) | Объём (уч.-изд. л.) | Кол-во разделов | Регионы РФ, страны СНГ [†] и другие [‡] | Число статей, в т.ч. из ЧР, % | Статистич. обработка, % |
|-------------------------|---------------------|-----------------|---|-------------------------------|-------------------------|
| 1973 ¹ | 2,4 | – | 2 | 17 (82,4) | 5,9 |
| 1982 ² | 3,3 | – | 1 | 26 (100) | 7,7 |
| 1992 ³ | 3,5 | – | 1 | 26 (100) | 11,5 |
| 1995 ⁴ | 5,3 | – | 2 | 51 (94,1) | 7,8 |
| 2000 ⁵ | 12,2 | 5 | 10 [†] | 91 (69,2) | 8,8 |
| 2000 ⁶ | 3,4 | 5 | 2 | 24 (87,5) | 16,7 |
| 2001 ⁷ | 3,3 | – | 2 | 12 (91,7) | – [§] |
| 2002 ⁸ | 8,5 | 7 | 12 ^{†‡} | 66 (60,6) | 6,1 |
| 2002 ⁹ | 17,5 | 3 | 5 | 60 (70,0) | 13,3 |
| 2004 ¹⁰ | 8,0 | 3 | 5 | 35 (65,7) | 37,1 |
| 2005 ¹¹ | 16,3 | 11 | 14 | 127 (59,1) | 15,0 |
| 2007 ¹² | 14,1 | 9 | 16 ^{†‡} | 90 (54,4) | 14,4 |
| 2007 ¹³ | 22,1 | 7 | 9 | 98 (78,9) | 22,4 |

Примечания:

* Номер сверху соответствует порядковому номеру конференции в списке, приведённом в конце статьи.

† Казахстан^{5,12}, Таджикистан^{8,12}.

‡ Литва⁸, Непал⁸, Словакия⁸, Украина⁸, Босния и Герцеговина¹².

§ Материалы посвящены анализу творчества А.П. Чехова и не предполагали статистическую обработку данных.

Можно смело утверждать, что психиатры, наркологи и психотерапевты республики сегодня готовы не только участвовать в самых разнообразных по тематике и уровню конференциях, но и сами способны организовать и провести солидные научные форумы всероссийского масштаба. В будущем нужно стремиться взять эту высоту, а за ней можно замахнуться и на международные конференции. Не менее важно при этом не останавли-

[†] В анализ не вошли «Немедикаментозные методы лечения»: материалы науч.-практ. конф. / гл. ред А.В. Голенков. – Чебоксары, 2001. – 150 с., т.к. всего один раздел был посвящен психотерапии, а остальные – мануальной терапии, рефлексотерапии, гомеопатии, прочим традиционным методам терапии.

ваться на достигнутом, а проводить их так же регулярно, как и многие научные мероприятия республиканского масштаба последнего десятилетия.

Список материалов конференций,
проведённых в Чувашии в 1973-2007 гг.

1. Тезисы научно-практической конференции по вопросам ВТЭ, трудоспособности и реабилитации нервных и психических больных. Чебоксары, 1973. 40 с.
2. Тезисы докладов республиканской научно-практической конференции невропатологов и психиатров ЧАССР по вопросам ВТЭ, трудоустройства и реабилитации нервных и психических больных. Чебоксары, 1982. 56 с.
3. Вопросы психиатрии: сб. науч. тр., посвящ. 30-летию РПБ. Чебоксары, 1992. 52 с.
4. Первый съезд психиатров, наркологов и психотерапевтов Чувашской Республики: тез. докл. Чебоксары, 1995. 96 с.
5. Второй съезд психиатров, наркологов и психотерапевтов Чувашской Республики: тез. докл. Чебоксары, 2000. 180 с.
6. Психическое здоровье на рубеже веков: материалы науч.-практ. конф. Чебоксары, 2000. 48 с.
7. Мир души человека в творчестве Чехова: материалы науч.-практ. конф. Чебоксары, 2001. 56 с.
8. Семья: Взрослые и дети в изменяющемся мире: материалы республиканской науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвящ. 15-летию РПТЦ. Чебоксары, 2002. 204 с.
9. Актуальные вопросы психиатрии: науч.-практ. конф., посвящ. 40-летию РПБ. Чебоксары, 2002. 276 с.
10. Этнокультуральные вопросы психиатрии и психологии: материалы конф. Чебоксары, 2004. 164 с.
11. Третий съезд психиатров, наркологов и психотерапевтов Чувашской Республики: тез. докл. Чебоксары, 2005. 318 с.
12. Личность и здоровье в эпоху новых ценностей: материалы междунар. науч. конф., посвящ. 20-летию РПТЦ. Чебоксары, 2007. 340 с.
13. Организация психиатрической помощи на современном этапе: проблемы и пути их решения: материалы межрегион. науч.-практ. конф., посвящ. 45-летию РПБ. Чебоксары, 2007. 168 с.

Литература

1. *Голенков А.В.* Исследования по психиатрии и наркологии в Чувашии: прошлое, настоящее и будущее / А.В. Голенков // Здравоохранение Чувашии. 2008. №1. С. 87-96.
2. *Голенков А.В.* История образования и развития психиатрии в Чувашии: Конспект лекции / А.В. Голенков. Чебоксары, 1997. 52 с.
3. *Итоги* 1-й Чувашской конференции общества борьбы с алкоголизмом. Чебоксары: Чувашиздат, 1930. 63 с.
4. Материалы работы Правления Чувашского научного общества невропатологов и психиатров за 1968-1971 гг. / ЦГА ЧР, ф. 2316, оп. 1, д. 53. 214 л.
5. Переписка о проведении в ЧАССР двухнедельника борьбы с алкоголизмом. 1929 г. / ЦГА ЧР, ф. 259, оп. 1, д. 346. 101 л.
6. Протоколы Чувашского научного общества невропатологов и психиатров за 1962-1968 гг. / ЦГА ЧР, ф. 2316, оп. 1, д. 10. 77 л.

СОБЫТИЯ И ИМЕНА

НАУЧНЫЕ ФОРУМЫ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

14-18 мая 2007 г. в Санкт-Петербурге состоялось два значимых мероприятия мирового уровня, на которые съехались более 1000 отечественных и зарубежных ученых и специалистов. Чувашию представляли три участника, работающих в области психиатрии, психотерапии и клинической психологии.

Юбилейная научная сессия «Психоневрология в современном мире» была посвящена 100-летию со дня основания Санкт-Петербургского научно-исследовательского института им. В.М. Бехтерева. В это же время в стенах Санкт-Петербургского научно-исследовательского института им. В.М. Бехтерева проходила работа XV Конгресса Всемирной ассоциации динамической психиатрии, проводившаяся под эгидой Всемирной организации здравоохранения.

В рамках двух научных мероприятий прошли научные конференции, симпозиумы, семинары и рабочие совещания, посвященные актуальным вопросам психоневрологии и динамической психиатрии. В ходе работы форумов в числе многих других рассматривались актуальные проблемы клинической психиатрии, доказательной наркологии, нейрохирургии в психоневрологии, клинических и социальных аспектов эпилепсии, психиатрии детского возраста, групповой терапии – групповой динамики, нового в сексологии, психотерапии в системе лечения и реабилитации психически больных, клинической психологии и психотерапии детей и подростков в семейном контексте, развития психотерапевтической профессии в медицине, психоанализа в психиатрии.

На базе Санкт-Петербургской академии художеств прошло научное заседание сессии «Арт-терапия в системе лечения и реабилитации больных и клинике пограничных состояний». Там же была организована выставка работ психически больных в контексте дестигматизации «Исцеляющее путешествие: психическое здоровье и творческое самовыражение».

В эти же дни состоялось рабочее совещание Международного координационного совета по психотерапии, куда вошли представители России, Украины, Казахстана и Белоруссии.

К началу работы двух научных форумов были изданы их материалы на русском и английском языках. Сотрудниками института к юбилею также выпущены новые монографии и издания справочного характера.

Теплая рабочая атмосфера, прекрасная организация, богатая культурная программа и весенняя солнечная погода сделали эти дни для многих участников просто незабываемыми.

ШКОЛА МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ В СУЗДАЛЕ

5-8 сентября 2007 года в Суздале после многолетнего перерыва возобновила работу Всероссийская школа молодых ученых в области психического здоровья «Психиатрия XXI века: традиции и инновации», организованная Московским НИИ психиатрии совместно с Российским обществом психиатров.

В работе школы приняли участие более 180 человек – психиатров, медицинских психологов, наркологов, психотерапевтов и других специалистов из России, СНГ и зарубежных стран, в том числе три человека из Чувашии – сотрудники Республиканской психиатрической больницы, Республиканского психотерапевтического центра и Чувашского государственного университета имени И.Н. Ульянова. Две научные работы из Чувашии, представленные на конкурс до начала работы школы, стали его победителями. Они посвящены особенностям межличностного взаимодействия кардиологических больных (Д.В. Гартфельдер) и исследованию половых различий в склонности к аутодеструктивному поведению у студентов (Н.И. Комиссарова).

В рамках школы работали несколько секций и круглых столов, выступили с докладами и приняли участие в дискуссиях известные российские и зарубежные ученые. Особой популярностью пользовались актуальные проблемы современной науки и практики: семинар, посвященный психологическим причинам игровой зависимости (руководитель – А.О. Бухановский), круглые столы «Психотерапия в клинической психологии» (руководители – А.Ш. Тхостов и А.Б. Холмогорова), «Проблемы психосоматики» (А.Е. Бобров, Л.В. Ромасенко, Е.Г. Старостина, Р. Shoenberg), «Методология научных исследований в психиатрии, статистический анализ полученных результатов» (А.В. Немцов), «Когнитивно-поведенческая терапия» (А.Б. Холмогорова); лекции А.А. Ткаченко «Судебная психиатрия», D. Mossaoui «Транскультуральная психиатрия», Ю.С. Шевченко «Отногенетическая психотерапия детей и подростков»; интерактивные семинары «Меняющаяся концепция шизофрении: значение для научных исследований и практики»

(Н. Kaschnik), «Морфологические изменения головного мозга при шизофрении» (W. Kann), «Вопросы коморбидности, диагностики и лечения тревожно-депрессивных расстройств» (Е.Г. Костюкова), «Депрессия и шизофрения» (Г.Э. Мазо), «Культура и патология» (А.Ш. Тхостов), «Психодинамическая психотерапия психосоматических заболеваний» (P. Shoenberg), «Психиатрическая помощь с опорой на сообщество» (И.Я. Гурович), «Современные проблемы наркологии и пути их решения» (Н.Н. Иванец).

Проведение подобных мероприятий позволяет молодым ученым не только поделиться друг с другом результатами своих исследований и установить новые профессиональные контакты, но и узнать о последних достижениях в области психиатрии и психологии непосредственно от ведущих специалистов мирового уровня.

ЛИЧНОСТЬ И ЗДОРОВЬЕ В ЭПОХУ НОВЫХ ЦЕННОСТЕЙ

16 ноября 2007 г. в конференц-зале Республиканской клинической больницы (Чебоксары, Московский пр., 19, корп. 4) Министерство здравоохранения и социального развития Чувашской Республики, Российское общество психиатров и Чувашская ассоциация психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов провели межрегиональную научно-практическую конференцию «Личность и здоровье в эпоху новых ценностей», посвященную 20-летию Республиканского психотерапевтического центра.

Сегодня более половины всех объемов медицинской и психологической помощи при пограничных расстройствах в Чувашии приходится на Республиканский психотерапевтический центр, который был создан в 1987 г. для лечения и профилактики пограничных расстройств. Его организационная структура и кадровая обеспеченность позволяют наряду с амбулаторным приемом пациентов выполнять функции организационно-методического координатора всей психолого-психотерапевтической службы республики. Многофункциональная структура психотерапевтического центра помогает своевременно и квалифицированно оказывать взрослому и детскому населению, помимо психотерапевтической и медико-психологической, сексологическую, логопедическую, суицидологическую и экстренную психологическую помощь по телефону. Диагностическая, лечебно-коррекционная и психопрофилактическая помощь больным здесь оказывается в рамках биопсихосоциального подхода, что подразумевает целостное восприятие здорового и больного человека с позиций глубокого анализа многоуровневых взаимосвязей биологических, психических, психологических и социокультурных факторов.

Данная конференция проводилась в целях обобщения опыта работы ученых и специалистов в области охраны здоровья и укрепления физических, духовных и нравственных основ здоровья, совершенствования организации психотерапевтической,

психологической, педагогической и социальной помощи взрослому и детскому населению Чувашии. В ее работе приняло участие более 200 научных и практических работников в области психотерапии, психологии, педагогики, социальной работы, сотрудники Института усовершенствования врачей, Чувашского государственного университета, врачи практического здравоохранения. На конференцию прибыли гости из Москвы, Ульяновска и Самары.

Открыла конференцию заместитель председателя Кабинета министров, министр здравоохранения и социального развития Чувашской Республики Н.В. Сулонова. С приветствием к участникам конференции обратилась председатель Комитета по социальной политике, здравоохранению, физической культуре и спорту Государственного Совета Чувашской Республики О.Ю. Зайцева. Прозвучали поздравления от гостя из Москвы – доктора медицинских наук, профессора М.Ю. Дробижера. Главный психиатр Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики А.Б. Козлов ознакомил присутствующих с состоянием и перспективами развития службы охраны психического здоровья в Чувашии.

Далее в соответствии с программой конференции были заслушаны доклады о системе новых ценностей и ее влиянии на здоровье (Е.Л. Николаев, Чебоксары), о психологии семейной системы с химически зависимым членом семьи (Л.В. Кузнецова, Москва), психолого-профилактической помощи несовершеннолетним и их семьям (Е.М. Белова, Поречское), динамике взаимоотношений врача и больного как отражении новых ценностей в лечебном процессе (Е.В. Калинина, Чебоксары), здоровье и здоровом образе жизни в зеркале социологии (И.Е. Ильин, Чебоксары), гендерном факторе в дезадаптации личности при невротических расстройствах (Е.С. Сулова, Чебоксары), психотерапии в системе восстановительного лечения детей и подростков (Н.Ф. Дроздова, Чебоксары), роли депрессии в современном мире (М.Ю. Дробижев, Москва).

В ходе конференции и обсуждения докладов участники отметили необходимость совершенствования в эпоху новых ценностей медицинской, психологической, педагогической и соци-

альной помощи населению республики. Участники конференции проанализировали чрезвычайно актуальную сегодня проблему негативного психологического воздействия на психику человека политической рекламы (т.н. «черного пиара»). Были обсуждены ответы на конкретные вопросы, поставленные перед специалистами корреспондентами СМИ, о влиянии массовой рекламы на сознание людей («Как наше слово отзовется»).

В заключение конференции было поддержано обращение ко всем кандидатам в депутаты в Государственную Думу Российской Федерации воздержаться в своей предвыборной деятельности от использования манипулятивных технологий, разрушительно влияющих на психику человека, более ответственно относиться к своим словам и действиям.

По итогам работы конференции выпущен сборник прозвучавших и присланных на конференцию материалов на русском и английском языках.

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

На базе ГУЗ «Республиканская психиатрическая больница» (ГУЗ РПБ) Минздравсоцразвития Чувашской Республики в целях совершенствования организации психиатрической, психотерапевтической и социально-психологической помощи населению Чувашской Республики и в связи с 45-летием организации Республиканской психиатрической больницы 21 декабря 2008 г. состоялась межрегиональная научно-практическая конференция «Организация психиатрической помощи на современном этапе: проблемы и пути их решения». Конференция прошла при поддержке фармацевтических компаний «Лундбек», «Санofi-Синтелабо», «SUN», «Ланнахер», «Эли Лилли» и т.д.

В рамках проведения конференции состоялось открытие 2-й очереди нового корпуса ГУЗ «Республиканская психиатрическая больница». На его открытии и в работе конференции приняли участие председатель Комитета Государственного Совета Чувашской Республики по социальной политике, здравоохранению, физической культуре и спорту О.Ю. Зайцева, заведующий отделом ГНЦ судебной и социальной психиатрии им В.П. Сербского, доктор медицинских наук, профессор А.А. Чуркин, заместитель главы самоуправления Московского района г. Чебоксары Н.М. Глотова, начальник отдела организации медицинской и социальной помощи Минздравсоцразвития ЧР М.В. Чучкалова, приглашенные гости – главные врачи психиатрических учреждений соседних регионов – Татарстана, Марий Эл, Ульяновской области и т.д. В новом здании будут расположены необходимые для современной психиатрической службы подразделения: социально-правовой отдел, психосоматическое, клиническое, физиотерапевтическое отделения, клинικο-диагностическая лаборатория и Центр патологии речи и нейро-реабилитации.

ГУЗ «Республиканская психиатрическая больница» было организовано 25 декабря 1962 г. и сегодня является крупнейшим лечебным учреждением республики, организационно-методи-

ческим и лечебно-диагностическим центром по оказанию специализированной психиатрической помощи населению Чувашской Республики. В учреждении 795 коек, занято более 900 штатных единиц, в том числе 193 врачебных. В настоящее время в учреждении работают шесть заслуженных врачей республики, семь отличников здравоохранения. Один сотрудник награжден нагрудным знаком «Заслуженный работник здравоохранения Чувашской Республики».

В больнице работают 2 юриста, 5 специалистов по социальной работе для оказания социально-правовой помощи психически больным и их родственникам, также имеются лечебно-трудовые мастерские. Развернуты параклинические службы: клиническая и биохимическая лаборатории, отделение функциональной диагностики (выполняются ЭЭГ, РЭГ, УЭГ, ЭКГ); стоматологический и рентгенологический кабинеты, физиотерапевтическое отделение. Функционирует отделение реанимации. Организованы консультации хирурга, терапевта, отоларинголога, окулиста, акушера-гинеколога, фтизиатра.

На базе учреждения функционируют кафедра психиатрии и медицинской психологии Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова и курс психиатрии, наркологии и психотерапии Института усовершенствования врачей Минздравсоцразвития Чувашии. Более 1000 студентов Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова, Чувашского государственного педагогического университета им. И.Я. Яковлева, медицинского колледжа и около 100 врачей республики ежегодно проходят обучение, подготовку и переподготовку на базе ГУЗ РРБ.

Принятые Правительством ЧР и реализуемые программы по совершенствованию психиатрической помощи населению Чувашской Республики (2003-2005 гг., 2006-2008 гг.) выдвигают РРБ на самый современный уровень оказания психиатрической помощи.

Целями конференции были: обсуждение актуальных вопросов оказания психиатрической помощи населению, внедрение методов психосоциальной реабилитации и сестринского процесса в психиатрических учреждениях, применение новых лекарств

венных средств в психиатрической практике, обмен опытом среди специалистов психиатрического профиля.

В работе конференции приняли участие 212 человек из пяти регионов Приволжского региона и Москвы. Это были специалисты различного профиля – психиатры, психотерапевты, неврологи, организаторы здравоохранения (главные врачи и заведующие отделениями), а также логопеды, психологи, наркологи, старшие медицинские сестры психиатрических подразделений.

В начале работы конференции сотрудникам учреждения были вручены почетные грамоты Минздравсоцразвития ЧР, рескома профсоюзов медицинских работников ЧР, администрации учреждения. Был зачитан указ Президента ЧР Н.В. Федорова о присвоении звания «Заслуженный врач Чувашской Республики» врачу-психиатру детского отделения Л.С. Прокопьевой.

Конференция состояла из двух секций: «Актуальные вопросы психиатрии» и «Сестринское дело в психиатрии», на которых были обсуждены актуальные вопросы психиатрической службы и сестринского дела в психиатрии.

На первой секции был представлен презентационный доклад главного врача ГУЗ РПБ А.Б. Козлова об организации и развитии Республиканской психиатрической больницы за 1962-2007 годы, обозначены перспективы ее развития. Заведующий отделом ГНЦ судебной и социальной психиатрии им В.П. Сербского, доктор медицинских наук, профессор А.А. Чуркин отметил тенденции распространенности психических расстройств в Российской Федерации, заведующий кафедрой психиатрии Казанской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор А.М. Карпов рассказал о биопсихосоциальном подходе в лечении психических расстройств на современном этапе. В пленарных докладах также были обсуждены вопросы лечения психических расстройств, судебно-психиатрической экспертизы, психосоциальной реабилитации.

На секции «Сестринское дело в психиатрии» в рамках конференции были обсуждены вопросы управления качеством сестринской помощи, разработки и внедрения сестринских стандартов в психиатрии пациентам с психическими расстройствами, проанализированы опыт работы клуба для психически боль-

ных, отделений сестринского ухода психиатрических учреждений республики, отношение общества и медицинских работников, ошибки сестринской диагностики в рамках сестринского процесса, в также тактика медицинской сестры при побочных действиях психофармакотерапии. В работе этой секции приняли участие 85 делегатов, многие из которых выпускники и учащиеся факультета высшего сестринского образования Чувашского госуниверситета, повышенного уровня подготовки по психиатрии Чебоксарского медицинского колледжа. Выступили десять специалистов по различным аспектам сестринского дела.

Таким образом, на конференции был рассмотрен широкий круг актуальных научных, практических и социальных проблем психиатрии. Программа конференции была выполнена в полном объеме. Участники конференции отметили высокий уровень организации и проведения конференции, актуальность обсуждаемых вопросов и значимость полученных сведений для повседневной работы.

РЕФЕРАТЫ ТЕКУЩИХ ПУБЛИКАЦИЙ

Голенков А.В. Нарушения мышления и речи у больных шизофренией с дефицитарными проявлениями / А.В. Голенков // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2008. № 4. С. 8-17.

Нарушения мышления и речи обнаружены у 93,6% из 110 обследованных больных шизофренией с дефицитарными проявлениями. Наиболее часто наблюдались обедненность речи, структурные нарушения мышления и речи (соскальзывания, тангенциальность, инкогеренция, алогичность). По мере утяжеления дефицитарных расстройств выявлялись более тяжелые и стойкие нарушения мышления и речи; чем тяжелее было такое состояние, тем чаще и выраженнее изменения наблюдались в головном мозге при компьютерно-томографическом исследовании (признаки корковой атрофии в височно-лобных отделах левого полушария).

Иванова А.А. Принципы терапии больных шизофренией при проведении амбулаторного принудительного лечения / А.А. Иванова // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2008. № 4. С. 18-27.

Обследовано 173 больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, находившихся на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении. Разработаны комплексные дифференцированные программы лечения и реабилитации этого контингента и доказана их эффективность в отношении психопатологической симптоматики и степени общественной опасности. На основании полученных результатов предложены критерии отмены данного вида принудительного лечения.

Шадрина И.В. Качество жизни у больных молодого возраста, перенесших первый эпизод шизофрении / И.В. Шадрина, Е.Н. Альшина // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2008. № 4. С. 28-34.

С помощью опросника ВОЗКЖ-100 обследованы 120 больных в возрасте 21-35 лет, перенесших первый эпизод шизофрении. Больные представлены двумя группами по 60 человек в каждой. Первая группа получала типичные нейролептики. Вторая группа пролечена атипичными нейролептиками нового поколения. Все больные обследованы

дважды: при выписке из стационара и в течение 1-3 лет. Результаты первого исследования были одинаковыми в обеих группах. Различия выявились в результате динамического наблюдения. Больные, регулярно принимавшие лекарства, имели более высокий уровень качества жизни. Лучшие результаты показали больные, принимающие атипичные нейролептики. В случае терапии типичными нейролептиками наблюдалось улучшение субъективной оценки качества жизни.

Абитов И.Р. Особенности совладающего поведения при психосоматических и невротических расстройствах / И.Р. Абитов, В.Д. Менделевич // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2008. № 4. С. 35-49.

Работа посвящена изучению взаимосвязи антиципационной состоятельности с психологическими защитами и копинг-стратегиями личности в условиях нормы и при психосоматических и невротических расстройствах, для чего исследованы 170 человек. Установлено, что лица, страдающие невротическими расстройствами, имеют низкую способность к прогнозированию стрессовых ситуаций в сочетании со слабой выраженностью копинг-механизмов. При психосоматических расстройствах отмечается большая адаптивность совладающего поведения и выше уровень антиципационной состоятельности.

Суслова Е.С. Дискурсивный подход в клинко-психологической оценке невротических расстройств / Е.С. Суслова // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2008. № 4. С. 50-58.

Показаны возможности клинко-психологической оценки дискурсивного статуса личности при невротических расстройствах. В зависимости от соотношения социокультурных и идентификационных характеристик личности выделены три варианта дискурса – дифференцированный, диффузный и диссоциированный. Большая выраженность психологического неблагополучия определяется при диссоциированном варианте, меньшая – при дифференцированном. Полученные результаты имеют важное значение для определения психотерапевтических мишеней в работе с невротическими пациентами.

Кулаков С.А. Интеграция психодрамы с другими подходами в работе с пациентами, страдающими психосоматическими расстройствами и зависимостями / С.А. Кулаков, Р.Д. Мина-

зов // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2008. № 4. С. 59-68.

В статье на основе множества литературных источников и собственного опыта рассматривается интеграция психодрамы с другими психотерапевтическими подходами. С методом психодрамы хорошо сочетались теория объектных отношений, юнгианская психология, гештальт-терапия, экзистенциальный анализ, поведенческая психотерапия, нарративный подход, кататимная психотерапия или символдрама. Некоторые подходы проиллюстрированы клиническими примерами из практики авторов.

Шадрина И.В. Психообразование психически больных и их родственников (сексологический аспект) / И.В. Шадрина, Е.Н. Альшина // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2008. № 4. С. 69-75.

Исследованы 120 пациентов молодого возраста в возрасте от 21 года до 35 лет. Изучалась наследственность и готовность к браку. Проанализирована связь между экономико-политической ситуацией в России и способностью психически больных к деторождению. Доказана необходимость комплексного обследования этих больных не только психиатрами, но и генетиками. Молодым больным с психическими расстройствами, собирающимся вступать в брак и иметь детей, а также их родственникам рекомендовано прохождение психологического консультирования. В ходе индивидуальной терапии и реабилитации таких больных должны учитываться особенности течения шизофрении и ее динамики.

Николаев Е.Л. Дискурс здоровья традиционной чувашской культуры / Е.Л. Николаев // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2008. № 4. С. 76-108.

На основе анализа материала этнографического и филологического характера автором раскрываются особенности традиционной чувашской культуры, которая воплощается в ценностно-смысловой сфере, культурно-воспитательных традициях, особенностях коммуникации ее носителей, и до сегодняшнего дня тесно переплетена с системой трудовых и общественных отношений, регламентирующих представления о мироздании, модели здоровья и болезни, традиционные оздоровительные практики и защитно-совладающее поведение ее носителей.

Реверчук И.В. Теоретические и методологические противоречия становления биопсихосоциальной парадигмы / И.В. Реверчук // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2008. № 4. С. 109-123.

Рассматривается современный научный статус биопсихосоциальной парадигмы в психиатрии и психологии, ее теоретические истоки, соотношение с различными социогуманитарными областями знаний, проблематика современных противоречий.

Голенков А.В. Республиканские научно-практические конференции по психиатрии, наркологии и психотерапии / А.В. Голенков // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2008. № 4. С. 124-132.

Обсуждаются материалы научно-практических конференций по психиатрии, наркологии и психотерапии, опубликованные в Чувашии за последние 25 лет. Анализируются их наукометрические показатели. Отмечаются количественные и качественные позитивные изменения публикаций в динамике. Ставятся новые задачи на будущее, делаются рекомендации по устранению выявленных недостатков.

Научные форумы в Санкт-Петербурге // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2008. № 4. С. 133-134.

Краткое сообщение о двух значимых событиях в области мировой психиатрии, прошедших 14-18 мая 2007 г. в Санкт-Петербурге. Первое мероприятие – Юбилейная научная сессия, посвященная 100-летию основания Санкт-Петербургского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. Второе событие – XV конгресс Всемирной ассоциации динамической психиатрии.

Школа молодых ученых в Суздале // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2008. № 4. С. 135-136.

Публикуется материал о Всероссийской школе молодых ученых в области психического здоровья «Психиатрия XXI века: Традиции и инновации», организованной Российским обществом психиатров и Московским НИИ психиатрии 5-8 сентября 2007 г. в г. Суздале.

Личность и здоровье в эпоху новых ценностей // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2008. № 4. С. 137-139.

Представлена информация о ходе работы прошедшей в 16 ноября 2007 г. в г. Чебоксары межрегиональной научно-практической конференции «Личность и здоровье в эпоху новых ценностей», которая была посвящена 20-летию Республиканского психотерапевтического центра Чувашии.

Психиатрическая помощь на современном этапе // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2008. № 4. С. 140-143.

Сообщение об итогах проводившейся 21 декабря 2007 г. в г. Чебоксары связи с 45-летием Республиканской психиатрической больницы Чувашии межрегиональной научно-практической конференции «Организация психиатрической помощи на современном этапе: проблемы и пути их решения».

ЌАК НОМЕРТИ РЕФЕРАЧЁСЕМ

Голенков А.В. Дефицит палӑрӑмсемлӗ шизофренипе чирлӗ ҫынсен шухӑшлавпа калаҫӑвӗ пӑсӑлни / А.В. Голенков // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чӑваш хыпарҫи]. 2008. № 4. С. 8-17.

Дефицит палӑрӑмсемлӗ чирлӗ 110 ҫынна тӗрӗсленӗ хыҫҫӑн вӗсенчен 93,6 % -чӗн шухӑшлавпа калаҫӑвӗ пӑсӑлни палӑрнӑ. Пуринчен те тӑтӑшрах пуллев чухӑнланни, шухӑшлавпа калаҫу еккин пӗтӗмӗшле тытӑмӗ пӑсӑлни (калаҫу сиксе кайни, тангенциальность, инкогеренци, логикаҫӑрлӑх) курӑннӑ. Дефицит улшӑнӑвӗсем нумайланнӑсемӗн шухӑшлавпа калаҫӑвӑн тата та хӗнтерех, ҫивӗчрех пӑсӑлӑвӗсем куҫ умне ӱкнӗ. Ҫавнашкал тӑрӑм мӗн чухлӗ йывӑртаррах – ҫавӑн чухлӗ пуҫ миминчи улшӑнусем курӑмлӑрах; ӑна компьютер томографийӗн тӗпчевӗсем лайӑх ҫирӗpletсе панӑ (сулахай енчи ҫамка-тӑнлав пайӗсенче пуҫ мими хупшийӗ типме-вилме пуҫӑнать).

Иванова А.А. Шизофренипе чирлӗ ҫынсене амбулаторлӑ мелпе ирӗксӗрлесех сыватнӑ чухнехи терапи принципӗсем / А.А. Иванова // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чӑваш хыпарҫи]. 2008. № 4. С. 18-27.

Шизофренипе тата ҫак чир шутне кӗрекен улшӑнусемпе аптракан чирлӗ 173 ҫынна амбулаторлӑ мелпе ирӗксӗрлесех сыватнӑ, пӑхса тӑнӑ чухне тӗрӗслев ирттернӗ. Ҫак контингентта сиплемелли, сыватса кӑлармалли анлӑ дифференциаллӑ программӑсем хатӗрленӗ. Вӗсем психопатологи тӗрӗслевӗ ирттернӗ ҫӗрте, стационартан ҫырӑнса тухнӑ ҫынсен обществӑлла хӑрушлӑх кӑларса тӑратас шайӗ мӗнлерех пулнине тӗпченӗ чухне чӑннипех тухӑҫлӑ. Пӗтӗмлетӗсене кура ирӗксӗрлесех сыватассине улӑштармалли критерисем сӗннӗ.

Шадрина И.В. Шизофрени чирӗн малтанхи тапхӑрӗ витӗр тухнӑ ҫамрӑк ҫынсен пурнӑҫ пахалӑхӗ / И.В. Шадрина, Е.Н. Альшина // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чӑваш хыпарҫи]. 2008. № 4. С. 28-34.

ВОЗКЖ-100 ятлӑ опросникпа шизофренин малтанхи тапхӑрӗ витӗр тухнӑ 21-35 ҫулсенчи 120 ҫынна тӗрӗсленӗ. Чирлисене икӗ ушкӑна уйӑрнӑ, кашнинче – 60-шар ҫын. Пӗрремӗш ушкӑнрисене йӑлана

кĕнĕ нейролептиксене х панă, иккĕмĕш ушкăнрисене пачах урăх, хальхи тапхăрти вĕр-çĕнĕ нейролептиксемпе сипленĕ. Чирлисене пурне те икшер хут тĕрĕсленĕ: пĕрре – стационартан сырăнса тухнă чухне, тепре тата – 1-3 çул хушшинче. Пĕрремĕш тĕпчевĕн пĕтĕмлетĕвĕсем икĕ ушкăнченче те пĕрешкел пулнă. Уйрăмлăхĕсем пурна киле асархаса-сăнаса тăнă май курăннă. Куллен кун эмелсем ёссе пурнакан чирлĕ çынсен пурнăç пахалăхĕ самай аванланнă. Çĕнĕ нейролептиксемпе усă куракансен пушших те. Йăлана кĕнĕ нейролептиксемпе сипленекеннисем пурнăçа хайсен куçĕпе пăхса хаклама пĕлесси лайăхланнă.

Абитов И.Р. Психосоматикапа невроз улшăнăвĕсем пулса иртнĕ çыннăн тыткаларăшĕсем / И.Р. Абитов, В.Д. Менделевич // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарĕ]. 2008. № 4. С. 35-49.

Ку ёç - яланхи лару-тăрусене тата психосоматикапа невроз улшăнăвĕсем чухне этемĕн антиципаци пултарула хĕ психологи хĕтĕлевĕсемпе тата копинг-стратегисемпе еплерех сыхăнура тăни çинчен. 170 çынна тĕрĕсленĕ. Невроз улшăнăвĕсемлĕ çынсен инкеклĕ лару-тăрăва курса-пĕлсе тăрас пултарула хĕ начар аталанни паллă пулнă, унсăр пуçне вĕсен копинг-механизмĕсем те хавшак. Психосоматика улшăнăвĕсемлĕ çын урăхларах, унăн лару-тăрăва аяланса илесси те, антиципаци хевтийĕ те çĕллĕрех шайра.

Суслова Е.С. Невроз улшăнăвĕсене клиникапа психологи тĕлĕшĕнчен хак панă чухнехи дискурс меслечĕ / Е.С. Суслова // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарĕ]. 2008. № 4. С. 50-58.

Невроз улшăнăвĕсем пулса иртнĕ çыннăн дискурс статусне тĕрĕс хакламалли клиникапа психологи майĕ-меслечĕсене кăтарнă. Этемĕн социокультуралла тата идентификаци паллийĕсем пĕр-пĕринпе епле шайлашса тăнине кура дискурса виçĕ вариантне кăтарнă: дифференци, диффузи тата диссоциаци. Диссоциаци тĕслĕхенче психологи чирчĕрĕ пушших йывăр пулать, дифференци чухне – çамăлтаррах. Тупса палăртнă пĕтĕмлетĕсем невроз пациентсемпе ёсленĕ чухне психотерапи тĕлĕкĕсене те тĕрĕс палăртма питĕ кирлĕ.

Кулаков С.А. Психосоматика чирĕсемпе аптракан пациентсемпе ёсленĕ чухне психодрама тата ытти çавнашкал усăллă меслетсене пĕрлештересси / С.А. Кулаков, Р.Д. Ми-

назов // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарси]. 2008. № 4. С. 59-68.

Статьяра, тёрлĕ-тёрлĕ литература ҫалкуҫсем ҫине таянса тата автор хайĕн опытни тĕпе хурса, психодрамăн интеграцине ытти психотерапи меслечĕсемпе пĕрле пăхнă. Психодрама меслечĕпеле – объект хутшăнăвĕсен теорийĕ, Юнгăн психологийĕ, гештальттерапи, экзистенци анализĕ, тыткаларăш психотерапийĕ, нарратив меслечĕ, катимлă психотерапи е символдрама – питĕ лайăх ăшайлашăнаҫҫĕ. Хăш-пĕр меслетсене автор практикинчи клиника тĕслĕхĕсемпе ҫирĕплетнĕ.

Шадрина И.В. Психика чирĕпе чирлекенсене тата вĕсенпе пĕрле пурăнкан тăванĕсене ҫав чир ҫинчен каласа ăнлантарассипе вĕрентесси (сексологи аспекчĕ) / И.В. Шадрина, Е.Н. Альшина // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарси]. 2008. № 4. С. 69-75.

21-35 ҫулхи 120 пациента тĕрĕсленĕ. Вĕсен йăх-несĕл тымарĕсене тата чирлĕ ҫынсем ҫемье чăмăртама мĕн чухлĕ хатĕр пулнине тĕпченĕ. Раҫҫейри экономикапа политика ларутăрăвĕ тата психика енчен сывмар ҫынсен ача ҫуратас пултарулăхĕ хушшинчи ҫыхăнăва тишкернĕ. Психиатрсен ҫеҫ мар – генетиксен те пĕтĕмĕшле обследованисем ирттермелли кирлĕлĕхне ăнентерсе панă. Психика тĕлĕшĕнчен чирлĕ ҫамрăксене, вĕсен тăванĕсене те, ҫемье ҫавăрса ача-пăча ҫуратиччен психологи консультацийĕ витĕр тухма сĕннĕ. Ҫакнашкал ҫынсене харкам терапипеле тўрленў сиплевĕ ирттернĕ чухне шизофренин уйрăмлăхĕсене, вăл епле аталаннине шута илмелле.

Николаев Е.Л. Чăвашсен йăлана кĕнĕ культуринчи сывлăх дискурсĕ / Е.Л. Николаев // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарси]. 2008. № 4. С. 76-108.

Этнографипе филологи материалĕсене тĕпе хурса автор чăваш культурин хайне евĕрлĕхĕсене уҫса парать: хаклав-шухăшлав *сфери*, культурапа воспитани йăли-йĕркисем, пĕр-пĕринпе ҫураҫса пурăнassi – чăваш пурнăҫенчи чăн-чăн хаклăхсем. Ҫак пуян ăс-хакăл паян кунчченех ăҫ системипе, обществăлла хутшăнусемпе тачă ҫыхăнса тăрать. Вăл чăвашсен тĕнчетыгăм никĕсĕсене, сывлăхпа чир моделĕсесене, йăлана кĕнĕ сыватмăш практикине, хўтĕлев тыткаларăшне татах та хытарса ҫирĕплетме пулăшать.

Реверчук И.В. Биопсихосоциаллă парадигма аталанăвёнчи теориллĕ тата методологиллĕ хире-хирĕслĕхсем / И.В. Реверчук // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарџи]. 2008. № 4. С. 109-123.

Психиатрипе психологири биопсихосоциаллă парадигман хальхи аслăлăх статусĕ пирки, унан теори тымарĕсем, пĕлÿсен тĕрлĕ социогуманитарлă пайĕсем тата паянхи хире-хирĕслĕхсен ыйтавĕсем пирки сăмах пырать.

Голенков А.В. Республикăра психиатрипе наркологипе тата психотерапипе пулса иртнĕ аслăлăхпа практика конференцисем / А.В. Голенков // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарџи]. 2008. № 4. С. 124-132.

Чăваш республикинче юлашки 25 çул хушшинче пичетленнĕ психиатрипе наркологипе психотерапипе ирттернĕ аслăлăхпа практика конференци материалĕсене пăхса тухнă. Вĕсен аслăлăхпа метрика кăтартăвĕсене тишкернĕ. Публикацисем пичетленсе тухса пынă май вĕсен шутне тата пахалăхне палăртнă. Малашлăх тĕллевĕсене лартнă, çитменлĕхсене еплерех пĕтермелли пирки кирлĕ асăрхатарусемпе сĕнÿсем панă.

Санкт-Петербургри аслăлăх форумĕсем // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарџи]. 2008. № 4. С. 133-134.

2007 çулхи çу уйăхĕн 14-18-мĕшĕсенче Санкт-Петербургра пулса иртнĕ тĕнче психиатрийĕшĕн питĕ пысăк пĕлтерĕшлĕ икĕ пулам пирки кĕскен каланă. Пĕрремĕшĕ – Санкт-Петербургри В.М.Бехтерев ячĕллĕ психоневрологи институтчĕ 100 çул тултарнинче палăртса ирттернĕ юбилей аслăлăх сессийĕ. Иккĕмĕшĕ – «Динамика психиатрийĕн пĕтĕм тĕнчери ассоциацийĕ» ятлă XV конгрессĕ.

Суздальти çамрăк тĕпчевĕсен школĕ // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарџи]. 2008. № 4. С. 135-136.

Раççейри психиатри обществипе Мускав психиатрин аслăлăхпа тĕпчев институтчĕ 2007 çулхи авăн уйăхĕн 5-8-мĕшĕсенче Суздальте йĕркеленĕ çамрăк тĕпчевĕсен школĕ пирки «XXI ĕмĕрти психиатри: Традицисемпе инновацисем» ятлă материал пичетленет.

Çĕнĕ хаклăх саманинчи çын тата сывлăх // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарçи]. 2008. № 4. С. 137-139.

2007 çулхи чÿк уйăхĕн 16-мĕшĕнче Шупашкарта Чăваш Республикăн психотерапи центрĕ 20 çул тултарнине халалласа ирттернĕ «Çĕнĕ хаклăх саманинчи çын тата сывлăх» ятлă ģслăлăхпа практика конференцийĕ пирки информаци тăратнă.

Хальхи тапхăрти психиатри пулăшăвĕ // Вестник психиатрии и психологии Чувашии [Психиатрипе психологин чăваш хыпарçи]. 2008. № 4. С. 140-143.

2007 çулхи раштавăн 21-мĕшĕнче Республикăн Чăваш психиатри больницы 45 çул тултарнине халалласа ирттернĕ регионсем хушшинчи «Хальхи тапхăрти психиатри пулăшăвĕ: ыйтусем тата вĕсене татса памалли çулсем» ятлă ģслăлăхпа практика пĕтĕмлетĕвĕсем пирки пĕлтерни.

ABSTRACTS OF THE CURRENT ISSUE

Golenkov A.V. Abnormalities of thinking and speech in schizophrenic patients with deficiency presentations / A.V. Golenkov // Vestnik psikiatrii i psihologii Cuvasii (Rus.) [The Bulletin of Chuvash psychiatry and psychology]. 2008. No 4. P. 8-17.

Abnormalities of thinking and speech were found in 93.6% of 110 studied schizophrenic patients with deficiency presentations. Depleted speech, structural derangements of thinking and speech (sliding, tangentiality, incoherence, illogicality) were the most often. More sharply defined states of abnormalities in thinking and speech were displayed in more serious and stable cases of deficiency disorders. The more severe was this state the more often and distinct changes in cerebrum were found in computed tomography scan (signs of atrophy in temporofrontal cortex of the left hemisphere).

Ivanova A.A. Therapy basics for compulsory out-patient treatment of patients with schizophrenia / A.A. Ivanova // Vestnik psikiatrii i psihologii Cuvasii (Rus.) [The Bulletin of Chuvash psychiatry and psychology]. 2008. No 4. P. 18-27.

173 patients with schizophrenia and schizophrenia type disorders were examined during out-patient compulsory medical observation and treatment. Integrated programmes of treatment and rehabilitation are developed for this group of patient. Programmes' efficacy in reduction of psychopathological symptoms and public danger is proved. Criteria for ending of compulsory out-patient treatment based on the received results are proposed.

Shadrina I.V. Quality of life in young patients with one schizophrenia episode / I.V. Shadrina, E.N. Alshina // Vestnik psikiatrii i psihologii Cuvasii (Rus.) [The Bulletin of Chuvash psychiatry and psychology]. 2008. No 4. P. 28-34.

We have studied 120 young patients with one schizophrenia episode aged from 21 to 35 years. Statistical results were received by WHO questionnaire-100. All patients were divided into two groups. There were 60 persons in each group. The first group was treated by traditional neuroleptics. The second group was treated by atypical ones. All the patients were twice examined: first while discharging from the hospital then 1-3 years later. First examination results were almost the same in both patient groups. There were some changes during the follow-up of the

patients. Patients who took medicines regularly had better quality of life. The best results showed those patients who received atypical neuroleptics. Thus in case of atypical neuroleptic therapy we have had the higher subjective quality of life appreciation.

Abitov I.R. Coping behaviour characteristics for psychosomatic and neurotic disorders / I.R. Abitov, V.D. Mendelevich // Vestnik psikiatrii i psihologii Cuvashii (Rus.) [The Bulletin of Chuvash psychiatry and psychology]. 2008. No 4. P. 35-49.

This paper is devoted to the study of interrelation between anticipation competence and psychological defences together with coping strategies in 170 cases of normal behaviour and psychosomatic and neurotic disorders. It is found that patients with neurotic disorders have low level of stress anticipation that is combined with non-constructive coping styles. Greater adaptability in coping behaviour and higher level of anticipation competence is registered in cases of psychosomatic disorders.

Suslova E.S. Discursive approach in clinical and psychological evaluation of neurotic disorders / E.S. Suslova // Vestnik psikiatrii i psihologii Cuvashii (Rus.) [The Bulletin of Chuvash psychiatry and psychology]. 2008. No 4. P. 50-58.

Research resources of clinical and psychological evaluation for discursive personality status in patients with neurotic disorders are presented. Three variants of discursive status related to sociocultural and identity characteristics' ratio are marked out (differentiated, diffused and dissociated). The most well-marked of psychological trouble is defined in dissociated variant, the less – in differentiated variant. The data received are very significant for psychotherapy targets' definition in work with nerotic patients.

Kulakov S.A. Integration of psychodrama with other approaches in therapy of patients with psychosomatic disorders and dependences/ S.A. Kulakov, R.D. Minazov // Vestnik psikiatrii i psihologii Cuvashii (Rus.) [The Bulletin of Chuvash psychiatry and psychology]. 2008. No 4. P. 59-68.

The paper deals with the problem of integration of psychodrama and other approaches in psychotherapy. The study is based on authors' personal experience and results of many other authors' researches as well. Psychodrama techniques are well combined with object relations theory, Jungian

psychology, Gestalt therapy, existential analysis, behavioural therapy, narrative approach, catathymic psychotherapy of symbol drama. Some approaches are illustrated by the cases from the authors' practice.

Shadrina I.V. Psychoeducation of psychiatric patients and their relatives (sexological aspect) / I.V. Shadrina, E.N. Alshina // Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii (Rus.) [The Bulletin of Chuvash psychiatry and psychology]. 2008. No 4. P. 69-75.

We have examined 120 young psychiatric patients aged from 21 to 35 years. We have studied their heredity and readiness to marry. It was analyzed the connection between economic and political situation in Russia and possibility of mental unhealthy children birth. Special attention was paid to qualified psychiatric care. We have also proved the necessity of complex examination including not only psychiatrist examinations but also genetics ones. We have advised these psychiatric young patients who are going to marry and have children and also their parents to take some psychological consultations. Schizophrenia course and its development should be taken into consideration while choosing individual therapy and rehabilitation for such patients.

Nikolaev E.L. Health discourse in traditional Chuvash culture / E.L. Nikolaev // Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii (Rus.) [The Bulletin of Chuvash psychiatry and psychology]. 2008. No 4. P. 76-108.

Ethnographic and philological data are used by the author to uncover the characteristics of Chuvash traditional culture. It is embodied in values and meaning, upbringing and communication and is deeply intertwined with system of working and social relations that regulate conceptions of the universe, health and illness models, traditional health promoting practices and coping-defensive behavior in the people of the certain culture.

Revchuk I.V. Theoretical and methodological contradictions in biopsychosocial paradigm formation / I.V. Revchuk // Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii (Rus.) [The Bulletin of Chuvash psychiatry and psychology]. 2008. No 4. P. 109-123.

Examined is present-day scientific state of biopsychosocial paradigm in psychiatry and psychology, its theoretical sources, correlation with the other humanities, the problems of current contradictions.

Golenkov A.V. Scientific conferences on psychiatry, narcology and psychotherapy in the Chuvash Republic / A.V. Golenkov // Vestnik psikiatrii i psihologii Cuvashii (Rus.) [The Bulletin of Chuvash psychiatry and psychology]. 2008. No 4. P. 124-132.

The proceedings of scientific conferences in field of psychiatry, narcology and psychotherapy published in Chuvashia during the last 25 years are discussed. Indices related to scientific character of publications are analysed. Quantitative and qualitative positive changes are noted. New long-range objectives are posed, recommendations for elimination of defects are given.

Scientific forums in Saint-Petersburg // Vestnik psikiatrii i psihologii Cuvashii (Rus.) [The Bulletin of Chuvash psychiatry and psychology]. 2008. No 4. P. 133-134.

Brief report about two world significant scientific events in psychiatry that took place in Saint-Petersburg jn 14-18 of May, 2007. The first is the Centenary scientific session, dedicated to the 100 years of V.M. Bekhterev Saint-Petersburg Research Psychoneurology Institute. The second is the XVth World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry.

School of young scientists in Suzdal // Vestnik psikiatrii i psihologii Cuvashii (Rus.) [The Bulletin of Chuvash psychiatry and psychology]. 2008. No 4. P. 135-136.

The facts about All-Russian school of young scientists in the field of mental health “Psychiatry of the XXI century: traditions and innovations”. The event was organised by the Russian Society of Psychiatrists and Moscow Research Institute for Psychiatry and took place 5-8 September, 2007 in Suzdal.

Personality and health in the age of new values // Vestnik psikiatrii i psihologii Cuvashii (Rus.) [The Bulletin of Chuvash psychiatry and psychology]. 2008. No 4. P. 137-139.

Information about “Personality and health in the age of new values” Regional scientific conference which was devoted to the 20th anniversary of the Chuvash Republic Centre for Psychotherapy and took place on November 16, 2007.

Present-day psychiatric service // Vestnik psihiatrii i psihologii Cuvashii (Rus.) [The Bulletin of Chuvash psychiatry and psychology]. 2008. No 4. P. 140-143.

Report on the “Present-day challenges in public psychiatric service: problems and ways of their management” Regional scientific conference which was devoted to the 45th anniversary of the Chuvash Republic Psychiatric hospital and took place on December 21, 2007.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

Журнал «Вестник психиатрии и психологии Чувашии» является научно-практическим изданием, которое публикует оригинальные теоретические и экспериментальные работы, обзоры отечественной и зарубежной литературы, хронику и рецензии в области психиатрии, наркологии, психотерапии, клинической (медицинской) психологии и смежных с ними разделов знаний.

Рукописи, направляемые в редакцию, принимаются к публикации при условии согласия автора с тем, что редакция имеет право вносить изменения и осуществлять научную, редакторскую и корректорскую правку представленных материалов. Все формы поддержки, включая грантовую, и поддержка, получаемая от фармацевтических компаний, должны быть обязательно указаны в соответствующем разделе работы.

К публикации принимаются материалы объемом до 65 тыс. знаков (с пробелами). К работе необходимо приложить аннотацию на русском и английском языках (объемом до 800 слов) с названием работы и кратким изложением ее содержания, а также информацию об авторах. Рукопись отсылается в печатном и электронном вариантах на адрес редакции.

Текст публикации набирается на компьютере (гарнитура шрифта – Times New Roman, стиль – обычный, размер – 11 пунктов) через один интервал, выравнивание по ширине, абзацный отступ – 0,75 см, поля по 2 см, переплёт 0 см. Редакция рекомендует авторам оформлять таблицы, графики и рисунки в черно-белом формате с учетом их размещения на странице размера А5 в виде отдельных файлов.

Сокращения слов не допускаются, за исключением общепринятых. Аббревиатуры включаются в текст после их первого упоминания с полной расшифровкой. Рисунки должны быть четкими и иметь подрисуночную подпись. Таблицы должны быть наглядными, иметь название, порядковый номер. На каждую таблицу и рисунок должны быть ссылки в тексте.

Вся цитируемая литература должна быть приведена в конце статьи в алфавитном списке. Литература на иностранных языках указывается после литературы на русском языке. Фамилии и инициалы иностранных авторов могут быть указаны на языке оригинала. Список литературы рекомендуется оформлять в соответствии с требованиями ГОСТ 7.1-2003, для электронных источников – ГОСТ 7.82-2001. Ссылки на источник в виде порядкового номера помещаются в тексте в квадратных скобках. Автор несет ответственность за правильность данных, приведенных в указателе литературы.

ТУПМАЛЛИ

Редактор сáмахә 6

КЛИНИКА ПСИХИАТРИЙӘ

А.В. Голенков

Дефицит палáрámсемлө шизофренипе
чирлө сынсен шухáшлавпа каласáввө пáсáлни 8

А.А. Иванова

Шизофренипе чирлө сынсене амбулаторлá мелпе
ирёксёрлесех сыватнá чухнехи терапи принципёсем 18

И.В. Шадрина, Е.Н. Альшина

Шизофрени чирён малтанхи тапхáрө витёр
тухнá сáмрáк сынсен пурнáç пахалáхө 28

КЛИНИКА ПСИХОЛОГИЙӘ

И.Р. Абитов, В.Д. Менделевич

Психосоматикапа невроз улшáнáвёсем
пулса иртнө сыннáн тыткаларáшөсем 35

Е.С. Суслова

Невроз улшáнáвёсене клиникапа психологи
тёлөшёнчен хак панá чухнехи дискурс меслечө 50

ПСИХОТЕРАПИПЕ ПРОФИЛАКТИКА

С.А. Кулаков, Р.Д. Миназов

Психосоматика чирёсемпе аптракан пациентсемпе
ёсленө чухне психодрама тата ытти сáвнáшкaл
усáллá меслетсене пёрлештересси 59

И.В. Шадрина, Е.Н. Альшина

Психика чирёпе чирлекенсене тата вёсенпе
пёрле пурáнакан тáванёсене сáв чир сáнчен
каласа áнлантарассипе вёрентесси (сексологи аспектө) 69

КУЛЬТУРАСЕН ТЁЛПУЛАВЁ

Е.Л. Николаев

Чáвaш йáлана кёнө культуринчи сывлáх дискурсө 76

ӐСЛӐЛӐХ ТӐПӐЛӐНЧӐ

И.В. Реверчук

БиопсихосоциалӐ парадигма аталанӐвӐнчи
теорилӐ тата методологилӐ хире-хирӐслӐхсем 109

А.В. Голенков

РеспубликӐра психиатрипе наркологипе тата психотерапипе
пулса иртнӐ ӐслӐлӐхпа практика конференцисем 124

ПУЛӐМСЕМПЕ ЯТСЕМ

Санкт-Петербургри ӐслӐлӐх форумӐсем 133

Суздальти ҫамрӐк тӐпчевӐссен школӐ 135

ҪӐнӐ хаклӐх саманинчи ҫын тата сывлӐх 137

Хальхи тапхӐрти психиатри пулӐшӐвӐ 140

Ҫак номерти реферачӐсем
(вырӐсла, ҫӐвашла тата акӐлчанла) 144

Авторсене пӐлсе тӐма 159

CONTENTS

| | |
|---------------------|---|
| Editor's note | 6 |
|---------------------|---|

CLINICAL PSYCHIATRY

| | |
|---|----|
| <i>A.V. Golenkov</i> Abnormalities of thinking and speech in schizophrenic patients with deficiency presentations | 8 |
| <i>A.A. Ivanova</i> Therapy basics for compulsory out-patient treatment of patients with schizophrenia | 18 |
| <i>I.V. Shadrina, E.N. Alshina</i> Quality of life in young patients with one schizophrenia episode | 28 |

CLINICAL PSYCHOLOGY

| | |
|--|----|
| <i>I.R. Abitov, V.D. Mendelevich</i> Coping behaviour characteristics for psychosomatic and neurotic disorders | 35 |
| <i>E.S. Suslova</i> Discursive approach in clinical and psychological evaluation of neurotic disorders | 50 |

PSYCHOTHERAPY AND PREVENTION

| | |
|--|----|
| <i>S.A. Kulakov, R.D. Minazov</i> Integration of psychodrama with other approaches in therapy of patients with psychosomatic disorders and dependences | 59 |
| <i>I.V. Shadrina, E.N. Alshina</i> Psychoeducation of psychiatric patients and their relatives (sexological aspect) | 69 |

CROSSROAD OF CULTURES

| | |
|---|----|
| <i>E.L. Nikolaev</i> Health discourse in traditional Chuvash culture | 76 |
|---|----|

SCIENCE FOCUS

| | |
|--|-----|
| <i>I.V. Reverchuk</i> | |
| Theoretical and methodological contradictions in biopsychosocial paradigm formation | 109 |
| <i>A.V. Golenkov</i> | |
| Scientific conferences on psychiatry, narcology and psychotherapy in the Chuvash Republic | 124 |

NAMES AND EVENTS

| | |
|---|-----|
| Scientific forums in Saint-Petersburg | 133 |
| School of young scientists in Suzdal | 135 |
| Personality and health in the age of new values | 137 |
| Present-day psychiatric service | 140 |
| Abstracts of the current issue (in Russian, Chuvash and English) | 144 |
| Instructions to authors | 159 |

ВЕСТНИК

ПСИХИАТРИИ И ПСИХОЛОГИИ ЧУВАШИИ

№ 4
2008

Подписано в печать 02.06.2008. Формат 60 x 84/16.
Бумага офсетная. Печать офсетная. Гарнитура Таймс.
Усл. печ. л. 9,30. Уч.-изд. л. 9,0. Тираж 500 экз. Заказ 73

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